

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

**TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE PARA
SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE
LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO**

Autora: Arlete Rodrigues Chagas da Costa
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Gottens
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Mizusaki Imoto

BRASÍLIA-DF
2019

TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE PARA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher

Autora: Arlete Rodrigues Chagas da Costa
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Gottens
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Mizusaki Imoto

Brasília-DF

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

R837t Rodrigues Chagas da Costa, Arlete
TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE PARA SENSIBILIZAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS SOBRE LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO
/ Arlete Rodrigues Chagas da Costa; orientador Leila
Bernarda Donato Gottens; coorientador Aline Mizusaki
Imoto. -- Brasília, 2019.
108 p.

Trabalho de Conclusão (Mestrado Profissional em
Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-graduação
e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. Lista de Checagem. 2. Segurança do Paciente.
3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Tecnologia
Educativa. 5. Educação Permanente. I. Bernarda
Donato Gottens, Leila, orient. II. Mizusaki Imoto,
Aline, coorient. III. Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Arlete Rodrigues Chagas da Costa
“Tecnologia Educativa em Saúde para Sensibilização dos Profissionais
sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro.”

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 09/07/2019*.

Prof.(a). Dr.(a). Leila Bernarda Donato Gottems
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Aline Mizusaki Imoto

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Coorientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Alessandra da Rocha Arrais
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Joel Rolim Mancía

UNISINOS

Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 09/07/2019*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que, em sua infinita sabedoria, colocou força em meu coração para vencer esta etapa de minha vida. A fé no Senhor, sem dúvidas, me ajudou a lutar até o fim.

Ao meu esposo Jovellanos, que sempre me incentivou e apoiou nos momentos difíceis e acreditou na minha determinação.

Ao meu filho Mateus, e às minhas filhas Vivian e Ana Carolina, pela compreensão dos sacrifícios do convívio familiar impostos pela redação deste trabalho, pois sempre me fortaleciam com carinho e energia.

Aos profissionais médicos e enfermeiros que participaram das entrevistas e avaliaram o vídeo educativo, colaborando para a concretização deste trabalho.

Aos profissionais do centro obstétrico e maternidade e enfermeiras residentes em obstetrícia do Hospital Regional da Asa Norte, cujas colaborações tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos doutores da Banca de Qualificação, Joel Rolim e Ângela Barros, pelas sugestões de melhoria e adequação do projeto.

Ao Prof. Dr. Levy Santana, pela competência, firmeza e dedicação com que coordenou o curso.

Aos professores do Mestrado Profissional, que contribuíram com a minha trajetória acadêmica.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional, pela convivência e trocas de experiências no decorrer do curso

Às mulheres e aos recém-nascidos, razão principal deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Leila Göttems e à co-orientadora Aline Imoto, que além de muito competentes, reafirmam todos os dias o compromisso assumido nas áreas de saúde, ensino e pesquisa. Pela forma firme, gentil e aberta na condução das atividades de orientação, por estarem sempre disponíveis para resolver e apontar caminhos ao longo da elaboração da pesquisa. Agradeço pela motivação e entusiasmo contagiante para levar adiante a pesquisa.

Para mudar o mundo é preciso antes, mudar a forma de nascer.

Michel Odent

RESUMO

COSTA, A. R. C. **Tecnologia educativa em saúde para sensibilização dos profissionais sobre Lista de Verificação do Parto Seguro, atendendo ao produto final do Trabalho de Conclusão.** (Mestrado Profissional). Brasília, DF: Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS/FEPECS; 2019.

As tecnologias educativas em saúde, como o *videocase*, se constituem em canal de comunicação mais envolvente e instigante, dado o poder do áudio e vídeo em conseguir atrair os espectadores. Essa estratégia amplia significativamente a possibilidade de compartilhar conhecimentos e experiências com alto número de espectadores, podendo ser disseminado pela *internet*. **Objetivos:** Descrever as etapas de produção e análise de conteúdo de um *videocase* para sensibilizar os profissionais de saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência ao parto e ao nascimento. Construir vídeo sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro. Analisar o conteúdo do vídeo com especialistas da área de obstetria, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem. Produzir versão final do vídeo e um artigo que descreva a metodologia da produção. Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro. **Método:** Estudo metodológico realizado a partir da construção de tecnologia educativa com a participação de nove especialistas, realizado em duas etapas: 1- A primeira etapa, de criação, foi desenvolvida em três fases: Pré-produção, Produção e Pós-produção, propostas por Fleming. Na pré-produção foi elaborado uma *scoping review* para adequação do conteúdo e elaboração do roteiro; o roteiro continha objetivos, conteúdo, os especialistas que seriam entrevistados, as imagens a serem gravadas, o público-alvo, local de gravação e apresentação, recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados. Foi criado o *storyboard*, com a inserção de elementos visuais, como figuras, fotos e texto. Na fase de produção foi realizada a gravação de cenas voltadas a evidenciar o uso da LVPS em situação real no centro obstétrico e na maternidade de hospital público e gravação de entrevistas com especialistas. Esta etapa foi realizada em centro obstétrico de hospital público e na Escola Superior de Ciências da Saúde no Distrito Federal. Na fase de pós-produção o vídeo foi editado e revisto pelas pesquisadoras. A primeira etapa ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2018. 2- Na segunda etapa, de avaliação, o vídeo foi submetido para análise de conteúdo pelos especialistas que participaram da produção. Os participantes confirmaram e aprovaram o uso dos trechos das falas selecionadas e analisaram o conteúdo por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com aplicação de questionário semiestruturado respondido por nove profissionais especialistas. A segunda etapa foi realizada nos meses de janeiro a março de 2019. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 2.836.028). **Resultados:** O vídeo produzido aborda as principais causas de mortalidade materna, a Lista de Verificação do Parto Seguro e a sistematização da assistência de enfermagem, e tem 15 minutos e 28 segundos de duração, com aprovação de 100% dos juizes especialistas no IVC. Este estudo resultou em um manuscrito intitulado: “*Videocase* sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro: sensibilização dos profissionais da saúde”, e em uma tecnologia educacional do tipo áudio visual intitulada: “*Videocase* do parto seguro”, disponibilizado para compartilhamento na internet por meio do link <https://youtu.be/rQo0P-27z0U>. **Conclusão:** A construção do vídeo para a sensibilização dos profissionais para utilização da LVPS e realização das práticas obstétricas seguras na assistência ao parto, utilizou o conhecimento dos especialistas em obstetria, segurança do paciente e sistematização da assistência de

enfermagem. A análise de conteúdo foi obtida e o material foi avaliado pelos juízes como relevante, de forma que os especialistas ressaltaram a importância da utilização do vídeo para ser utilizado na educação permanente dos profissionais da saúde: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, e em atividades de ensino. Espera-se com a realização deste estudo, incentivar a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS nas instituições de saúde, e apoiar a educação permanente das equipes, dos setores de obstetrícia e maternidade no sentido de favorecer a adoção de novas práticas nas Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Os resultados deste estudo poderão, ainda, colaborar com a melhoria das ações de saúde e promover a adesão à cultura de segurança na assistência materno infantil para todos os envolvidos.

Descritores: Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Tecnologia Educacional; Educação Permanente.

ABSTRACT

COSTA, A. R. C. **Health educational technology to raise awareness of professionals about the World Health Organization Safe Childbirth Checklist (WHOSCC), considering the resulting product of the graduation final project.** (Professional Science Master's degree). Brasília, DF: Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS; 2019.

Health education technologies, such as the video case, constitute a more engaging and thought-provoking communication channel, given the power of audio and video in attracting spectators. This strategy significantly increases the possibility of sharing knowledge and experiences with many viewers, furthermore it can be disseminated through the internet. **Objectives:** To describe the steps in the production and content analysis of a video case to sensitize health professionals about the Safe Childbirth Checklist, in order to contribute with quality and safety of parturition and birth care improvement. To develop a video on Safe Childbirth Checklist. To analyze the content of the video with specialists in obstetrics, patient safety, and nursing care systematization. To produce a final version of the video and an article describing the production methodology. Raising awareness among health professionals about the Safe Childbirth Checklist. **Methods:** A methodological study based on the development of educational technology, with the participation of nine specialists, was carried out in two stages: 1- The first stage of creation was developed in three phases: Pre-production, Production, and Post-production, as proposed by Fleming. At pre-production a scoping review was elaborated to adequate the content and script writing; the script contained objectives, content, a list of the interviewed experts, the images to be recorded, target audience, recording set and presentation location, resources needed for development, available budget and expected results. The storyboard was created with the insertion of visual elements, such as figures, photos, and text. During the production phase, there were recorded scenes to show the use of WSCC in a real situation at the obstetrical center, as well as at one public maternity hospital, besides recording interviews with specialists. This step was done at a public hospital's obstetric center and at the *Escola Superior de Ciências da Saúde* college, in Distrito Federal, Brazil. At the post-production phase, the video was edited and reviewed by the researchers. The first stage took place from October to December 2018. 2- At the second stage, of evaluation, the video was submitted for content analysis by the specialists who took part in the production. These attendees confirmed and approved the use of the excerpts from selected speeches and analyzed the content through the Content Validity Index (CVI), with a semi-structured questionnaire answered by nine specialized professionals. This second part was carried out from January to March 2019. The project was approved by the Research Ethics Committee (statement 2836028). **Results:** The produced video addresses the main causes of maternal mortality, the Safe Childbirth Checklist and the systematization of nursing care, being 15 minutes and 28 seconds long, with the approval of 100% of the specialized judges in CVI. This study resulted in a manuscript entitled "Video case on the Safe Childbirth Checklist: Awareness of Health Professionals", and an audio-visual educational technology titled "Safe childbirth video case" available for sharing on the internet at <https://youtu.be/rQo0P-27z0U>. **Conclusion:** The video development for professionals'

awareness on the use of the WHOSCC and safe obstetric practices in the delivery assistance made use of the knowledge of specialists in obstetrics, patient safety and systematization of nursing care. The content analysis was obtained, and the material was evaluated by the judges as relevant, hence the specialists emphasized the importance of using the video in continuing education of health professionals: nurses, doctors, nursing technicians, as well as in educational activities. This study is expected to encourage implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist in health institutions and to support the continuing education of crews, the midwifery and maternity sectors in order to favor the deployment of new practices among Health Care Networks of Brazilian's Unified Health System (*SUS*). The results of this study could also collaborate with the improvement of future health actions and promote adherence to the safety culture in maternal and childcare for all those involved.

Descriptors: Checklist; Patient's Safety; Healthcare Quality; Educational Technology; Permanent Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAV: Condições Ameaçadoras à Vida
CNS: Conselho Nacional de Saúde
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
DF: Distrito Federal
ESCS: Escola Superior em Ciências da Saúde
FEPECS: Fundação de Ensino Ciências da Saúde
EAs: Eventos Adversos
EPS: Educação Permanente em Saúde
EUA: Estados Unidos da América
GM: Gabinete do Ministro
HSPH: Harvard School of Public Health
HRAN: Hospital Regional da Asa Norte
IRAS: Infecções Relacionadas a Saúde
LVPS: Lista de Verificação do Parto Seguro
MS: Ministério da Saúde
NMM: Near Miss Materno
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PE: Processo de Enfermagem
PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADI: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RMM: Razão de Morte Materna
REBRAENSP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RIENSP: Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SES: Secretaria de Estado de Saúde

SNVS: Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SCC: Safe Childbirth Checklist

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO: World Health Organization

UNSDG: United Nations Sustainable Development Goals

UNB: Universidade de Brasília

VE: Vídeo Educativo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3.1 O parto no contexto de segurança do paciente	25
3.2 Lista de Verificação do Parto Seguro: conquistas e desafios	29
3.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem: Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente	35
3.4 A inovação tecnológica como forma de educação permanente.....	40
4 MÉTODO	46
4.1 Tipo de estudo	46
4.2 Participantes da pesquisa	46
4.3 Local do estudo.....	47
4.4 Procedimento de análise dos dados	48
4.5 Aspectos éticos	49
5 RESULTADOS	50
5.1 Videocase do Parto Seguro.....	50
5.1.1 <i>Storyboard</i> do Videocase do Parto Seguro	54
5.2 Artigo original: <i>Videocase</i> sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro: sensibilização dos profissionais da saúde.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS.....	94
Anexo 1 – Checklist do Parto Seguro da OMS	94
Anexo 2 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	98
APÊNDICES	103
Apêndice 1 – Carta-Convite para participar do vídeo educativo.....	103
Apêndice 2 – Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa.....	104
Apêndice 3 – Carta-Convite para participar da análise de conteúdo.....	105
Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Avaliação de conteúdo do vídeo educativo)	106
Apêndice 5 – Instrumento para coleta do perfil sociodemográfico dos(as) juízes(as)	107
Apêndice 6 – Avaliação de conteúdo – Especialistas.....	108

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso está organizado seguindo o Manual de Elaboração, que define os critérios para construção e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências – ESCS/FEPECS.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em três capítulos. O primeiro refere-se a revisão da literatura compreendendo o parto no contexto de segurança do paciente; conquistas e desafios da implantação da lista verificação do parto seguro; sistematização da assistência de enfermagem, qualidade da assistência e segurança do paciente, e inovação tecnológica como forma de educação permanente. O segundo capítulo corresponde ao manuscrito. O terceiro discorre sobre as tecnologias educativas, e descreve o vídeo produzido neste estudo.

A forma de organização deste estudo atende às exigências do Curso de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde. O manuscrito trata da construção e análise de conteúdo de vídeo, intitulado: “*Videocase sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro: sensibilização dos profissionais da saúde*”.

O produto consiste em uma tecnologia educacional desenvolvida pelo estudo do tipo audiovisual, intitulado: “*Videocase do parto seguro*”, atendendo ao produto final do trabalho de conclusão do curso.

A temática da segurança do paciente na assistência obstétrica, especialmente no parto, chamou-me a atenção pelo fato de eu ter vivenciado, em minha jornada profissional, situações de risco que poderiam ter sido evitadas e que resultaram em eventos adversos (EAs) em Centro Obstétrico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Assim, percebi a importância de poder contribuir como pesquisadora com o desenvolvimento de um vídeo educativo para sensibilização dos profissionais a fim de apoiar a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro em centro obstétrico de um hospital público.

Durante o desenvolvimento deste projeto científico, busquei compreender a realidade relacionada aos objetivos almejados, para contribuir com a implementação da Lista de Verificação do Parto Seguro. Nesse intuito, como atividade complementar, na linha de pesquisa do mestrado, realizei e coordenei projeto de intervenção em parceria

com as residentes de enfermagem e obstetrícia por meio de curso de capacitação para os profissionais do centro obstétrico do hospital onde atuo como enfermeira obstétrica. Por meio do projeto do mestrado profissional, as ações de segurança serão destinadas a outro hospital público do Distrito Federal, com a missão de apoiar o treinamento da equipe obstétrica para implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro.

A realização da pesquisa foi extremamente relevante pelas habilidades adquiridas. Dessa forma, a futura divulgação dos resultados do estudo poderá contribuir para a inserção de práticas de saúde mais seguras no setor pesquisado. Tais práticas podem ser estendidas para aplicação em outros contextos de serviços de saúde brasileiros, não somente da SES do Distrito Federal, mas também para a rede suplementar de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS criou um programa para assegurar a segurança no processo de parto assentado em Lista de Verificação, instrumento de baixo custo e de emprego relativamente descomplicado. A partir dessa premissa, foi produzido um *checklist* com a metodologia pré-definida e anteriormente colocada à prova, com o objetivo de utilizar a lista em dez países da África e da Ásia. Foi traduzido para português como Lista de Verificação do Parto Seguro (LVPS). O programa *Childbirth Checklist* da OMS contribuiu para aumentar a qualidade de práticas cruciais de segurança pelos profissionais atuantes nos setores de obstetrícia. Tal programa permitiu vislumbrar a realização de estudo para a ampliação de sua aplicação, com vistas a aumentar os resultados positivos em saúde perinatais (SPECTOR *et al.*, 2012).

Vários países discutiram como minimizar riscos na assistência cirúrgica por meio de protocolos de Segurança Cirúrgica, a exemplo do estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), o qual elaborou uma das primeiras listas de verificação usadas em hospital, com vistas a inserção de cateter venoso central. Essa inserção qual obteve resultados na redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), do número de óbitos de pacientes graves, dentre outras complicações (PRONOVOST *et al.*, 2006).

Com o objetivo de contribuir com estratégias para aumentar a segurança do paciente na área cirúrgica, foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), chamada de *checklist* de Segurança Cirúrgica da OMS, desenvolvida de acordo com padrões internacionais estabelecidos sobre evidência científica. As características e peculiaridades de cada localidade exigem a adaptação das propostas relacionadas à segurança do paciente (WHO, 2009; BRASIL, 2013).

A aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) reduziu as complicações e riscos cirúrgicos. Um estudo piloto da OMS foi feito por Haynes *et al.* (2009), com a utilização da Lista de Verificação em oito hospitais de oito cidades espalhadas pelo mundo, com a observação de 7.688 pacientes. Seus resultados demonstraram, comparando a situação antes e depois da utilização do *checklist*, a redução das taxas de mortalidade e de complicações cirúrgicas de 10,3% para 7,1% em hospitais com recursos adequados; e de 11,7% para 6,8% em hospitais com poucos recursos.

A aplicação de *checklist* em um centro obstétrico no Reino Unido apontou melhoria da comunicação da equipe cirúrgica. Na Espanha foi desenvolvido *checklist* para promover a segurança das parturientes e dos recém-nascidos (KEARNS *et al.*, 2011; SPECTOR *et al.*, 2012; ROSADO, 2013).

A implantação de Lista de Verificação da OMS adaptada em maternidade no Brasil apresentou resultados relevantes que provocaram a adesão da direção para estabelecer o uso obrigatório da lista nas cirurgias ginecológicas e urológicas eletivas. A implantação contou com a realização de ações de sensibilização dirigidas às equipes do centro cirúrgico, e de reuniões educativas para preparar os integrantes dessas equipes para o uso da lista (FREITAS *et al.*, 2014).

Para contribuir com o aumento da qualidade e segurança no parto, a OMS elaborou o *Safe Childbirth Checklist – SCC* (WHO, 2015), com o objetivo de melhorar a saúde das mães e dos recém-nascidos. A segurança do paciente é fator crítico para a qualidade do cuidado. Para considerar a atenção materno-infantil segura, é imprescindível “reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (WHO, 2009; BRASIL, 2013).

O aumento da segurança exige a redução da probabilidade de ocorrência de incidentes, definidos como “evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente”. Tais eventos ou circunstâncias são chamados de erro, omissão, não conformidade, quase acidente, quase sucesso (*near miss*), evento adverso, etc. (BRASIL, 2013).

O evento adverso é exemplo recorrente de “incidente que resulta em dano ao paciente” com efeitos sobre o aumento da morbi-mortalidade materno-infantil (WHO, 2009; BRASIL, 2013). Os eventos adversos variam dos menos graves para os mais graves, como da laceração de 3º e 4º graus, trauma no nascimento, hemorragia grave, ruptura uterina e morte materna ou infantil (MANN *et al.*, 2006).

O *Safe Childbirth Checklist – SCC*, produzido em 2008, auxilia as maternidades a padronizar a assistência para mitigar os riscos atinentes ao parto. Segundo Weiser e Berry (2013), a Lista de Verificação do Parto Seguro é um instrumento simples e eficaz, que além de assegurar a realização de cuidados importantes, torna mais efetiva a comunicação direta, bem como interfere de maneira positiva na coordenação entre os membros das equipes.

A LVPS, composta por 29 itens, foi testada em dez países da África e da Ásia (WHO, 2014). Esses itens fazem referência aos motivos mais importantes para as mortes

maternas, a exemplo da hemorragia, infecção, trabalho de parto obstruído e distúrbio hipertensivos (VAN DEN BROEK; GRAHAM, 2009), e, também, as causas das mortes neonatais, devidas aos cuidados intraparto inadequados, asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade (LEE *et al.*, 2011).

A *Harvard School of Public Health* (HSPH), em conjunto com a OMS, realizou estudo na Índia sobre o uso do *Safe Childbirth Checklist* (SPECTOR *et al.*, 2012), no qual o número de práticas essenciais executadas pelos funcionários do hospital aumentou de 10 para 25 em uma lista de 29 itens após a implementação da LVPS. Em 2014, na Colômbia, teste piloto do *Safe Childbirth Checklist* em três hospitais, com 142 enfermeiros, indicou redução do risco de erros, além de lembrar aos profissionais todas as ações necessárias para assegurar um parto seguro para a mãe e para o bebê (WHO, 2015). Portanto, os estudos apontam evidências da colaboração da lista para que os profissionais de saúde não deixem de realizar práticas de eficácia comprovadas. Entre outros cuidados, incluem-se a higienização das mãos, gerenciamento de infecção, avaliação do sangramento pós-parto, e a amamentação até uma hora após o nascimento do bebê (PATABENDIGE, 2015).

Visando melhorar a qualidade da assistência, a OMS divulgou a Lista de Verificação do Parto Seguro após pesquisa realizada em 10 países da África e da Ásia que evidenciou resultados de melhoria significativa da segurança das mulheres após a implementação da LVPS. A Lista auxiliou os profissionais de saúde a ofertarem cuidados de alta qualidade ao longo dos partos, da entrada da mãe nas unidades de saúde até sua saída com seu recém-nascido (GWANDE, 2010; PRONOVOST, 2006; SPECTOR *et al.*, 2012).

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros é instrumento para aumentar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres no parto. Ela contém as práticas essenciais de parto, a partir de evidências das principais causas de morte materna, de natimortos por causas intraparto, e das mortes neonatais ocorridas em unidades de saúde no mundo. Os itens da Lista de Verificação constituem ações críticas, pois caso uma delas não seja cumprida, poderá haver grande risco de ocorrer graves danos à saúde da mãe e do recém-nascido (WHO, 2015).

O simples fato de oferecer a Lista de Verificação da OMS aos profissionais de saúde ou a recomendação de seu uso por unidade ou sistema de saúde, dentre outros instrumentos, não garante a disseminação do uso desses recursos. Tais estratégias de ação

sequer proporcionam alcance do objetivo de melhorar a segurança e os cuidados de saúde dos pacientes (SPECTOR *et al.*, 2012).

O treinamento individual e da equipe envolvida nos cuidados ao paciente; a simulação de ações, a elaboração de protocolos, diretrizes e listas de verificação; uso da tecnologia da informação; educação continuada e rondas de segurança; são exemplos de estratégias para melhorar a qualidade e segurança da assistência materna e neonatal (ENNEN, 2013).

A adesão e a utilização da LVPS podem ser melhoradas quando o processo de implementação do instrumento envolve atividades de sensibilização, treinamentos, e *feedbacks* regulares. Para isso, é muito importante contar com o apoio da chefia do setor ao longo de todo o processo de implementação (KABONGO, 2017; PERRY, 2017).

A LVPS, de forma isolada, não é eficaz no aprimoramento da assistência. O instrumento deve ser utilizado corretamente, de modo a contribuir na clareza e eficácia da comunicação da equipe, para diminuir falhas e possibilitar maior padronização dos registros efetuados pela enfermagem (KARA *et al.*, 2017).

Em um hospital terciário no Sri Lanka, estudo prospectivo demonstrou que 69% dos participantes da pesquisa reconheceram a utilização da LVPS como fator favorável ao trabalho em equipe e de incentivo à comunicação entre as pessoas (PATABENDIGE, 2015).

A LVPS é um instrumento muito importante, no qual cada item busca reduzir a ocorrência dos eventos adversos mais comuns, e seus possíveis danos, ao longo da assistência ao parto e ao nascimento (PRAXEDES, 2017; SANT'ANA, 2017). A LVPS, *portanto*, colabora para reduzir falhas e complicações no processo de assistência ao parto e ao nascimento, com efeitos diretos na diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal (SPECTOR *et al.*, 2012).

A utilização da LVPS ajuda os profissionais a realizarem práticas essenciais para assistência ao parto, as quais são apoiadas por evidências científicas, com capacidade de provocar mudança na forma de oferecer cuidados assistenciais às mulheres e aos recém-nascidos (KUMAR, 2016).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pressupõe que as ações dela decorrentes devem identificar as necessidades dos profissionais e do processo de trabalho, de cada realidade local, para poder valorizar o saber, e a inovação tecnológica, por meio de projetos educativos com vistas a melhorar a assistência à saúde

(CERON *et al.*, 2014; CERON; ARAÚJO; GONÇALVES, 2014; SILVA; FERREIRA, 2009).

A educação permanente amplia a conscientização dos profissionais acerca do cenário em que atuam, e os responsabiliza pela participação de todos no processo permanente de capacitação. O cenário é o próprio espaço de trabalho, no qual os atos de pensar e fazer são fundamentais para aprender e trabalhar (RICALDONI, 2006).

A educação permanente visa mais à transformação social, e em menor intensidade à transmissão de cultura (BRASIL, 2009). Ela possibilita abordagem em perspectiva mais integral ao processo de assistência, e aumenta a preocupação com os cuidados e a segurança dos pacientes, de maneira a ampliar a responsabilidade dos envolvidos na prestação de cuidados, bem como pode transformar as práticas e processos de tomadas de decisão em benefício da proteção dos pacientes (BROCA; FERREIRA, 2015).

A utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas pode proporcionar, na área de saúde, formação profissional mais apta a atender às necessidades de das pessoas e da coletividade, sob a luz dos princípios da equidade e da integralidade (RICALDONI, 2006).

O vídeo educativo (VE) é exemplo proeminente de recurso didático e tecnológico, usado como instrumento de transmissão de conhecimentos, com a possibilidade de seu uso como estratégia de formar consciência crítica e promover a saúde (FONSECA, 2012). O VE, muito utilizado ultimamente, consegue prover facilidade de aprendizagem ao espectador, pois sua configuração de apresentação contribui para florescer o pensamento crítico e promover expressão e comunicação. Ainda, beneficia o olhar interdisciplinar, integrando diversas capacidades e inteligências e valorizando o trabalho realizado em grupo (VARGAS, 2007).

Justifica-se a realização deste estudo pela recomendação mundial e brasileira, bem como pela urgente necessidade em implantar, no serviço de saúde, o protocolo de segurança do parto seguro por meio do uso da Lista de Verificação. Objetiva-se, com isso, contribuir com a capacitação dos profissionais, a fim de se promover a política de segurança do paciente e qualidade da atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (WHO, 2015; OMS, 2017).

Portanto, a implantação da LVPS às práticas obstétricas seguras durante o parto torna-se um instrumento imprescindível durante o processo assistencial. Desse modo, promove ações seguras que contribuirão para a qualidade na atenção materna e neonatal,

reduzindo os riscos relacionados ao cuidado assistencial, bem como gera novos conhecimentos a fim de subsidiar novas pesquisas acerca da temática.

A realização deste estudo tem o intuito de sensibilizar os profissionais que atuam em centro obstétrico e maternidade, contribuir para a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS e promover novas práticas no ambiente do SUS, centralizadas na segurança e qualidade da atenção materna e neonatal. Com isso, podem diminuir os riscos, o tempo de internação, os custos, e ainda gerar conhecimentos para realizações de novas pesquisas sobre o assunto.

A efetividade de intervenções educativas em saúde, dentre outros fatores, depende da qualidade de materiais e recursos didáticos disponíveis. Dessa forma, o ensino sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro por meio de uso de tecnologias educativas elaboradas com base em evidências científicas, requer materiais educativos de boa qualidade e conteúdos adequados para possibilitar a assimilação de conhecimentos pelo público-alvo da intervenção educativa (RYAN, 2014). A utilização desses recursos e materiais didáticos pode ser útil na formação e capacitação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (GALINDO, 2017).

O *videocase* consegue proporcionar visões mais abrangentes com grande riqueza de informações e de detalhes da realidade, com a demonstração de habilidades relativas à comunicação sendo utilizadas em situações reais, de forma a representar uma imagem melhor que as obtidas em um texto escrito. Ao assistir a um vídeo, é possível comparar a imagem mental sobre determinado tema com a realidade exibida no vídeo. O vídeo esmiúça a adoção de diferentes comportamentos. Os *videocases* são motivadores e desafiam os expectadores a enfrentar os problemas apresentados (LENG *et al.*, 2007).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de produção e avaliação de *videocase* para sensibilização dos profissionais sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência ao parto e ao nascimento.

O Brasil, como signatário da Aliança Mundial de Segurança do Paciente, divulgou em 2015 o protocolo do parto seguro, recomendando o uso da lista de verificação a fim de melhorar a qualidade e segurança obstétrica e prevenir a ocorrência de eventos adversos na assistência ao parto (BRASIL, 2016). Assim, aplicar a Lista de Verificação do Parto Seguro é estratégia fundamental a ser empregada nos serviços de saúde por todo o país. Dessa forma, foi elaborada a seguinte questão norteadora do estudo:

Como desenvolver e analisar o conteúdo de um vídeo educativo para a sensibilização dos profissionais para realização das práticas obstétricas seguras de atenção ao parto e apoiar a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro em um centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever o processo de produção e avaliação de um *videocase* para sensibilização dos profissionais sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência ao parto e ao nascimento.

2.2 Objetivos específicos

- Construir um vídeo sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde.
- Analisar o conteúdo do vídeo com especialistas da área de obstetrícia, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem.
- Produzir versão final do vídeo e um artigo que descreva a metodologia da produção.
- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura propõe discussão abrangente sobre determinado tema, para desenvolver ou verificar o estado da arte de um conteúdo. A tarefa exige que o pesquisador aborde, de forma crítica, os caminhos escolhidos para a pesquisa. A subjetividade inerente ao autor exerce grande influência no desenvolvimento do estudo (POLIT; BECK, 2011; RIBEIRO; JÚNIOR, 2016).

3.1 O parto no contexto de segurança do paciente

No Brasil ocorre cerca de três milhões de nascimentos ao ano, grande parte deles por meio de cesáreas. Mesmo com os últimos avanços tecnológicos na área obstétrica, pouco se tem avançado na qualidade e segurança da assistência, pois em torno de 60 mil mulheres sofrem eventos adversos (EAs) por ano. Os EAs são caracterizados por danos não intencionais provocados aos pacientes em decorrência da assistência à saúde (BRASIL, 2013).

A OMS define “morte materna” como aquela ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o término dessa, independente da duração ou da localização da gravidez (WHO, 2010). A morte materna é o evento mais dramático do período gravídico-puerperal. As ocorrências começam quando com a apresentação de quadros com potencial de risco para suas vidas. Tais ocorrências são graves ameaças à vida, caso não tratadas adequadamente, culminando, segundo critérios clínicos, laboratoriais ou assistenciais, em disfunção ou falência orgânica.

A sobrevivência a esses eventos adversos é classificada como *near miss* materno (SANTANA *et al.*, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o *near miss* materno como: “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação materna grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez” (OMS, 2011).

A morte materna é a morte ocorrida durante a gestação, parto ou até 42 dias de puerpério, por causas relacionadas à gravidez. A morte é o pior evento obstétrico. Grande parte das gestações evoluem de modo saudável, com partos sem intercorrências, com o nascimento de recém-nascidos com peso e desenvolvimento normais, com a completa

recuperação da mulher ao término do período puerperal. No entanto, algumas mulheres podem sofrer complicações com distintos níveis de gravidade (SANTANA, 2018).

A Maternidade Segura é objeto das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas estabelecidas em 2000, com o objetivo de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna, e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. O não cumprimento das metas resultou na sua reprogramação pelas Nações Unidas, e sua inclusão nas Metas para o Desenvolvimento Sustentável, para realização até 2030 (SANTANA, 2018).

Dados mundiais divulgados em 2013 indicavam a morte de 289.000 mulheres, ocorridas durante e depois da gravidez e do parto. Quanto aos recém-nascidos, 2,8 milhões vieram a óbito ao longo dos 28 dias seguintes ao nascimento. A maioria dessas mortes poderia ser evitada, pois ocorreram em contexto de poucos recursos (WHO 2014).

A Razão de Morte Materna – RMM global diminuiu cerca de 44% nos últimos 25 anos: em 1990 a RMM era de 385 por 100 000 nascidos vivos, e em 2015, a RMM passou a ser de 216 por 100.000 nascidos vivos (OPAS, 2018). A razão de mortalidade materna no Brasil diminuiu na última década, no entanto, ainda continua superior à considerada aceitável pela OMS: em torno de 44 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2015 (WHO, 2016).

O Brasil não cumpriu sua meta, estabelecida em 2000, de reduzir a RMM até 2015 a no máximo 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos (OPAS, 2018). Para o Brasil, a meta inserida nos objetivos do Milênio de chegar em 2015 com a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos não foi atingida. A nova meta, também estabelecida pelas Nações Unidas, propõe o desafio para o país de reduzir a RMM para 30 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos até 2030 (UNSDG, 2017).

A mortalidade materna é um indicador que reflete as condições de vida e de assistência em saúde de uma população. Quase todas as mortes são evitáveis e ocorrem em países em desenvolvimento (OPAS, 2018). Nesse sentido, a OPAS/OMS em conjunto com o Ministério da Saúde propõem a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia – 0MMxH como referência do coletivo de gestores e profissionais de saúde para acelerar a redução da morbimortalidade grave no Brasil (OPAS, 2018).

A Estratégia 0MMxH, iniciativa do Centro Latino-Americano para Perinatologia, Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR), é dedicada à prevenção da mortalidade materna por hemorragia após eventos obstétricos (OPAS, 2018). Essa estratégia procura

dar maior poder de decisão às mulheres, para aumentar o respeito aos seus direitos e suas preferências (OPAS, 2018).

Uma diretriz dessa Estratégia é a de fortalecer as capacidades dos profissionais da área da saúde em habilidades que contribuam para controlar situações de emergências obstétricas hemorrágicas. Eventos que evoluam para complicações obstétricas graves necessitam de atenção de profissionais da área da saúde bem treinados. Tal situação só ocorrerá se houver fortalecimento dos serviços de saúde, remoção de obstáculos para acesso e disponibilidade de medicamentos e sangue de qualidade assegurada para a realização de transfusões (OPAS, 2018).

Embora com o acesso ao uso tecnológico na assistência ao parto e a melhoria da adesão ao pré-natal na última década, o Brasil não atingiu a meta de reduzir a mortalidade materna e atingir uma taxa estabelecida de 35 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para o ano de 2015 (BRASIL, 2014; ONU, 2015), estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) para os objetivos do milênio.

Os nascimentos ocorridos nos hospitais empregam variadas tecnologias e procedimentos para aumentar a segurança para a mulher e seu bebê. Apesar da evolução da obstetrícia favorecer o atingimento de melhores indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, o parto e o nascimento não são reputados como exteriorização de saúde, e sim como manifestação de doença. Desse modo, as mulheres e recém-nascidos são submetidos, cotidianamente, a elevado número de intervenções (uso de ocitocina, a cesariana, aspiração naso-faríngea), as quais deveriam ser realizadas em contexto de imprescindibilidade (BRASIL, 2017).

Ainda que a gravidez e o nascimento, por tantas vezes, aconteçam sem intercorrências para a mãe e seu bebê, acredita-se que diversos casos podem apresentar complicações, desde as mais simples até as mais graves, as quais podem prejudicar as suas vidas. Essas complicações, em sua maior parte, têm a sua origem tanto no próprio processo de gravidez e parto como nas condições clínicas preexistentes (GOMES, 2011). Em outras ocorrências, no entanto, elas podem aparecer em virtude da própria assistência oferecida, em relação à estrutura dos locais de nascimento ou em decorrência de erros no método de trabalho (GOMES, 2011; FOGAÇA, 2007). Até nas situações em que as complicações já existam, uma assistência ineficaz não é capaz de diminuir os agravos delas decorrentes, além de intensificá-las, ocasionando, frequentemente, a morte evitável de mulheres e crianças ou lesões e sequelas permanentes (RONSMANS, 2006).

Além disso, a profusão de intervenções no processo de nascimento desconsidera fatores culturais, sociais e psicológicos que afetam os seres humanos, de maneira particular. Dessa forma, é fundamental a qualificação dos envolvidos na atenção à gestante, com vistas a assegurar que a decisão pelo parto avalie aspectos positivos para a saúde e os riscos envolvidos, da forma mais transparente possível, entre a gestante e a equipe de saúde responsável pelo seu atendimento (BRASIL, 2017).

A multiplicidade de intervenções pode conduzir a situações de risco à segurança das parturientes e seus bebês, os quais, em grande número de ocorrências, deveriam ser submetidos à assistência mais apropriada, de acordo com evidências decorrentes de estudos científicos. A inadequação de intervenções pode sujeitar as mães e seus filhos a diagnósticos e terapias prejudiciais à saúde (BRASIL, 2017).

Os empenhos para reduzir a mortalidade materna e neonatal e a morbidade e agravos decorrentes das complicações da gravidez e do parto, além daquelas advindas do próprio método assistencial, devem atingir ações em todos os níveis, com a participação ativa da sociedade, dos governos e dos prestadores de serviço (BRASIL, 2014). Tais ações devem envolver a organização da assistência em rede, com acesso universal, precoce e sem barreiras a um pré-natal de qualidade e garantia de atendimento em maternidade de referência anteriormente determinada e conhecida pela mulher. Mais importante ainda são a estruturação e organização adequadas dos serviços assistenciais, com o envolvimento e capacitação dos seus profissionais, com vistas ao diagnóstico prévio dos problemas e atuação em tempo ágil e com eficiência, diante de complicações que possam colocar em risco a vida da mãe e/ou do bebê (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha, instaurada pelo Governo Federal no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS em 2011, tem por objetivo proporcionar à mulher o “direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério”; e à criança o direito “ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. Nesse sentido, a Rede Cegonha procura implementar modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com cerne “na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. A Rede Cegonha propõe ação para adoção de práticas de atenção à saúde cujo fundamento é baseado em evidências científicas, conforme preconiza o documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996, “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011).

A complexidade do processo do parto exige a disponibilidade de todos os recursos necessários para assegurar à mãe e ao recém-nascido a oferta de cuidados que garantam o máximo de segurança possível. Nesse sentido, para a prestação de cuidados de maior qualidade e segurança, as Listas de Verificação, utilizadas desde o ano de 2008 na organização de processos complexos, lembram os atores envolvidos no processo quais as tarefas essenciais a serem executadas em diversos contextos de atuação (WHO 2014, SPECTOR *et al.*, 2012).

3.2 Lista de Verificação do Parto Seguro: conquistas e desafios

A situação da assistência à saúde no Brasil passa por diversas dificuldades (LANSKY, 2014), com poucas iniciativas voltadas à implementação de metodologias eficazes para aumentar a qualidade dos serviços prestados (SPECTOR *et al.*, 2012), contexto a ser enfrentado, dentre outras medidas, pela implementação do uso da LVPS, conforme recomendado pela OMS. Os resultados dessa implementação já foram verificados na redução de óbitos em unidades de terapia intensiva e em centros cirúrgicos (FOURCADE, 2012).

O parto é um processo de natureza complexa, envolve o cumprimento de uma série de etapas, nas quais podem ocorrer situações problemáticas difíceis de controlar. Tal complexidade, a profusão de etapas a serem realizadas, e as possíveis complicações, implicam em grande dificuldade para as pessoas ordenarem e cumprirem de forma correta cada etapa do processo do parto, bem como recordarem de todas as informações críticas para permitir oferecer à mãe e ao recém-nascido o máximo de segurança nos cuidados de saúde oferecidos (GAWANDE, 2010).

Nesse contexto, não só em organizações de saúde, mas também em restaurantes ou aviões, aplicar as Listas de Verificações pode ajudar a executar os trabalhos com maior eficácia, eficiência e segurança, pois as listas facilitam a correta execução de processos complexos na ordem adequada de seus passos, e, além disso, lidar com um grande volume de informações essenciais (GAWANDE, 2010).

A Lista de Verificação contém as práticas essenciais de parto baseadas em evidências científicas obtidas em estudos patrocinados pela OMS. A primeira Lista de Verificação foi publicada pela OMS e implantada em nove países. Os resultados dessa

experiência serviram de referência para a OMS aperfeiçoar a Lista por meio de uma revisão de seus itens (OMS, 2017).

Após isso, a nova Lista foi introduzida em Karnataka e em Uttar Pradesh, na Índia, como parte de uma pesquisa sob o título de Programa BetterBirth (Parto Melhor), com importante contribuição para a propagação da Lista de Verificação do Parto Seguro (OMS, 2017).

Outra ação foi a criação de programa de Colaboração da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros, cujo incentivo da OMS permitiu o registro de projetos por 34 grupos pertencentes a 29 países e 234 localidades, no período compreendido entre novembro de 2012 a março de 2015. Os grupos pesquisaram as razões da não utilização completa e efetiva da Lista de Verificação em várias localidades onde foram introduzidas (OMS, 2017).

A Lista de Verificação do Parto Seguro possui quatro parâmetros críticos: a admissão, antes da expulsão, logo após o nascimento, e antes da alta. A admissão compreende: identificar e tratar complicações anteriores, verificar se é preciso transferir para outra unidade de saúde, preparar para o trabalho de parto e instruir a gestante e o acompanhante. Antes da expulsão abrange: identificar e tratar problemas que possam causar intercorrências durante o trabalho de parto, e se preparar para eventos de rotina e de situações difíceis após o parto. Até uma hora após o nascimento, é preciso: identificar e tratar possíveis complicações, e instruir gestante e o acompanhante sobre sinais de perigo. Por último, no período antes da alta, convém examinar a mãe e o recém-nascido, discutir as opções de planejamento familiar e reforçar as instruções para o cuidado do infante (OMS, 2017).

A LVPS elaborada pela OMS em 2015 apresenta os passos essenciais para atendimento necessário mais efetivo, completo e seguro para as mulheres e recém-nascidos no parto. A Lista resultou da realização de estudos para identificar e comprovar estratégias capazes de aumentar a segurança no parto e reduzir os indicadores de mortalidade materna em decorrência do parto. A lista objetiva evitar a negligência de ações importantes e o aperfeiçoamento de procedimentos ocorridos desde a admissão até a alta (WHO 2015).

Para efetivar o uso da LVPS, foi elaborado pela OMS o **Guia de Implementação ao Checklist do parto seguro**, com a disposição de estratégias para implementar e tornar permanente a utilização da LVPS. O guia indica ações para maximizar os resultados do instrumento, como apresentar a LVPS às equipes e incentivar a participação delas nos

processos de implantação, de modo a apoiar o uso e aumentar a qualidade da assistência direcionada às mulheres e aos recém-nascidos (WHO, 2015).

A LVPS contém itens importantes como uso de partograma, indicação de antibióticos no parto normal ou cesáreo, condução da ruptura de membranas, utilização de sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e ocitocina, de orientação ao acompanhante no parto, de procedimentos em relação ao sangramento antes e depois do parto, das rotinas de amamentação, de avisos de sinais de perigo ao longo da assistência às mulheres e aos recém-nascidos, e instruções para alta (OMS, 2017).

O uso da LVPS na preparação da parturiente para o pré-operatório tem por objetivo conferir a identificação da parturiente e a preparação da sala adequada aos procedimentos a serem realizados. Em razão dos riscos aos quais as mulheres e os recém-nascidos estão expostos, as equipes multidisciplinares de assistências devem sugerir estratégias e erigir medidas para evitar os riscos inerentes ao processo e aumentar a segurança no parto (ROSCANI, 2017).

Há poucas publicações relativas à implantação da Lista de Verificação de Segurança no Parto. No entanto, na Índia, um estudo randomizado demonstrou que a utilização efetiva do *checklist* pode ajudar a aumentar a qualidade da assistência à saúde materna, ao propiciar um maior número de aplicações de práticas obstétricas consideradas como essenciais (HIRSCHHOR, 2015).

Apesar de poucos estudos publicados em relação à implantação da Lista de Verificação de Segurança no Parto, pode ser citado um amplo e relevante estudo randomizado, realizado na Índia. Ele demonstrou que o uso da Lista de Verificação, quando aplicada de maneira efetiva, melhora a qualidade da assistência à saúde materna e neonatal, uma vez que aumenta a realização de práticas obstétricas essenciais (PRAXEDES, 2017).

Com base nos artigos analisados, estudo realizado em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil com o objetivo de avaliar a adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto, relatou que para assegurar a melhoria do cuidado com essa nova tecnologia, é necessário um esforço permanente de sensibilização, responsabilização e habilitação dos profissionais das equipes multidisciplinares (PRAXEDES, 2017).

Estudo realizado no Hospital Soysa para mulheres em Sri Lanka, com objetivo de avaliar conhecimento e atitudes em relação à Lista de Verificação do Parto Seguro, concluiu que a maioria dos profissionais de saúde concordou que o *checklist* da OMS

estimula a comunicação interpessoal e o trabalho em equipe entre enfermeiros, parteiras e médicos (PATABENDIGE *et al.*, 2015).

A utilização da LVPS aumenta o desempenho de melhores práticas em instalações de intervenção, refletindo melhoria na qualidade da assistência ao parto para mulheres e recém-nascido em ambientes de poucos recursos (KUMAR, *et al.*, 2016). A reduzida qualidade da assistência à saúde em partos ocorridos em instituições hospitalares é tida como o maior fator de risco para a ocorrência de eventos adversos no parto. As falhas assistenciais no parto podem estar ligadas a condutas direcionadas às parturientes com hipertensão ou em situações de hemorragias graves (MORSE, 2011). No entanto, práticas efetivas e simples para a segurança no parto são corriqueiramente negligenciadas, uma vez que a maioria dos eventos adversos poderia ser evitada (ARANAZ-ANDRÉS, 2011; MORSE, 2011).

Para o sucesso dessas estratégias, os gestores responsáveis pelas unidades de saúde devem assumir o compromisso e se envolverem diretamente na implantação, apresentar aos profissionais e demais envolvidos na assistência à saúde a lista de verificação, discorrer sobre as práticas não executadas que podem prejudicar seriamente a qualidade do cuidado ofertado, e os motivos responsáveis pela provocação de danos evitáveis à saúde. Devem, ainda, apoiar o uso contínuo da Lista e promover o constante treinamento dos envolvidos na assistência (PATABENDIGE, 2015).

Por conseguinte, é imprescindível o envolvimento e comprometimento da liderança organizacional da instituição de saúde, para que a implantação dessa estratégia seja bem-sucedida e, conseqüentemente, traga os benefícios do uso da Lista de Verificação de Segurança no Parto. Estudos ressaltam que além do engajamento da liderança, é preciso investir na mudança de comportamento baseada em evidências e incentivar/conscientizar a adesão das práticas essenciais de nascimento, que reduzem danos e salvam vidas de mães e recém-nascidos (KABONGO, 2017).

Portanto, os estudos apontam evidências da colaboração da lista para que os profissionais de saúde não deixem de realizar práticas de eficácia comprovadas, ao recordá-los, entre outros cuidados, de executar a higienização das mãos, gerenciamento de infecção, avaliação do sangramento pós-parto, e a amamentação até uma hora após o nascimento do bebê.

Todavia, práticas simples e efetivas relacionadas à qualidade e segurança do nascimento podem, quando negligenciadas, causar falha no processo assistencial.

Consequentemente, causariam danos irremediáveis à saúde do indivíduo, uma vez que a maioria dos eventos adversos é classificada como eventos evitáveis (PRAXEDES, 2017).

Estudo-piloto, realizado em Karnataka, na Índia, informou haver taxa de adesão de 95% dos profissionais de saúde ao uso da lista de verificação, e revelou aumento de número de práticas essenciais executadas pelo grupo de profissionais de 10 para 25, dos 29 itens analisados após a implantação da lista (WHO, 2015).

A Lista de Verificação no Parto foi objeto de estudo em maternidade no Sri Lanka, onde foi verificada a concordância de 75% dos envolvidos no uso da lista quanto ao estímulo ao trabalho em equipe e ao incentivo à melhora da comunicação interpessoal (PATABENDIGE, 2015).

O caminho aberto após a criação de lista de verificação no parto permitiu o surgimento e o sucesso de implementação de várias outras listas de verificação disseminadas em diversos setores da saúde (SPECTOR *et al.*, 2012), como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (JHA, 2013).

A OMS elaborou e difundiu várias recomendações com vistas a estimular e favorecer contextos mais compatíveis para a implantação e adesão da Lista de Verificação de Segurança no Parto, e, além disso, dar diretrizes importantes para o estabelecimento de estratégias de implantação (SPECTOR, 2013).

Tais recomendações apontam a necessidade de os gestores e as lideranças clínicas participarem integralmente do projeto de implantação, da fase de planejamento até a concretização e avaliação do projeto (HIRSCHHORN, 2015; SPECTOR *et al.*, 2012); de toda a equipe multidisciplinar estar envolvida (PATABENDIGE, 2015), dos profissionais serem submetidos a processo de sensibilização intensa sob os impactos positivos do projeto e da melhora da qualidade do serviço prestado, e, concomitantemente, apresentar e treinar essas pessoas para fazer uso da Lista de Verificação de Segurança no Parto (HIRSCHHORN, 2015).

Dessa forma, é clara a necessidade de sensibilização contínua de todos os integrantes das equipes multidisciplinares quanto aos efeitos positivos do uso da lista de verificação, a qual sozinha e desacompanhada de outras medidas, não traz garantia de sua efetiva utilização. Outra estratégia importante para adesão à lista é a de instituir metas para as diversas áreas das unidades de saúde, divulgá-las periodicamente, e discutir os aspectos positivos e os problemas encontrados pelos profissionais, equipes e áreas dos serviços prestados.

A implantação e a aceitação de práticas inovadoras e diferentes daquilo executado rotineiramente representam um desafio, por envolver mudanças de comportamento e de práticas comuns realizadas no cotidiano. Quando ignoradas ou executadas de forma incorreta, tais práticas impactam negativamente na saúde do indivíduo, causando danos irreparáveis (PRAXEDES, 2017).

O uso do instrumento aumenta a qualidade e a segurança dos partos realizados, com benefícios para a assistência às mães e aos recém-nascidos, em razão de estabelecer os cuidados essenciais que lhes são dirigidos. Esse uso contribui para que haja a checagem dos itens da lista para garantir a prestação, pelos profissionais responsáveis, de todos os cuidados assistenciais necessários ao longo processo de parto e nascimento (OMS, 2017).

Para dar maior eficácia ao uso eficaz da Lista de Verificação, é necessário obter a aprovação dos profissionais que irão utilizá-las. Tal tarefa inclui dar conhecimento aos diversos níveis administrativos das unidades de saúde para que aprendam sobre o processo da Lista de Verificação, a definição da lista, seu funcionamento e o porquê da grande importância de preencher e atender para cada item que a constitui (OMS, 2017).

O uso da LVPS pode aperfeiçoar o gerenciamento de risco nas instituições, devido ao seu principal objetivo ser o aumento da qualidade da assistência prestada e da segurança dos pacientes. O gerenciamento de risco exige dos profissionais de enfermagem constante acompanhamento e avaliação da prestação dos cuidados assistenciais para sugerir melhores práticas, as quais possam evitar e reduzir a ocorrência de eventos adversos (GOMES *et al.*, 2016).

A utilização da LVPS requer o conhecimento e o treinamento dos profissionais nesse instrumento. Esses fatores fornecerão a aptidão para os profissionais saberem avaliar quando é necessário interromper uma etapa em andamento, e quando dar início à próxima etapa do processo. Além de conhecer e ser treinado para o uso do instrumento, é imprescindível reconhecer a sua importância e trazer o instrumento para a prática diária dos profissionais. Nesse sentido, cada participante de equipe é fundamental para o sucesso da ação, pois todos são responsáveis pela segurança do paciente (MONTEIRO, 2014).

O trabalho da equipe multidisciplinar é o de cuidar da parturiente e do recém-nascido com a maior perfeição possível. Para isso, é necessário que cada membro da equipe reconheça o trabalho uns dos outros e quebre qualquer barreira que se oponha ao processo de comunicação e de relacionamento entre os participantes, não importando a categoria, hierarquia, *status*, ou outras condições (BROCA; FERREIRA, 2015).

A comunicação efetiva, desprovida de imposições, ruídos ou barreiras, permite às equipes multidisciplinares evitar conflitos e disseminação de informações contraditórias a respeito da assistência oferecida. Desse modo, pode impedir ações que causariam efeitos negativos na prestação de cuidados de enfermagem, e em consequência, aumento de riscos para a ocorrência de eventos adversos. Esses argumentos permitem destacar a importância da comunicação e do relacionamento interativo para a qualidade e segurança da assistência (BROCA; FERREIRA, 2015).

Para Nogueira e Rodrigues (2015), o trabalho em equipe é complexo e incentiva transformações, e tem como ponto-chave a efetividade da comunicação. A comunicação representa um grande desafio para desenvolver cultura organizacional benéfica, e exige avaliação contínua. Esse assunto também é importante para a área de saúde e de enfermagem, a fim de evitar falhas e erros cometidos no dia a dia pelas equipes de trabalho em razão de problemas de comunicação entre os profissionais e com os pacientes, que possam prejudicar a qualidade dos cuidados e a segurança dos assistidos nas unidades de saúde.

As equipes de enfermagem que utilizam corretamente a LVPS alcançam maior qualidade dos registros efetuados, pois ela propicia melhor análise de todo o processo de assistência oferecido pela equipe. O efetivo uso da LVPS viabiliza o aperfeiçoamento da comunicação da equipe, e, com isso, possibilita o aumento da qualidade da assistência (CUNHA *et al.*, 2018).

Para intensificar a cultura de segurança nas instituições é imprescindível destacar a importância da melhor utilização de estratégias e de tecnologias em prol da segurança e da qualidade dos serviços prestados de assistência à saúde.

3.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem: Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente

A evolução do conhecimento científico da enfermagem apresenta desafios aos profissionais para manterem e desenvolverem a profissão. Na enfermagem, o cuidado do ser humano é a finalidade da atuação do profissional, o qual deve desenvolver habilidades técnicas, cognitivas, afetivas e sociais. Tanto os aspectos administrativos como as leis que regem a atuação do Enfermeiro estabelecem a necessidade de elaboração de modelos

para operacionalizar as ações dos profissionais, de modo a assegurar a qualidade da assistência prestada aos seus clientes. Nessa direção, instala-se a concepção que visa remodelar os processos de trabalho dos enfermeiros com esforço em procurar a atuação científica, de modo a viabilizar o alcance de melhores resultados com efeitos efetivos na saúde de sua clientela. O Processo de Enfermagem (PE) pode ser utilizado como instrumento metodológico de operacionalização da SAE, para dar suporte aos profissionais de enfermagem a fim de atuarem de forma sistemática na prestação de cuidados de saúde (CORRÊA, 2017).

As Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 429/2012 e nº 514/2016 propiciam auxílio aos profissionais de enfermagem quando do registro de suas ações em prontuários de pacientes, apoiadas no Processo de Enfermagem como instrumento metodológico de trabalho (COFEN, 2009).

A Resolução COFEN nº 358/2009 recomenda a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os cenários onde haja a prestação de cuidados pelos profissionais de enfermagem, de forma deliberada e sistematizado, com a documentação da prática profissional. A finalidade é viabilizar a operacionalização do processo de enfermagem, de modo a aumentar a visibilidade, autonomia e reconhecimento do enfermeiro (COFEN, 2009).

A SAE reúne um grupo de elementos que interagem e os organiza em forma de sistema. Na sistematização da assistência de enfermagem, os elementos são representados por um agrupamento de práticas, uma série de etapas, a serem organizadas de forma sistemática para a consecução de um objetivo estabelecido (CARVALHO; BACHION, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) é instrumento de trabalho do enfermeiro amparado no Método de Solução de Problemas, com vistas a prestar assistência de enfermagem de maneira humanizada, voltada à obtenção de resultados. O PE organiza e sistematiza as atividades em uma sequência determinada, orienta os processos de raciocínio clínico, tomada de decisão diagnóstica, e estabelece os resultados e intervenções, de acordo com os clientes assistidos (ALFARO-LOFEVRE, 2007; BARROS *et al.*, 2015).

A assistência de enfermagem pode ser sistematizada por planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos, e processo de enfermagem. A assistência pode utilizar várias metodologias para cuidar com segurança e qualidade das pessoas em diferentes situações. Embora as metodologias sejam distintas, o uso de uma não elimina

a utilização de outra, numa situação e em um período de tempo determinado (CARVALHO; BACHION, 2009).

Na sistematização é possível utilizar diferentes tecnologias simultaneamente para prestar assistência com segurança e qualidade, pois elas não são mutuamente excludentes: o uso de uma não inviabiliza a utilização de outra (CARVALHO; BACHION, 2009). O *checklist* é uma forma de favorecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), dado que sistematizar envolve tomar um grupo de práticas, uma série de passos, e organizá-los na forma de um sistema com um determinado objetivo proposto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a inserção do cuidado humanizado na formação da enfermeira obstetra, bem como a oferta de assistência profissional qualificada com conhecimento multidisciplinar, a fim de estruturar a prestação de cuidados caracterizados por transversalidade e integralidade. O objetivo é promover maior conforto e autonomia das mulheres, e, ainda, encorajar o desenvolvimento e reconhecimento de suas habilidades, levando em consideração as evidências científicas disponíveis (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A procura pela qualidade da assistência deve ser objeto de esforço contínuo, apoiado em competências técnico-científicas, e permeado por comprometimento profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) auxilia o enfermeiro obstetra a focalizar conhecimentos específicos da área de enfermagem, para atender as necessidades das mulheres com a maior qualidade possível da assistência ofertada (SANTOS; RAMOS, 2012).

Nas últimas décadas, a atenção à assistência obstétrica vem sendo uma preocupação mundial, especialmente em países em desenvolvimento nos quais os desafios para proporcionar uma assistência de qualidade e segura são superiores do que em países desenvolvidos (BRASIL, 2014). Dessa forma, a segurança do paciente consiste em um conjunto de ações direcionadas a salvaguardar o paciente contra riscos, eventos adversos, e danos que poderiam ser evitados ao longo da atenção à saúde oferecida aos usuários (WHO, 2009).

Para Gouvêa e Travassos (2010), a segurança do paciente também se relaciona com a qualidade da atenção à saúde. As autoras recomendam a todos os países, em qualquer esfera de governo, priorizar a implantação de programa multidimensional para melhorar e avaliar a qualidade dos serviços de atenção à saúde. Para verificar o aumento da qualidade, é necessário definir indicadores que permitam monitorar e avaliar os serviços prestados de atenção à saúde. A formulação de indicadores pode ser viabilizada

pela capacitação dos profissionais de cada localidade e pela utilização de sistemas de informação já existentes

No Brasil, em 2013 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, e prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2013; 2014).

Todavia para operacionalizar o PNSP, em 2013, criaram-se os Núcleos de Segurança do Paciente, que consistem em instâncias do serviço de saúde para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Dentre várias ações, há a incumbência de elaborar o Plano de Segurança do Paciente para o estabelecimento de saúde e colocá-lo em prática, juntamente com a adaptação e a implantação dos protocolos que visam ao cumprimento das seis metas internacionais de segurança do paciente. Essas metas são: identificar o paciente corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (BRASIL, 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), atua no Brasil na inspeção e regulamentação para promover assistência centrada na segurança e na humanização. Essa atuação favorece as ações governamentais para reduzir a mortalidade e morbidade materna e neonatal, além de atenuar os danos devidos a práticas assistenciais inadequadas (BRASIL, 2009; 2014).

Em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), associada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). A REBRAENSP visa disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, entre usuários e seus familiares. A Rede dá mais evidência à enfermagem na evolução da cultura de segurança do paciente (COREN SP, 2010).

O funcionamento adequado dos serviços de saúde requer, imprescindivelmente, considerar questões atinentes a qualidade, humanização, gestão, serviços de saúde

oferecidos, bem como a maneira de lidar com os usuários e profissionais inseridos em qualquer nível de atenção à saúde (MANZO *et al.*, 2012).

A avaliação da qualidade dos serviços ofertados pelos sistemas de saúde possibilita a adoção de ações corretivas antes que algum dano atinja o paciente. A avaliação pode envolver estes três aspectos: 1 - estrutura, 2 - processo e 3 - resultado. Na estrutura, são analisados os recursos humanos e materiais necessários; no processo, as práticas dos profissionais e; por último, são analisados resultados obtidos. A melhoria da estrutura favorece a evolução do processo de trabalho, o qual proporciona a obtenção de melhores resultados. A dinâmica dos aspectos envolvidos requer a avaliação contínua da qualidade da assistência, não abrangendo, somente, a identificação de erros e resultados alcançados (DONABEDIAN, 2005).

Para melhor entendimento, apresentamos os principais conceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014):

- **Segurança do paciente** - Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- **Dano** - Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Risco** - Probabilidade de ocorrer um incidente.
- **Incidente** - Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Circunstância Notificável** - Incidente com potencial dano ou lesão.
- **Near miss** - Incidente que não atingiu o paciente.
- **Incidente sem lesão** - Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- **Evento Adverso** - Incidente que resulta em dano ao paciente.
- **Erro** - Falha na execução de uma ação planejada, de acordo com o desejado, ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

A assistência à saúde impregnada de precariedade e insegurança, especialmente na atenção cirúrgica, aumenta a probabilidade de ocorrer vários Eventos Adversos, os quais podem provocar danos arrasadores para a saúde da mãe e do bebê. Grande parte desses eventos pode ser evitada pela adoção de ações simples eficazes, a exemplo da

utilização de Lista de Verificação Cirúrgica disponibilizada pela OMS (BRASIL, 2009; 2013; 2014).

As listas de verificação, os protocolos e programas de segurança são intervenções empreendidas para minorar as ocorrências e consequências dos eventos adversos no ambiente obstétrico e neonatal. Além de implementar práticas com comprovação científica, há necessidade de monitorar e avaliar continuamente a qualidade e a segurança dos serviços prestados aos pacientes.

3.4 A inovação tecnológica como forma de educação permanente

Quanto à estratégia de educação continuada, no Brasil, há políticas públicas dirigidas à oferta de educação permanente aos profissionais da área de saúde. A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 200, estabelece, de forma ampla, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Em 2003, por meio do Decreto nº 4.726, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, órgão federal responsável, dentre outras atribuições, pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2007)

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 1996, do Ministério da Saúde, a qual estabeleceu as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, Montenegro (2010) ressalta a importância do Sistema Único de Saúde – SUS no papel de promover, implementar, e apoiar políticas públicas destinadas ao desenvolvimento dos trabalhadores da área de saúde, por meio da proposição de processo permanente de aprendizado no ambiente de trabalho. Desse modo, pode permitir a desconstrução/construção de novos valores para mudar práticas e modelos de gestão, e incentivar a participação social (MONTENEGRO, 2010).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) envolve aprendizagem problematizadora, de construção coletiva, derivada de relação dialógica e horizontal, nas quais os protagonistas do SUS, a exemplo de trabalhadores, usuários e gestores do

Sistema, possam compartilhar, ensinar, aprender, e construir/desconstruir concepções, ideias e conceitos relacionados a saúde, questionar os processos de produção e operação para a oferta de serviços de saúde, e, também, questionar os papéis dos diversos atores envolvidos nesse cenário. Visto desse modo, a ESP requer o desenvolvimento de ações educativas focadas na solução de problemas concretos, perpassando por processo de discussão em equipe, e de autoavaliação, com o objetivo de transformar os processos de trabalho para obter resultados mais efetivos e eficazes (VASCONCELOS *et al.*, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Tais colocações dos autores encontram amparo na Portaria 1.996/GM/MS do Ministério da Saúde, de 2007, citada anteriormente. Ao dispor sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Portaria espelha os aspectos da descentralização das ações previstas, do maior envolvimento dos governos estaduais, do fortalecimento de instâncias gestoras, do modelo de gestão participativa, e da consideração das necessidades locais e regionais (BRASIL, 2007).

A política nacional de EPS é instrumento importante para garantir o trabalho multidisciplinar das equipes, de forma integrada e humanizada, com a ampliação da liberdade dos trabalhadores e criação de espaços coletivos focados nos interesses e necessidades dos usuários do sistema de saúde. A EPS constitui estratégia de mudança do perfil dos trabalhadores da área de saúde, inseridos em espaços coletivos, individualmente considerados protagonistas, de modo a atuarem como instrumento e atores sociais do cenário do qual fazem parte (BRASIL, 2007). A educação continuada prescreve “a melhor prática”, sem considerar as capacidades e os limites de cada localidade, pois o objetivo é acumular saber (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

O conceito de educação permanente envolve ações educativas com a problematização do processo de trabalho em saúde, para transformar práticas profissionais, a organização do trabalho, e a gestão setorial, bem como estimular a participação e o controle social ligados a ações de assistência à saúde (BRASIL, 2009). A educação forma pessoas para transformar suas realidades, e de modo mais amplo interferir na realidade do mundo em que vivem (FREIRE, 2014).

A inovação tecnológica pode ser utilizada para promover a qualidade, eficácia, efetividade e segurança da atenção à saúde. Dessa forma, há espaço para convívio das inovações tecnológicas e do cuidado ético e humanizado, que contribui para a vida saudável dos indivíduos (ARONE, 2011).

Para Cubas (2011), a inovação tecnológica é

um processo de concepção ou de agregação de novas funcionalidades ou características de um produto ou de um método de produção, em que se objetiva mudanças na qualidade ou na produtividade que são capazes de adequar um negócio ou um serviço à realidade do mercado.

As inovações tecnológicas introduzidas na área de saúde, não se traduzem apenas pela concretização de um produto, mas em processo de adquirir conhecimentos e ferramentas integradas que fundamentam e delimitam as os diferentes modos de cuidar (SÁ, 2011). Nessas estratégias, os profissionais podem usar o vídeo, como mais uma técnica para construir conhecimentos, desenvolver habilidades e auxiliar a promover a saúde. O emprego desse recurso está congruente com a proposta educativa no processo pedagógico, fundamentado em métodos de ensino colaborativo e interdisciplinar (AGUIAR, 2007).

Na concepção de Carvalho (1993, p. 113), “a combinação de linguagens de áudio e visual permite que a informação seja mais assimilada e, por isso, gera uma maior facilidade na aprendizagem”. O vídeo educativo pode permitir maior capacidade de reproduzir, de maneira correta, o conteúdo compreendido, além da facilidade de sua disseminação por diversos meios tecnológicos que permitam sua visualização a qualquer momento, em quase todos os ambientes.

A tecnologia é o resultado de processos concretizados, provenientes da pesquisa e da experiência diária, as quais concorrem para desenvolver um conjunto de conhecimentos científicos a fim de elaborar produtos materiais ou imateriais, para intervir em situações práticas. Esses processos requerem a sistematização de seu controle e avaliação (NIETSCHE, 2005).

O Ministério da Saúde ressalta a importância de produzir materiais didáticos com linguagem clara e objetiva, e um pouco coloquial, e coerente com o público-alvo ao qual se dirige (FONSECA *et al.*, 2011; BRASIL, 2005). Os materiais didáticos elaborados com o propósito de serem de fácil compreensão favorecem a transmissão de conhecimento, estimulam a alteração de procedimentos, aprimora habilidades, e contribuem para o público-alvo adquirir maior autonomia para tomar decisões (FONSECA *et al.*, 2011).

O uso dos computadores e de tecnologias interativas é crescente e constitui uma realidade inegável. É necessário aos envolvidos na prestação de serviços de saúde e de ensino despenderem esforços para fazer o melhor uso das tecnologias disponíveis, com imensa capacidade de compartilhar conhecimentos e auxiliar na aprendizagem, sem falar

na grande facilidade de atingir tanto grupos específicos, como grandes parcelas da sociedade (NAZARIO, 2017).

A eficácia de estratégias de tecnologia educacional nos processos de ensino e aprendizagem de educação em saúde, inclusive quando direcionadas aos pacientes e seu familiares, é confirmada por meio de várias pesquisas mais recentes (DALMOLIN *et al.*, 2016; RAZERA *et al.*, 2016; PAIGE *et al.*, 2015; RAZERA *et al.*, 2014; FONSECA *et al.*, 2011). A eficácia das tecnologias educacionais para a formação profissional, também vem sendo comprovada (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015; FONSECA *et al.*, 2011).

As tecnologias audiovisuais são importantes exemplos de tecnologias educacionais, a exemplo dos vídeos educativos. A elaboração dessas tecnologias educacionais exige o desenvolvimento de pesquisas metodológicas para permitir a validação de seus produtos por meio da avaliação por juízes-especialistas (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Os recursos tecnológicos, quando utilizados de maneira adequada, podem contribuir para melhor gerenciar a assistência de enfermagem e torná-la mais humanizada, sem perder de vista aspectos relacionados à qualidade, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados. O progresso dos recursos tecnológicos aumenta a capacidade de produzir materiais educativos mais efetivos para promover melhorias nos ambientes de trabalho, para serem agregadas aos esforços dos envolvidos na assistência e otimizar a comunicação e orientação de pacientes e familiares (FONSECA *et al.*, 2011).

O vídeo educativo já era usado em 1950, para apresentar temas diversos e melhorar a visualização das informações. Ele estimula a curiosidade, o interesse pelo estudo, além de várias outras competências, quando é utilizado de maneira adequada, em conformidade com os objetivos de aprendizagem. Para ser eficaz na construção do saber, o vídeo deve contribuir para a compreensão e a assimilação do conteúdo transmitido (MOREIRA *et al.*, 2013).

A duração dos vídeos elaborados para educação e promoção da saúde, destinados à sensibilização de grupo social para mudar suas condutas ao se deparar com um problema de saúde, não pode ser de mais de 20 minutos, sob pena de prejudicar a atenção e absorção de informações pelos telespectadores (MORAES, 2008).

O desafio de construir um vídeo educativo envolve a combinação de fatores como o planejamento, a seleção de imagens, a produção de textos e a animação, permeado pelo

uso da criatividade, a fim de propiciar a efetiva transmissão das mensagens direcionadas aos espectadores (BOTTENTUIT, 2009).

A utilização de multimídia pode contribuir para a efetividade da aprendizagem de conteúdos da área de saúde. Os materiais de multimídia são encontrados em diferentes formatos, em imagens, vídeos, sons, animações etc. Esses materiais buscam estimular, concomitantemente, diversas formas de percepções e sentidos para aumentar a possibilidade de maior assimilação dos conhecimentos transmitidos (PORTUGAL *et al.*, 2011).

O uso do vídeo educativo concorre para a promoção da saúde, o impedimento de implicações, a melhoria da segurança e autossuficiência dos pacientes, obtenção de habilidades, e claro, disseminar novos conhecimentos (MOREIRA *et al.*, 2013).

O uso de tecnologias educativas com materiais de audiovisual é cada dia mais frequente na elaboração de estratégias de ensino e aprendizagem, dadas suas características de maior atratividade frente à linguagem predominante escrita, com resultados mais efetivos nos processos de aprendizagem (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

Pesquisas sobre a validação de tecnologias educacionais, envolvendo o uso de vídeos, jogos, manuais educativos, dentre outros, demonstram a relevância e a conveniência da criação e validação de novas tecnologias pelos profissionais atuantes na área de Enfermagem. Com isso, dá-se maior visibilidade aos temas e problemas dessa área, além de se produzir, materializar, e divulgar conhecimentos (RAZERA *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A elaboração de tecnologias, submetidas a metodologias de avaliação, são utilizadas para contribuir em estratégias para desenvolver o cuidado de enfermagem e o ensino de enfermagem (RAZERA *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A seleção da(s) tecnologia(s) de educação envolve fatores como o público-alvo do lugar onde serão produzidos, o acesso a equipamentos e utensílios, e os recursos humanos à disposição. No entanto, o mais importante é haver compreensão dos temas tratados, identificar os problemas das pessoas, e, após isso, eleger a melhor estratégia para as ações educativas (INTERAMINENSE, *et al.*, 2016).

A pesquisa de Áfio *et al.* (2014) apontou os tipos de tecnologias educacionais mais utilizadas na área de enfermagem, por meios de estudos realizados no período de 2003 a 2012. As tecnologias encontradas foram as entrevistas, simulação e vídeos, *slides*,

cartilhas, aconselhamento, cadernetas, manual, jogos educativos, 50 *websites*, e metodologias ativas a exemplo do teatro e colagem, e *softwares*. Outro resultado desses estudos foi reconhecer a necessidade de as tecnologias estabelecerem como objetivo a facilitação do processo de comunicação entre equipe de saúde, paciente e familiares, com foco no aprendizado, em auxílio a comunicação verbal, para tornar o processo educativo mais dinâmico.

As tecnologias educativas e audiovisuais, a exemplo do vídeo educativo, são instrumentos importantes para auxiliar ações educativas, em razão da combinação de imagens e áudios poder conciliar melhor os conteúdos abordados com a realidade de determinada população, de maneira a estimular o interesse e aumentar o aprendizado (COGO, 2009).

O vídeo educativo dá oportunidade aos profissionais de enfermagem difundir conhecimentos, suscitar discussões e debates, dirimir dúvidas, e induzir a participação e o empenho de todos os envolvidos nos processos abordados. Assim, o profissional de enfermagem pode se transfigurar em uma ponte para ligar a tecnologia educacional ao público-alvo do instrumento (ALEXANDRE, 2011; SALVADOR, 2012).

O aprimoramento das metodologias de validação de tecnologias educacionais intensifica sua utilização em ações de promoção e educação em saúde e nas estratégias ensino-aprendizagem, especialmente o vídeo, pela sua capacidade de atingir enorme quantidade de espectadores, e de provocar interesse e atração pelos conteúdos veiculados (RAZERRA, 2014).

Os estudos sobre a elaboração de tecnologias educacionais, a exemplo dos materiais de audiovisual, utilizados na formação, educação permanente de enfermeiros, e na educação em saúde, mostram o aumento do emprego e o aperfeiçoamento dessas tecnologias. Estimulados pelas necessidades apresentadas por grupos, esses estudos têm proporcionado a utilização dessas tecnologias nos ambientes de trabalho, em estabelecimentos de ensino, ou em hospitais, com contribuições significativas para a aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem no Brasil (ROSA, 2015; FONSECA *et al.*, 2011).

A tecnologia gera conhecimentos para serem socializados, os quais podem controlar processos e produtos, com o objetivo de transformar aplicação de caráter empírico em abordagem científica.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido no período de outubro de 2018 a março de 2019, em duas etapas. A primeira foi a produção do vídeo, e a segunda, a análise de conteúdo pelos especialistas participantes do vídeo.

A análise de conteúdo de tecnologias envolve pesquisa metodológica que estabeleça estratégia para utilizar conhecimentos a fim de construir nova intervenção ou aperfeiçoar a que já existe, e, também, de forma semelhante, criar ou aperfeiçoar instrumentos, dispositivos, ou um método de medição (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A pesquisa metodológica visa desenvolver, validar, avaliar e aperfeiçoar instrumentos e metodologias, para obter instrumentos confiáveis e precisos a serem utilizados por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O objeto deste estudo é o desenvolvimento e a análise de conteúdo de *videocase* para a participação ativa dos profissionais da área de saúde na utilização da Lista de Verificação do Parto Seguro. Portanto, considerando os objetivos desta pesquisa, entende-se que este delineamento do estudo seja o mais adequado. Seu desenvolvimento foi realizado em duas etapas operacionais, seguindo os objetivos: construção de vídeo por meio de entrevistas com base em evidências e avaliação do vídeo por juízes especialistas.

4.2 Participantes da pesquisa

Para a etapa de desenvolvimento e análise de conteúdo do vídeo, a amostra foi composta por nove especialistas, médicos obstetras, enfermeiras obstetras, especialista em segurança do paciente e em sistematização da assistência em enfermagem. Tal quantitativo foi determinado de acordo com a técnica de psicometria proposta por Pasquali (1998). A seleção dos juízes de conteúdo ocorreu por meio de amostragem não probabilística do tipo intencional, denominada “bola de neve” (POLIT; BECK, 2011).

A amostra na forma “bola de neve” é não probabilística e usa cadeias de referência, sem ser possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante da pesquisa; contudo, é apropriada para estudar grupos de difícil acesso. Para sua elaboração são usados documentos e/ou informantes-chaves, chamados de sementes, a fim de localizar pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, considerado um universo populacional. As sementes são necessárias quando uma amostra probabilística inicial é impraticável e servem para os pesquisadores dar início aos contatos com o grupo a ser pesquisado. O próximo passo é solicitar às pessoas indicadas pelas sementes que apontem outras pessoas de perfis desejáveis para a pesquisa, oriundas de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente, com o quadro de amostragem crescendo a cada entrevista, de acordo com o interesse do pesquisador. O quadro de amostragem fica saturado quando os novos participantes não oferecem novas informações úteis para efetuar análises para a pesquisa (VINUTO, 2014).

Foram colhidas informações e opiniões por meio de entrevistas, sobre as falas dos especialistas no vídeo referentes aos conteúdos de mortalidade materna, hemorragia pós-parto, segurança do paciente, Lista de Verificação do Parto Seguro e sistematização da assistência de enfermagem. O instrumento usado foi um questionário.

Os procedimentos relativos à coleta dos dados e a descrição da primeira e segunda etapas do método estão expostos detalhadamente no desenvolvimento do produto, e, também, são apresentadas no manuscrito.

4.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

O HRAN é um hospital público da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, integrado à Região de Saúde Central, pertencente ao SUS. O HRAN possui 286 leitos, um ambulatório de diversas especialidades, internação e emergência (SES, 2017).

O Centro Obstétrico do HRAN possui 5 leitos para parto normal e uma sala para cesárea. Conforme a série histórica de partos dos últimos três anos, ocorre uma média de 129 partos por mês.

O Centro Obstétrico conta com médicos obstetras e pediatras, enfermeiros assistenciais, enfermeiras obstétricas e enfermeiras e médicos residentes em obstetrícia e pediatria, e técnicos de enfermagem.

O hospital foi selecionado pelo Ministério da Saúde para participar do programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Em razão disso, o HRAN se beneficiará de consultoria a ser realizada, no período de um ano, prestada pelo Hospital Moinhos dos Ventos de Porto Alegre, com vistas a melhorar os índices de qualidade e segurança do paciente na instituição.

O PROADI-SUS busca promover o desenvolvimento das instituições integradas ao Sistema Único de Saúde, por meio de diversas ações, com destaque para intervenções destinadas aos setores de tecnologia, gestão, e de capacitação profissional.

A contribuição é viabilizada pelo desenvolvimento, incorporação e transferência de novas tecnologias e experiências em gestão, as quais possibilitam geração de novos conhecimentos e práticas, como resultado de parcerias entre instituições de saúde de reconhecida excelência e da experiência de gestores do SUS (GOTTEMS, 2016).

O hospital possui sistema de prontuário eletrônico, denominado Inter Systems TrakCare. No entanto, somente têm acesso a ele os profissionais cadastrados, responsáveis pelo cuidado aos pacientes e pesquisadores autorizados. Nele, são realizadas prescrições de medicamentos, solicitações de exames, registros da equipe de enfermagem, evolução médica, evolução de enfermagem, solicitação de materiais e de medicamentos e resultados dos exames, dentre outras informações.

4.4 Procedimento de análise dos dados

Para a análise do conteúdo do vídeo, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). . O objetivo foi calcular a proporção de juízes especialistas em concordância com aspectos específicos do instrumento produzido, e do instrumento como um todo (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para os dados numéricos, foi usado o programa Microsoft Excel® 2010, utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio-padrão.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF. Para tanto, foi considerada a Resolução do CNS n° 466/2012 (BRASIL, 2012) e, portanto, preservado o anonimato dos sujeitos.

A pesquisa foi desenvolvida mediante análise, parecer favorável e autorização formal do referido Comitê de Ética. Foram atendidas as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Parecer 2.836.028).

A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes. Eles foram informados da pesquisa e de seu objetivo, bem como dos benefícios que podem decorrer deste estudo a todos os profissionais envolvidos na equipe obstétrica (médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros).

No que se refere aos resultados, esses podem ser publicados no próprio serviço e/ou em eventos de âmbito nacional e ou internacional e/ou em revistas científicas nacionais e internacionais, constando tais informações no TCLE e no Termo de Autorização de Imagem e Som. Aos profissionais que participaram da etapa da análise de conteúdo foi fornecido o TCLE. O Termo de Autorização de Imagem e Som foi entregue aos profissionais que compõem a equipe obstétrica e aos entrevistados (Apêndices 2 e 4).

O material obtido pela pesquisa deverá ser destruído após cinco anos. Para a pesquisa, foi elaborado um instrumento, a fim de coletar dados sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais juízes que participaram da análise de conteúdo do vídeo educativo (Apêndice 5). Quanto ao risco da pesquisa, nenhuma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano foi constatada, em virtude do estudo e dele decorrente, incluindo seu propósito.

5 RESULTADOS

Este capítulo está organizado seguindo o manual de elaboração que define os critérios para construção e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS, e prevê a apresentação dos resultados do trabalho de conclusão na forma de manuscritos/artigos científico. Por meio dos resultados do estudo, foi possível desenvolver um manuscrito e um produto.

- O PRODUTO: *VIDEOCASE* DO PARTO SEGURO
- ARTIGO: *VIDEOCASE* SOBRE A LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O artigo produzido foi submetido à Revista Enfermagem em Foco – Cofen.

5.1 Vídeocase do Parto Seguro

Contextualização

A realização deste estudo possibilitou a elaboração de um vídeo que tem como foco principal a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro. Diante dessa perspectiva, a utilização de uma tecnologia educativa como o vídeo contribui para implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro e de práticas obstétricas seguras durante o parto. Esse instrumento torna-se imprescindível durante o processo assistencial, de modo a promover ações seguras que contribuirão para a qualidade na atenção materna e neonatal, reduzindo os riscos relacionados ao cuidado assistencial.

O estudo foi realizado no período compreendido entre os meses outubro de 2018 a março de 2019.

O vídeo foi elaborado com base no conhecimento dos especialistas em obstetrícia, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem. Ele mostra entrevistas sobre assuntos como a mortalidade materna, hemorragia pós-parto, Lista de Verificação do Parto Seguro, e sistematização da enfermagem. As entrevistas e as

imagens feitas no hospital procuram chamar a maior atenção possível dos profissionais de saúde para o uso da Lista de Verificação do Parto Seguro.

O desenvolvimento do vídeo contou com o financiamento de recursos formalizado por meio do EDITAL Nº 27/2016 - ACORDO CAPES/COFEN nº 30/2016 – Projeto: Formação e desenvolvimento científico e tecnológico de enfermeiro para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na melhoria da qualidade e segurança do paciente na atenção domiciliar e hospitalar. Uma equipe técnica terceirizada especializada em criação e edição de vídeos trabalhou no desenvolvimento desse vídeo.

Para o alcance dos objetivos, surgiu a questão norteadora: como desenvolver e analisar o conteúdo de um *videocase* para a sensibilização dos profissionais para realização das práticas obstétricas seguras de atenção ao parto e apoiar a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro em um centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal?

Método

Primeira etapa

A Primeira Etapa, de criação do vídeo, deu-se em três fases: Pré-produção, Produção e Pós-produção, propostas por Fleming (2009).

Na fase de **pré-produção**, foi realizada a revisão de literatura por meio de busca nas bases de dados científicas: PubMed, LILACS, BDENF, SciELO, PubMed; Scopus e CINAHL. Os descritores usados são oriundos do Medical Subject Headings (MeSH): “segurança do paciente” (“*patient safety*”), “lista de checagem” (“*checklist*”), “qualidade da assistência à saúde” “*quality of healthcare*”, “parto”, (“*childbirth*”), “educação tecnológica” (“*educational technology*”), “educação permanente” (“*Permanent Education*”).

Na busca, empregou-se o operador booleano “AND”. Foram incluídos trabalhos publicados no período compreendido entre 2014 e 2019; dos 334 artigos encontrados, foram selecionados 16, os quais contemplaram os descritores. Essa literatura foi sintetizada na forma de uma *scoping review* e subsidiou a elaboração do roteiro do vídeo.

No planejamento do roteiro, foram definidos os objetivos, o conteúdo, os especialistas que seriam entrevistados, as imagens a serem gravadas, o público-alvo,

quando, onde e como o vídeo educativo seria apresentado, os recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados.

O roteiro foi elaborado em forma de texto, levando em consideração uma ordem lógica de transmissão de informações cuidadosamente selecionadas do conteúdo e questões a serem abordadas no vídeo educativo. O roteiro foi dividido em quatro partes: apresentação, questões das entrevistas, conteúdos referentes as entrevistas e conteúdos sobre as etapas da Lista de Verificação do Parto Seguro.

O roteiro, inicialmente, foi construído com o emprego de linguagem mais científica, a qual, gradativamente, foi substituída por linguagem mais simples e acessível, para permitir a melhor compreensão da equipe técnica de gravação.

Na primeira reunião realizada entre os orientadores, a mestrande e o representante da empresa, foram discutidos o projeto, os objetivos do estudo, o roteiro e ideias para o desenvolvimento do vídeo. Na segunda reunião, foram acertados os detalhes referentes a roteiro, locais e datas para as gravações, e tempo de fala dos especialistas a serem entrevistados.

Foi criado *storyboard*, com a inserção de elementos visuais, como figuras, fotos e texto referentes às ilustrações. Foram selecionadas quatro imagens com gráficos contendo informações sobre mortalidade materna.

Nessa fase foram selecionados os 9 (nove) juízes de conteúdo, os quais também seriam entrevistados, as datas de suas entrevistas e os dias de gravações na Fundação de Ensino e Pesquisa para Saúde-FEPECS e em hospital público do Distrito Federal. O quantitativo foi determinado de acordo com a técnica de psicometria proposta por Pasquali (2009). A seleção dos juízes de conteúdo ocorreu por meio de amostragem não probabilística do tipo intencional, denominada “bola de neve” (POLIT; BECK, 2011).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: profissionais com ensino superior, experiência de pelo menos dois anos em docência, e/ou de pesquisa, e/ou na assistência nas áreas do conteúdo do vídeo. Foram excluídos os profissionais com pouca experiência técnico-científica na área do estudo.

A seleção de número ímpar de juízes objetiva não haver empates em relação às suas opiniões ou concordâncias em relação aos assuntos tratados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os nove especialistas entrevistados foram convidados por meio de cartas-convite enviadas por e-mail.

Para direcionar as entrevistas com os especialistas, houve a necessidade de construir instrumento com 10 (dez) questões sobre temas relacionados à mortalidade

materna: principais causas no Brasil e no mundo; hemorragia pós-parto – principais causas, identificação dos fatores de risco e medidas de prevenção; lista de verificação para o parto seguro – histórico de implantação da LVPS no Brasil e no mundo; importância da LVPS para redução das mortes maternas e neonatais por causas evitáveis; contribuições da LVPS para reduzir e prevenir mortes por hemorragia pós-parto; evidências científicas sobre os benefícios do uso da LVPS e para prevenir mortes por hemorragia pós-parto, etapas da LVPS: na admissão, antes da expulsão, ou antes da cesariana, logo após o parto antes da saída do centro obstétrico e atinente as ações realizadas antes da alta da díade no alojamento conjunto; contribuição da sistematização da assistência de enfermagem para implantação da LVPS e contribuições da LVPS como instrumento para aumentar a segurança da mulher e do recém-nascido.

Na fase de **produção**, após elaboração do *storyboard* com o esboço dos quadros para compor o vídeo educativo, foi dado início à gravação do vídeo educativo com uso de filmadora *Canon 5D Mark IV* com lentes *Rokinon 85mm/50/16mm*, filmagem *in loco*. A gravação se deu em cinco dias, nas dependências da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS e de hospital público do Distrito Federal.

A produção do vídeo envolveu filmagens de cenas voltadas a evidenciar o uso da LVPS em situação real no centro obstétrico e na maternidade de hospital público, e da exibição de entrevistas realizadas com os especialistas na ESCS.

As filmagens, feitas pela equipe técnica responsável pela produção, foram acompanhadas pelas pesquisadoras para dirimir dúvidas dos técnicos e entrevistados ao longo das captações de imagens e sons. As gravações contaram com a participação de especialista em mídias, edição de vídeos e imagem. Antes de serem entrevistados e/ou filmados, os participantes do vídeo assinaram termos de autorização para uso da imagem e som.

Na fase de **pós-produção**, o vídeo educativo foi editado com a utilização do *software Adobe Premiere*, e finalizadas com o *After effect*. No processo de edição, analisou-se se as mensagens foram transmitidas de maneira correta pelos recursos de áudio e vídeo selecionados. Não se pode deixar de considerar a possibilidade de haver mudanças no roteiro ou *storyboard* previamente aprovados. O processo de gravação, produção ou edição, exige liberdade de realizar adequações para otimizar o resultado final a ser obtido.

Nessa fase, o vídeo foi revisto pelas pesquisadoras, resultando na sugestão de ajustes referentes a título, legendas, acréscimo dos créditos de cada entrevistado e das

autoras. Ocorreu, também, a edição das cenas gravadas, das entrevistas, bem como a inclusão de figuras, gráficos, animações, legendas, e música de fundo. Essas atividades contaram com o direcionamento das pesquisadoras e dos três técnicos em audiovisual.

Houve sugestões para alterações de cenas e da duração delas, de gráficos, e de sincronização das legendas, a fim de melhorar a disposição das etapas da lista de verificação. Após fazer as alterações consideradas pertinentes, o vídeo foi considerado pronto para ser submetido a análise de conteúdo pelos juízes.

5.1.1 *Storyboard* do Videocase do Parto Seguro

I – APRESENTAÇÃO
<p>Título: <i>Videocase do Parto Seguro</i></p> <p>Autores: Arlete Rodrigues Chagas da Costa / Leila Bernarda Donato Gottens / Aline Mizusaki Imoto.</p> <p>Locais: Escola Superior de Ciências para Saúde – ESCS/FEPECS, Hospital Regional da Asa Norte - Brasília Distrito Federal.</p> <p>Público-alvo: Servidores que atuam em Centro Obstétrico e Maternidade.</p> <p>Objetivo: Sensibilizar os profissionais quanto a importância do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro para a redução de eventos adversos e da morbimortalidade materna.</p> <p>Tempo estimado do vídeo: 15 minutos e 28 segundos.</p> <p>Participantes: Gestores, profissionais de saúde (enfermeira, médico, técnico de enfermagem), residentes de obstetrícia e pacientes.</p>
II – SÍNTESE DO ROTEIRO
<p>Cena 1- Convidados da OPAS, OMS, MS, SES/DF e UnB falam sobre o contexto internacional e nacional da morbimortalidade materna e neonatal e a importância da implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro para evitar eventos adversos com ênfase na hemorragia pós-parto e sistematização da assistência de enfermagem – SAE.</p>

III - QUESTÕES DAS ENTREVISTAS**Médicos:**

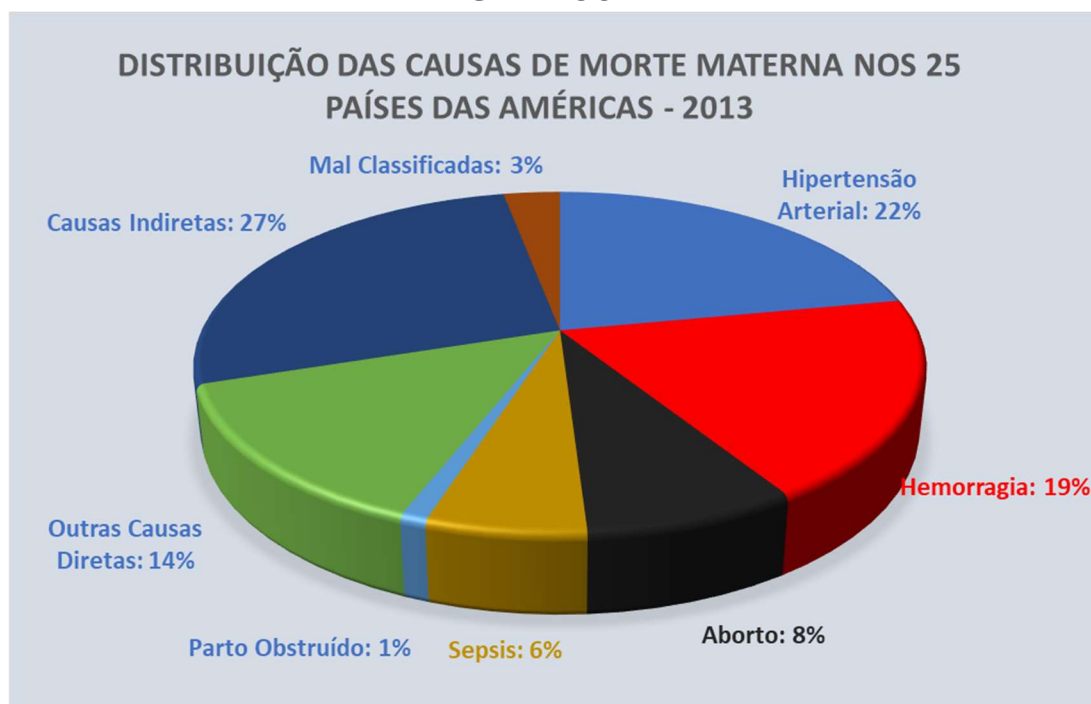
1. Quais as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo?
2. Qual a importância da Lista de Verificação do Parto Seguro para a redução das mortes maternas e neonatais por causas evitáveis?
3. Como a Lista de Verificação do Parto Seguro pode contribuir para a redução das mortes por hemorragia pós-parto?
4. Qual o histórico de implantação da lista de verificação no Brasil e no mundo?
5. Quais as evidências científicas sobre os benefícios do uso da lista de verificação para parto seguro e para prevenir mortes por hemorragia pós parto?
6. Quais as principais causas da hemorragia pós-parto?
7. Como prevenir a hemorragia pós-parto?

Enfermeiras:

1. Quais as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo?
2. Qual a importância da Lista de Verificação do Parto Seguro para a redução das mortes maternas e neonatais por causas evitáveis?
3. Como a Lista de Verificação do Parto Seguro pode contribuir para a redução das mortes por hemorragia pós-parto?
4. Comente sobre as etapas da Lista de verificação do Parto e quais as suas contribuições como instrumento para aumentar a segurança da mulher e do recém-nascido.
5. Qual o histórico de implantação da lista de verificação no Brasil e no mundo?
6. Quais as evidências científicas sobre os benefícios do uso da lista de verificação para parto seguro e para prevenir mortes por hemorragia pós-parto?
7. Quais as principais causas da hemorragia pós-parto?
8. Como prevenir a hemorragia pós-parto?
9. O que é a sistematização da assistência de enfermagem - SAE?
10. Qual a relação da Lista de Verificação do Parto Seguro com a SAE?

IV - GRÁFICOS:

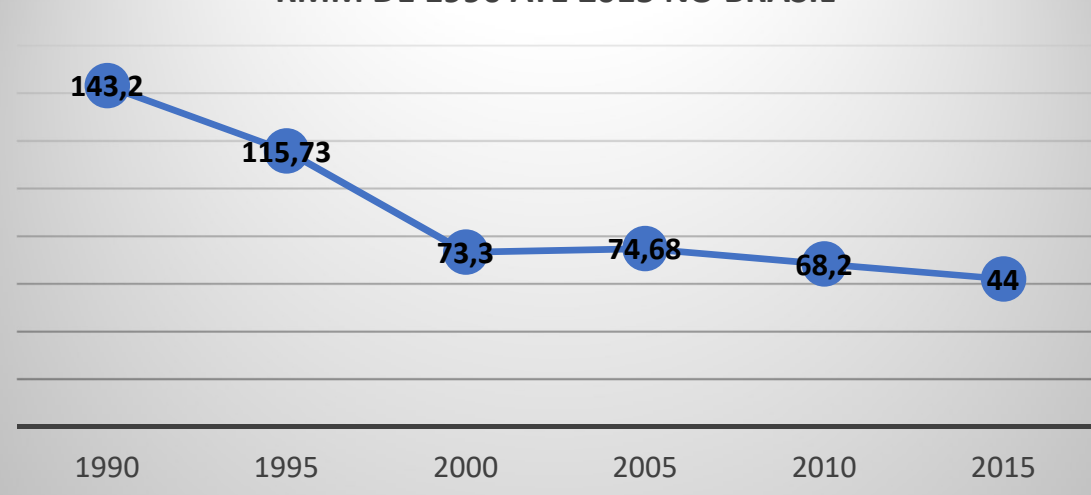
GRÁFICO 1



FONTE: Informe de avance PARMM, 2015

GRÁFICO 2

RMM DE 1990 ATÉ 2015 NO BRASIL



META PARA 2015 ERA: 35/100 MIL NV

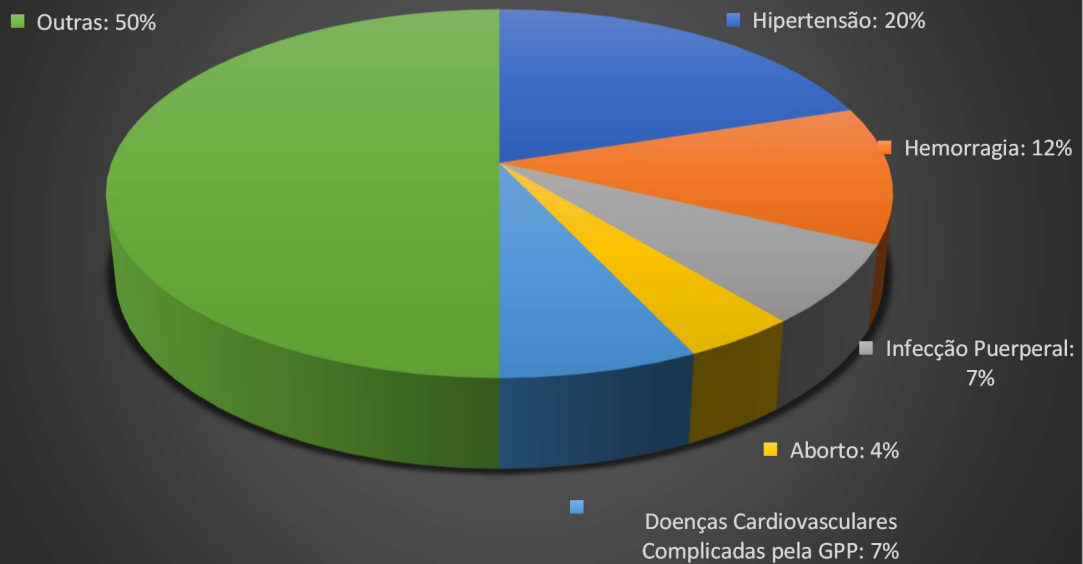
META PARA 2030: 30/100 MIL NV

OBSERVAÇÃO: A razão de mortalidade materna se calcula pelo número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos

FONTE: Ministério da Saúde, 2018

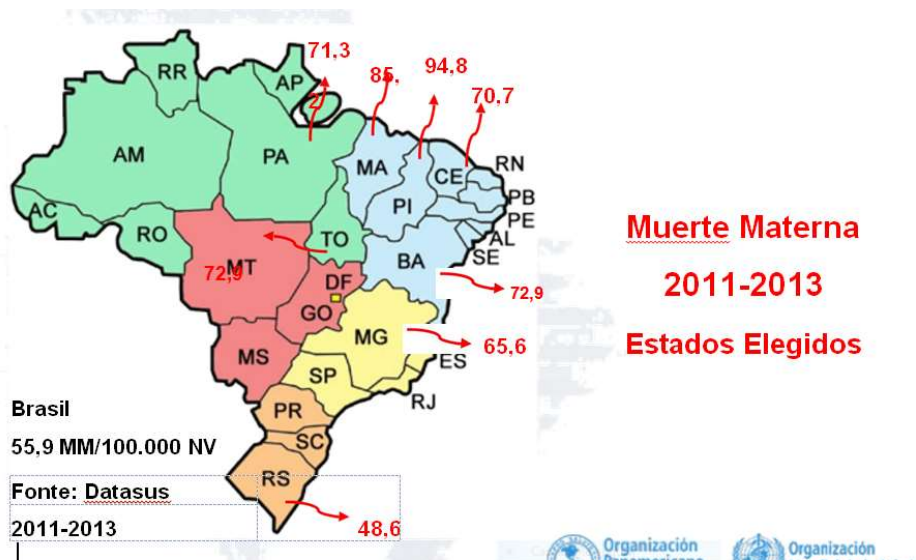
GRÁFICO 3

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL POR TIPO DE CAUSAS- 2013



FONTE: Ministério da Saúde, 2014

GRAFICO 4



V- CENAS DO CENTRO OBSTÉTRICO E MATERNIDADE DO HRAN DA APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO NO SERVIÇO

Cena 1- Profissional (enfermeiro, residente de enfermagem ou técnico de enfermagem), fazendo admissão de uma parturiente. A primeira etapa do *checklist*, a “admissão”, corresponde aos procedimentos que devem ser realizados antes da admissão.

- Avaliar se a paciente precisa ser transferida;
- Colocar a pulseira de identificação;
- Investigar patologias prévias;
- Número de consultas de pré-natal;
- Verificar a necessidade do uso de antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivo;
- Checar os materiais;
- Incentivar presença do acompanhante;
- Orientar a mulher quanto ao risco de quedas;
- Orientar pedir ajuda em caso de perigo (mãe e acompanhante).

Cena 2- Profissional executando a segunda etapa do *checklist*, a qual consiste nos procedimentos que devem ser realizados “antes do parto ou cesárea”.

- Realização dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Abertura do partograma;
- Informação dos procedimentos à gestante e ao acompanhante;
- Uso de antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivo;
- Conferência dos materiais necessários para o parto;
- Assistente para auxiliar o parto.

Cena 3- Profissional realizando a terceira etapa do *checklist*, referente aos procedimentos realizados “após o nascimento”.

- Administração de ocitocina;
- Avaliação do sangramento vaginal;
- Colocação das pulseiras no bebê e na mãe;
- Avaliar a necessidade do uso de antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivo;
- Necessidades do bebê (transferência, antibiótico, cuidados especiais, monitoramento);
- Amamentação e contato pele a pele;

- Orientação para pedir ajuda em caso de perigo (mãe e acompanhante).

Cenas 4 e 5 – Profissional fazendo o *checklist* na quarta e última etapa, sobre o cumprimento de todas as ações que contemplam o planejamento para o pós-parto imediato, realizadas antes da saída do centro obstétrico e atinente às ações realizadas antes da alta da díade no Alojamento Conjunto.

Antes da saída do centro obstétrico para a maternidade:

- Internação da mãe e do bebê por pelo menos 2h;
- Mãe: Avaliação da pressão arterial e sangramento;
- Bebê: Amamentação;
- Conferência da identificação mãe/bebê;
- Administração e checagem de Medicamentos;
- Verificação do Cartão da Gestante e exames para encaminhamento;
- Documentação e exames do recém-nascido.

Antes da alta da maternidade para casa:

- Internação da mãe e bebê após o parto por pelo menos 48h;
- Mãe: Avaliação do uso de antibióticos, pressão arterial, sangramento;
- Bebê: antibióticos, amamentação;
- Orientações sobre planejamento familiar;
- Orientações referentes aos sinais de perigo após alta.

Segunda Etapa

A Segunda Etapa consistiu no envio do vídeo aos especialistas que tiveram suas imagens e falas gravadas, com o objetivo de analisar se estavam de acordo com os trechos selecionados para compor o vídeo, bem como para analisarem o conteúdo do *videocase* em sua totalidade. Essa avaliação ocorreu entre janeiro e março de 2019. Participaram desta etapa os nove especialistas que foram entrevistados, sendo sete com formação em enfermagem, e dois com formação em medicina. Tais profissionais foram considerados como juízes, especialistas ou peritos, e foram os mesmos que participaram das entrevistas contidas no vídeo.

Nesta etapa foi definido o segundo instrumento, para os juízes analisarem o conteúdo, a partir de instrumento de avaliação de conteúdo de Nazário (2017). O instrumento aplicado ao juízes continha oito questões, com sete afirmações positivas e uma aberta para sugestões para uso do vídeo: A apresentação do conteúdo do vídeo

favorece o aprendizado na temática; As animações ajudam no aprendizado da temática; O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática; O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional; Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais; O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem; O trecho da minha entrevista, usado no vídeo, está adequado ao conteúdo do vídeo.

Nas sete questões fechadas foi usada a escala *Likert*: Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente; e Não sei. A análise de conteúdo permite avaliar a relevância de cada item de que trata o conteúdo do estudo, bem como a representatividade deles nos objetivos de estudo (POLIT; BECK, 2011).

A análise de conteúdo é resultante do julgamento de especialistas na área de interesse do constructo, para assegurar a avaliação adequada da representatividade e relevância dos itens que compõem o conteúdo submetido aos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

As pré-exibições do vídeo para os especialistas e a coleta de suas opiniões por meio de questionários foram feitas com a utilização da plataforma *Google Forms*. Para considerar o material do vídeo educativo pronto, foram imprescindíveis a análise e a avaliação profundas do material produzido, de forma recorrente, e só depois disso, autorizou-se a finalização do vídeo educativo pela empresa contratada para sua produção. O vídeo produzido tem duração de 15 minutos e 28 segundos, e tem como objetivo sensibilizar os profissionais para utilização da Lista de Verificação do Parto Seguro.

O vídeo mostra entrevistas sobre assuntos como a mortalidade materna, hemorragia pós-parto, Lista de Verificação do Parto Seguro, e sistematização da enfermagem. As entrevistas e as imagens feitas no hospital procuram chamar a maior atenção possível dos profissionais de saúde para o uso da LVPS.

Após a finalização do material, o vídeo foi gravado em mídia em formato *link no you tube* para ser encaminhado aos profissionais do centro obstétrico, da maternidade, e aos participantes desta pesquisa. O vídeo foi também disponibilizado para compartilhamento na internet, a fim de que os profissionais interessados no tema possam usufruir dessa tecnologia no aperfeiçoamento da prestação de seus serviços.

Para a análise do conteúdo do vídeo foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), usado para calcular a proporção de juízes especialistas em concordância com aspectos específicos do instrumento produzido, e do instrumento como um todo (POLIT; BRCK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para os dados numéricos, foi usado o programa Microsoft Excel® 2010, utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio-padrão.

A utilização do vídeo no processo educativo possibilita, por meio da utilização de linguagem simples e objetiva, proporcionar maior compreensão sobre os motivos para aumentar a adesão às práticas essenciais por meio do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro. Além disso, demonstra os resultados da implantação da LVPS na redução de danos e mortalidade materna e perinatal, e no aumento da qualidade e da segurança na assistência prestada no parto.

O vídeo educativo é material didático e tecnológico, com poder de criar conhecimento e de promover saúde e estimular o discernimento crítico (DALMOLIN, 2016; RAZERA, 2014).

As ações educativas em saúde podem fazer uso das tecnologias disponíveis, e, com o auxílio das práticas do dia e da pesquisa, produzir materiais tecnológicos com potencial para criar conhecimento a serem colocados à disposição da sociedade. Desse modo, pode-se alterar o uso de materiais oriundos da prática diária em interpretação científica (MOREIRA *et al.*, 2013).

Tais tecnologias buscam incentivar o interesse e o engajamento dos responsáveis pela prestação de cuidados para participarem mais intensamente de suas atividades, com vistas a melhorar os cuidados oferecidos (RAZERA *et al.*, 2016).

O vídeo deste estudo foi considerado relevante por um grupo de juízes especialistas, após processo de avaliação. A tecnologia audiovisual foi considerada adequada para ser disponibilizada aos profissionais de saúde e de ensino, a fim de promover a educação permanente e sensibilizar os envolvidos nos cuidados da importância do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro, cujo objetivo é disseminar a realização práticas seguras de atenção ao parto e aumentar a qualidade da assistência nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumento de Medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

DALMOLIN, A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COPPETTI, L. C.; ROSSATO, G. C.; GOMES, J. S.; SILVA, M. E. N. Vídeo educativo como recurso para educação em

saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp., p. e68373, 2016.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/video. **Nurse Educator**, v. 34, n. 3, p. 118-21, 2009.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf. Acesso em: 11 set. 2017.

MOREIRA; C.B. *et al.* **Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.59, n.3, p.401-7, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NAZÁRIO, A. P. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**. 2017, 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

RAZERA, A. P. R.; BUETTO, L. S.; LENZA, N. F. B.; SONOBE, H. M. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 173-178, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659/pdf_156. Acesso em: 20 mar 2018.

RAZERA, A. P. *et al.* Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 29, n. 4, p. 430-38, 2016.

5.2 Artigo original: *Videocase* sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro: sensibilização dos profissionais da saúde

Arlete Rodrigues Chagas da Costa,¹ Aline Mizusaki Imoto,² Leila Bernarda Donato Gottens³

RESUMO

Objetivo: Descrever as etapas de produção e análise de conteúdo de um *videocase* para sensibilizar os profissionais da saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro. **Metodologia:** Estudo metodológico realizado a partir da construção de tecnologia educativa com a participação de nove especialistas. O método consistiu em duas etapas: elaboração do roteiro, gravação de entrevistas e de imagens reais em serviços de atenção ao parto e edição do vídeo; e envio do vídeo aos participantes para confirmação e aprovação do uso dos trechos das falas selecionadas e análise de conteúdo. Na análise dos dados, empregou-se o Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** A duração do vídeo é de 15 minutos e 28 segundos, com aprovação de 100% dos especialistas no Índice de Validade de Conteúdo. **Conclusão:** O vídeo pode ser utilizado na educação permanente dos profissionais da saúde: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

Descritores: Lista de Checagem, Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Tecnologia Educacional, Educação Permanente.

Producción de *videocase* para sensibilizar profesionales de salud sobre lista de verificación del parto seguro

Objetivo: Describir las etapas de producción y análisis de contenido de *videocase* para sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la lista de verificación del parto seguro. **Método:** Estudio metodológico realizado a partir de la construcción de tecnología educativa con la participación de 9 especialistas. El método contempló dos etapas: la elaboración del guión, grabación de entrevistas y de imágenes reales en servicios de atención al parto y edición del vídeo; y enviado a los participantes para la confirmación

y aprobación del uso de los fragmentos de las palabras seleccionadas, y análisis de contenido. Para el análisis de los datos se empleó el índice de validez de contenido (IVC).

Resultados: El vídeo producido tiene 15 minutos y 28 segundos de duración, con la aprobación del 100% de los jueces especialistas en IVC. **Conclusión:** El vídeo puede ser utilizado en educación permanente de los profesionales de salud.

Descriptores: Lista de Comprobación, Seguridad del Paciente, Calidad de la Asistencia Sanitaria, Tecnología Educativa, Educación Permanente.

Videocase production to sensitize health professionals on insured care verification list

Objective: To describe the steps of production and content analysis of *videocase* to sensitize health professionals on the safe birth control checklist. **Method:** A methodological study based on the construction of educational technology with the participation of 9 specialists. The method involved two steps: the elaboration of the script, recording interviews and real images in childbirth services and editing the video; and sent the video to the participants for confirmation and approval of the use of selected speech excerpts, and content analysis. For the data analysis, the content validation index (IVC) was used. **Results:** The video produced has 15 minutes and 28 seconds duration, with 100% approval of the expert judges at the IVC. **Conclusion:** Video can be used in continuing education of health professionals.

Descriptors: Checklist, Patient Safety, Quality of Health Care, Educational technology, Permanent Education.

¹ Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil, especialista em Obstetrícia, mestranda em Saúde da Mulher. Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS, e-mail: Arlete.rodrigues43@gmail.com

² Fisioterapeuta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil, doutora em Ciências da Saúde e Saúde Baseada em Evidências (UNIFESP), docente permanente do mestrado

profissional e acadêmico da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS, e-mail: alinem.imoto@gmail.com

³ Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil, doutora em Administração pela Universidade de Brasília, docente permanente do mestrado profissional e acadêmico da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS, e-mail: leila.gottens@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2008, o programa *Safe Childbirth Checklist* (SCC) para padronizar a assistência por meio de um instrumento simples, de baixo custo e eficaz, que assegura a realização de cuidados importantes, como o uso de partograma, a indicação de antibióticos no parto normal ou cesáreo, a condução da ruptura de membranas, a utilização de sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e ocitocina, de orientação ao acompanhante no parto, de procedimentos em relação ao sangramento antes e depois do parto, das rotinas de amamentação, de avisos de sinais de perigo ao longo da assistência às mulheres e aos recém-nascidos, e instruções para alta. Torna mais efetiva e direta a comunicação entre as equipes e seus membros, contribui na coordenação entre os membros das equipes e aumenta a segurança materno-infantil. O *Safe Childbirth Checklist* do parto seguro foi colocado à prova em dez países da África e da Ásia⁽¹⁻³⁾.

O *Safe Childbirth Checklist* do parto seguro foi traduzido para o português, no “Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos”, publicado pela OMS, como Lista de Verificação do Parto Seguro (LVPS)⁽³⁾.

Segundo Kara⁽⁴⁾, a LVPS, de forma isolada, não é efetiva para aprimorar a assistência. O instrumento contribui com a clareza e eficácia da comunicação da equipe e com a diminuição de falhas e na maior padronização dos registros efetuados pela Enfermagem. Cada item busca reduzir a ocorrência dos eventos adversos mais comuns e seus possíveis danos. Além disso, auxilia os profissionais a realizarem as práticas essenciais para assistência ao parto e ao nascimento, apoiadas por evidências científicas⁽⁵⁻⁷⁾.

Em um estudo-piloto, realizado em Karnataka, na Índia, a taxa de adesão dos profissionais da saúde ao uso da lista de verificação foi de 95%. Tal fato revelou aumento do número das práticas essenciais executadas pelo grupo de profissionais de 10 para 25, dos 29 itens analisados após a implantação da lista⁽⁸⁾. Outro estudo randomizado, realizado na Índia, demonstrou que o uso da lista de verificação melhora a qualidade da assistência à saúde materna e neonatal e aumenta a realização de práticas obstétricas essenciais⁽⁵⁾.

Em um hospital terciário no Sri Lanka, estudo prospectivo demonstrou que 69% dos participantes da pesquisa reconheceram a utilização da LVPS como fator favorável ao trabalho em equipe e de incentivo à comunicação entre as pessoas⁽⁹⁾.

Portanto, os estudos apontam evidências da colaboração da LVPS para que os profissionais da saúde não deixem de realizar práticas de efetividade comprovadas, ao recordá-los de executar a higienização das mãos, gerenciar a infecção, avaliar o sangramento pós-parto, e promover a amamentação até uma hora após o nascimento do bebê⁽⁹⁾.

A adesão e a utilização da LVPS podem ser melhoradas quando o processo de implementação do instrumento envolve atividades de sensibilização, treinamentos e *feedbacks* regulares. Para isso, é muito importante contar com o apoio da chefia do setor ao longo de todo o processo de implementação⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia que contribui para a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), conduzindo a sistematização das práticas dos profissionais de enfermagem para cuidar das ações essenciais e atingir os objetivos do setor no qual trabalham⁽¹²⁾.

Na sistematização, é possível empregar diferentes tecnologias simultaneamente para prestar assistência com segurança e qualidade. Elas não são mutuamente excludentes, de modo que o uso de uma não inviabiliza a utilização de outra⁽¹³⁾.

A efetividade de intervenções educativas em saúde depende da qualidade de materiais e recursos didáticos disponíveis. Assim, a sensibilização sobre a LVPS, por meio de uso de tecnologias educativas, requer materiais de boa qualidade e conteúdos adequados para possibilitar a assimilação de conhecimentos pelo público-alvo⁽¹⁴⁾. A utilização desses recursos e materiais didáticos pode ser proveitosa na formação e capacitação dos profissionais da saúde⁽¹⁵⁾.

O *videocase* consegue proporcionar visões mais abrangentes com grande riqueza de informações e de detalhes da realidade. A demonstração de habilidades relativas à

comunicação é utilizada em situações reais, de forma a representar uma imagem melhor que as obtidas em um texto escrito. Ao assistir a um vídeo, é possível comparar a imagem mental sobre determinado tema com a realidade exibida nele. O vídeo esmiúça a adoção de diferentes comportamentos. Os *videocases* são motivadores e desafiam os expectadores a enfrentarem os problemas apresentados⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de produção e avaliação de um *videocase* para sensibilização dos profissionais sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro, com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência ao parto e ao nascimento.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido no período de outubro de 2018 a março de 2019, em duas etapas. A primeira foi a produção do vídeo, e a segunda, a análise de conteúdo pelos especialistas participantes do vídeo.

Participantes da pesquisa

Nas Etapas 1 e 2, correspondentes ao desenvolvimento e à avaliação do conteúdo do *videocase*, a amostra foi composta por nove especialistas, médicos obstetras, enfermeiras obstetras, especialista em segurança do paciente e em sistematização da assistência em enfermagem. Tal quantitativo foi determinado de acordo com a técnica de psicometria proposta por Pasquali, o qual recomenda a seleção de seis a vinte juízes⁽¹⁸⁾.

A utilização do modelo de Pasquali, empregado para medir fenômenos subjetivos, é justificada pelo fato de a psicometria oferecer procedimentos úteis para a realização de análise de conteúdo por juízes em relação aos resultados de uma pesquisa, inclusive em pesquisas da área de enfermagem⁽¹⁸⁾.

A seleção dos juízes de conteúdo ocorreu por meio de amostragem não probabilística do tipo intencional, denominada bola de neve⁽¹⁹⁾.

Os critérios de inclusão foram: profissionais com ensino superior, experiência de pelo menos dois anos em docência e/ou de pesquisa e/ou na assistência nas áreas do conteúdo do vídeo. Foram excluídos os profissionais com menos de dois anos de experiência técnico-científica na área do estudo. A seleção de número ímpar de juízes

objetiva não haver empates referentes às suas opiniões ou concordâncias em relação aos assuntos tratados⁽²⁰⁾.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um centro obstétrico de um hospital público, e na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências para a Saúde no Distrito Federal.

Coleta dos dados

Primeira etapa

A primeira etapa, de criação do vídeo, deu-se em três fases: Pré-produção, Produção e Pós-produção, propostas por Fleming⁽¹⁷⁾. Na fase de pré-produção, com o objetivo de embasar a elaboração do roteiro do vídeo, foi realizada uma *scoping review* por meio de busca nas bases de dados científicos: PubMed, LILACS, BDENF, SciELO, PubMed; Scopus e CINAHL. Os descritores usados são oriundos do Medical Subject Headings (MeSH): “segurança do paciente” (“patient safety”), “lista de checagem” (“checklist”), “qualidade da assistência à saúde” (“quality of health care”), “educação tecnológica” (“educational technology”), “educação permanente” (“Permanent Education”). Na busca, empregou-se o operador booleano “AND”. Foram incluídos trabalhos publicados no período compreendido entre 2014 e 2019. Dos 334 artigos encontrados, foram selecionados 16.

No planejamento do roteiro, foram definidos os objetivos, o conteúdo, os especialistas que seriam entrevistados, as imagens a serem gravadas, o público-alvo, quando, onde e como o vídeo seria apresentado, os recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados.

O roteiro foi elaborado em forma de texto para estruturar, de maneira lógica, as informações, conteúdos e questões a serem abordados no vídeo, dividido em quatro partes: apresentação, questões das entrevistas, conteúdos referentes às entrevistas e sobre as etapas da Lista de Verificação do Parto Seguro.

Foi criado o *storyboard*, com a inserção de elementos visuais, como figuras, fotos e textos referentes às ilustrações, e selecionadas quatro imagens de gráficos com informações sobre mortalidade materna.

Nessa fase, foram selecionados os nove juízes de conteúdo, os quais também seriam entrevistados, e definidas as datas e os locais de suas entrevistas.

Para direcionar as entrevistas com os especialistas, houve a necessidade de se construir instrumento com 10 questões sobre temas relacionados a LVPS e outros assuntos, detalhados no Quadro 2 dos resultados.

Na fase de produção, foi dado início à gravação do vídeo educativo com uso de filmadora Canon® 5D Mark IV com lentes Rokinon 85mm/50/16mm, filmagem *in loco*. A gravação se deu em cinco dias, nas dependências da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e de um hospital público do Distrito Federal.

A produção do vídeo envolveu filmagens de cenas voltadas a evidenciar o uso da LVPS em situação real no centro obstétrico e na maternidade de hospital público, bem como a exibição de entrevistas realizadas com os especialistas. As filmagens foram acompanhadas pelas pesquisadoras.

Na fase de pós-produção, o vídeo foi editado com a utilização do software *Adobe Premiere* e finalizado com o *After effect*. O vídeo foi revisto pelas pesquisadoras para que fizessem as alterações consideradas pertinentes e, após isso, fosse submetido a análise de conteúdo pelos juízes.

Segunda etapa

A segunda etapa consistiu no envio do material aos especialistas que tiveram suas imagens e falas gravadas. O objetivo foi verificar se estavam de acordo com os trechos selecionados para compor o vídeo, bem como para analisarem o conteúdo em sua totalidade. Essa avaliação ocorreu entre janeiro e março de 2019. Participaram dessa etapa os nove especialistas que foram entrevistados. Tais profissionais, os juízes, foram os mesmos que participaram das entrevistas contidas no vídeo.

Nessa etapa, foi definido o segundo instrumento para que os juízes analisassem o conteúdo, a partir da adaptação de instrumento de avaliação de conteúdo de Nazário⁽²¹⁾. O instrumento continha oito questões, com sete afirmações positivas e uma aberta a sugestões para uso do vídeo, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 Questões para análise do conteúdo o vídeo. Brasília – DF, 2019.

A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática
As animações ajudam no aprendizado da temática
O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática
O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional
Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais

O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem
O trecho da minha entrevista, usado no vídeo está adequado ao conteúdo do vídeo
Sugestões para o uso do vídeo educativo

Nas sete questões fechadas, foi usada a escala Likert: Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente; e Não sei. A avaliação de conteúdo permite analisar a relevância de cada item de que trata o conteúdo do estudo, bem como a representatividade deles nos objetivos de estudo⁽¹⁹⁾.

As pré-exibições do vídeo para os especialistas e a coleta de suas opiniões por meio de questionários foram feitas com a utilização da plataforma *Google®Forms*. O vídeo educativo produzido tem duração de 15 minutos e 28 segundos, gravado em mídia em formato de link no *You Tube* e disponibilizado na *internet*

Procedimentos de análise de dados

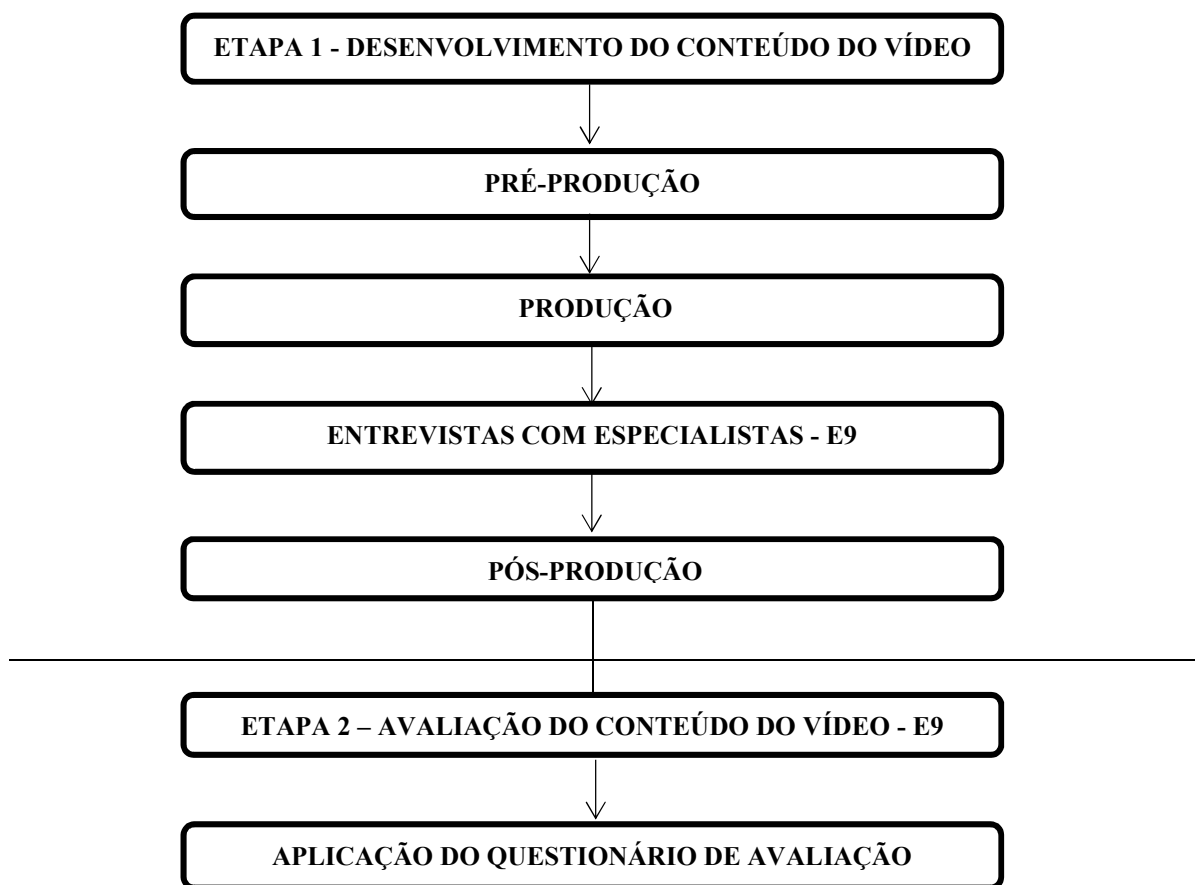
Para a análise do conteúdo do vídeo, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), usado para calcular a proporção de juízes especialistas em concordância com aspectos específicos do instrumento produzido, e do instrumento como um todo.

Para os dados numéricos, foi usado o programa Microsoft Excel® 2010, utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio-padrão.

Procedimentos éticos

O estudo atende ao prescrito na Resolução N° 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Ciências da Saúde sob Parecer n° 2.836.028. Os entrevistados e participantes do vídeo assinaram termos para uso da imagem e som. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

Figura 1 Fluxograma das etapas do método da pesquisa. Brasília, 2019.



E = número de especialistas, que participaram das Etapas 1 e 2.

RESULTADOS

A tecnologia educacional desenvolvida pelo estudo foi do tipo audiovisual, a qual resultou na produção do vídeo intitulado *Sensibilização dos profissionais sobre Lista de Verificação do Parto Seguro*, disponibilizado para compartilhamento na internet por meio do link <https://youtu.be/rQo0P-27z0U>, com 1.248 visualizações até o momento.

Os temas abordados no conteúdo do vídeo são demonstrados no Quadro 2.

Quadro 2 Conteúdos abordados nas entrevistas no vídeo. Brasília – DF, 2019.

Tópicos	Assuntos abordados
Mortalidade Materna	Principais causas e razão no Brasil e no mundo

Hemorragia Pós-Parto	Principais causas, identificação dos fatores de risco e medidas de prevenção
Lista de Verificação para o Parto Seguro – LVPS	Histórico de implantação da LVPS no Brasil e no mundo
	Contribuições da LVPS para reduzir e prevenir mortes por hemorragia pós-parto
	Evidências científicas sobre os benefícios do uso da LVPS e para prevenir mortes por hemorragia pós-parto
	Etapas da LVPS: na admissão, antes da expulsão, ou antes da cesariana, logo após o parto, antes da saída do centro obstétrico e atinente às ações realizadas antes da alta da díade no alojamento conjunto
Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE	Contribuição da SAE para implantação da LVPS e contribuições da LVPS como instrumento para aumentar a segurança da mulher e do recém-nascido

As descrições das cenas gravadas no hospital são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 Cenas gravadas no Hospital. Brasília, 2019.

Cenas	Descrição
Cena 1	Profissional enfermeira, fazendo admissão de uma parturiente. A primeira etapa do <i>checklist</i> , a “admissão”, corresponde aos procedimentos que devem ser realizados antes da admissão
Cena 2	Residente de enfermagem obstétrica executando a segunda etapa do <i>checklist</i> , a qual consiste nos procedimentos que devem ser realizados “antes do parto ou cesárea”
Cena 3	Profissional realizando a terceira etapa do <i>checklist</i> , referente aos procedimentos realizados “após o nascimento”
Cenas 4 e 5	Profissional fazendo o <i>checklist</i> na quarta e última etapa, sobre o cumprimento de todas as ações que contemplam o planejamento para o pós-parto imediato, realizados antes da saída do centro obstétrico e atinente às ações realizadas antes da alta da díade no Alojamento Conjunto

O grupo de avaliadores do vídeo foi constituído por sete enfermeiras e dois médicos, na faixa de 24 a 65 anos. O tempo de experiência dos avaliadores em suas áreas de atuação varia de 2 a 25 anos.

No julgamento para a análise e aprovação do vídeo, as respostas para todos os critérios foram “concordo” ou “concordo fortemente” (Tabela 1), sendo que para todos os critérios do conceito “concordo fortemente” foi predominante.

Na questão aberta referente ao uso do vídeo, foram apresentadas as seguintes sugestões de uso: aprimorar e sensibilizar os profissionais para implementar a LVPS; ser utilizado nos programas de residência e graduação na área médica e de enfermagem, entre outras sugestões.

Tabela 1 Avaliação dos juízes sobre os aspectos do vídeo educativo. Brasília – DF, 2019.

Aspectos avaliados	N (%)	
	Concordo	Concordo Fortemente
A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática	2 (22,2)	7 (77,8)
As animações ajudam no aprendizado da temática	2 (22,2)	7 (77,8)
O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática	2 (22,2)	7 (77,8)
O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional	1 (11,1)	8 (88,9)
Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais	0 (0)	9 (100,0)
O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem	1 (11,1)	8 (88,9)
O trecho da minha entrevista, usado no vídeo, está adequado ao conteúdo do vídeo	2 (22,2)	7 (77,8)

Os resultados mostraram concordância de todos os juízes em relação aos itens abordados no questionário. O resultado foi obtido em razão das respostas a todos os itens

avaliados receberem os conceitos de “concordo” e “concordo fortemente”, resultando na aprovação do vídeo educativo por todos os juízes especialistas.

DISCUSSÃO

A participação dos especialistas entrevistados como juízes para aprovação do vídeo procurou seguir a recomendação do Protocolo de Critérios Consolidados para Relato de Estudos Qualitativos (COREQ), no qual a obtenção de *feedback* dos participantes que contribuíram para os resultados da pesquisa permite aumentar o grau de validade dadas as interpretações do pesquisador. Deste modo, buscou-se garantir que os significados e as perspectivas dos participantes também fossem representados no estudo, e não fossem restringidos apenas pelo próprio interesse e conhecimento dos pesquisadores⁽²²⁾.

O processo de produção do vídeo seguiu as fases propostas por Fleming: Pré-produção, Produção e Pós-produção. No estudo foi detalhada cada fase do processo do vídeo. A contratação de empresa especializada na produção de vídeos facilitou a elaboração do vídeo, uma vez que a equipe de filmagem e as pesquisadoras participaram ativamente de todas as fases.

A análise de conteúdo busca atestar relevância de aspectos específicos e da totalidade de estudo. Nesta pesquisa, todos os juízes consideraram o conteúdo relevante. Muitos dos juízes citaram a importância da utilização do vídeo para treinamentos e em atividades de ensino, além de seu potencial de sensibilização para o uso da LVPS, com eventual repercussão na segurança e na qualidade dos cuidados dirigidos às mães e aos recém-nascidos. As avaliações são importantes, pois as tecnologias são usadas para incentivar a mudança de hábitos da população e buscam disseminar informações corretas de forma mais adaptada e próxima do contexto de cada realidade apresentada⁽²³⁾.

As tecnologias educativas em saúde, como o vídeo, se constituem em canal de comunicação mais envolvente e instigante, dado o poder do áudio e vídeo em conseguir atrair os espectadores⁽²⁴⁾. Essa estratégia amplia significativamente a possibilidade de compartilhar conhecimentos e experiências com alto número de espectadores, podendo ser disseminado pela internet. Nesse sentido, este vídeo, por conter imagens e sons, pode deter a atenção e o interesse do público ao qual ele se destina, instigar o questionamento e o estudo sobre os temas abordados.

O *videocase* produzido neste estudo contribui para dar maior evidência e sensibilizar os profissionais para a utilização da Lista de Verificação do Parto Seguro com

foco na segurança e qualidade da atenção materna e neonatal, as quais podem influenciar, de maneira significativa, na diminuição de riscos da ocorrência de eventos adversos, do tempo de internação, e dos custos. Outro efeito pretendido é suscitar indagações para instigar a realização de novas pesquisas, a fim de gerar mais conhecimento sobre os assuntos abordados.

Várias experiências com vídeos educativos atestam a importância dessa tecnologia nos processos de ensino e aprendizagem, em razão de condensarem, de forma atrativa, textos, sons e imagens, em um único instrumento capaz de promover o conhecimento⁽²⁵⁾. As tecnologias educativas são reconhecidas por estudos como instrumentos importantes no processo de educação permanente. No caso específico, essa ferramenta torna mais efetivo o processo educativo, em razão desse material audiovisual apresentar conteúdos de forma atrativa.

O conteúdo do *videocase* apresenta entrevistas e comentários úteis para sensibilizar os profissionais de saúde quanto à adoção de boas práticas no contexto do parto, especialmente no centro obstétrico e na maternidade.

Limitações do Estudo

As limitações deste estudo referem-se à necessidade de conhecimento técnico em saúde materno-infantil e em metodologias de ensino, para que ele possa ser utilizado como material didático. Não é um vídeo voltado para educação popular.

Contribuições para a Prática

O estudo demonstra que uso da lista aumenta a qualidade e a segurança dos partos realizados, com benefícios para assistência às mães e aos recém-nascidos, em razão de estabelecer os cuidados essenciais dirigidos às mães e aos recém-nascidos, e de contribuir para que haja a checagem dos itens da lista para garantir a prestação pelos profissionais responsáveis de todos os cuidados assistenciais necessários ao longo dos processos de parto e nascimento.

CONCLUSÕES

A construção do *videocase* para a sensibilização dos profissionais quanto ao uso da LVPS e realização das práticas obstétricas seguras na assistência ao parto utilizou o conhecimento dos especialistas em obstetrícia, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem.

Obteve-se a análise de conteúdo, e o material foi avaliado pelos juízes como relevante, de forma que os especialistas ressaltaram a importância da utilização do vídeo

na educação permanente dos profissionais da saúde: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, e em atividades de ensino.

Espera-se, com a realização deste estudo, incentivar a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS nas instituições de saúde e apoiar a educação permanente das equipes, dos setores de obstetrícia e maternidade no sentido de favorecer a adoção de novas práticas na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Os resultados deste estudo poderão, ainda, colaborar com a melhoria das ações de saúde e promover a adesão à cultura de segurança na assistência materno-infantil para todos os envolvidos.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Arlete Rodrigues Chagas da Costa; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final, revisão crítica: Arlete Rodrigues Chagas da Costa, Aline Mizusaki Imoto, Leila Bernarda Donato Gottens.

Agradecimentos

Agradecemos ao Acordo CAPES/COFEN (PROFEN) que financiaram esta pesquisa por meio do Edital nº 27/2016 de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional.

REFERÊNCIAS

1. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, *et al.* Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. PLoS One [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 31];7(5):e35151. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035151>.
2. Weiser TG, Berry WR. Review article: perioperative checklist methodologies. Can J Anaesth. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 31];60(2):136-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23233394>.
3. OMS. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.
4. Kara N, Firestone R, Kalita T, Gawande AA, Kumar V, Kodkany B, *et al.* The BetterBirth Program: pursuing effective adoption and sustained use of the WHO

- Safe Childbirth Checklist through coaching-based implementation in Uttar Pradesh, India. *Glob Heal Sci Pract.* [Internet]. 2017 Jun 27 [cited 2018 Mar 31];5(2):232LP-43. Available from: <http://www.ghspjournal.org/content/5/2/232>.
5. Praxedes AO, Arrais L, Freitas MR. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(10):1-14.
 6. Sant'Ana JKA, Leite PO, Vilela RPB, Sanfelice FAN, Almeida JB, Alves MCA. A importância da utilização do checklist de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerperal. *Cuid. Enferm.* 2017 [cited 2018 Mar 31];11(2):300-3. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32960&indexSearch=ID>.
 7. Kumar S, Yadav V, Balasubramaniam S, Jain Y, Joshi CS, Saran K, *et al.* Effectiveness of the WHO SCC on improving adherence to essential practices during childbirth, in resource 12 constrained settings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Dec 8 [cited 2018 Mar 31];16(1):345. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825321>.
 8. World Health Organization. WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the Quality of Facility-Based Delivery for Mothers and Newborns. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
 9. Patabendige M, Senanayake H. Tion of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country Implementation of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Child-Birth.* 2015;15(12).
 10. Kabongo L, Gass J, Kivondo B, Kara N, Semrau K, Hirschhorn LR. 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 Quality.* 2017;6(2):e000145.
 11. Perry W, Bagheri Nejad S, Tuomisto K, Kara N, Roos N, Dilip TR, *et al.* Implementing the who safe childbirth checklist: lessons from a global collaboration. *BMJ Glob Heal.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 31];2(3):e000241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082003>.

12. Crespo NCT, Santana RF, Alves VH, Pereira AV, Marchiori GRS, Rodrigues DP. Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrizas atendidas no Banco de Leite Humano. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 28];10(1):53-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/139>. <https://doi.org/10.21675/2357-707X>.
13. Carvalho EC, Bachioni, MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 09];11(3):466. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.
14. Ryan L, Logsdon MC, McGill S, Stikes R, Senior B, Helinger B, *et al.* Evaluation of printed health education materials for use by low-education families. *J Nurs Scholarsh.* 2014;46(4):218-28.
15. Galindo NNM, Caetano A, Barros JMB, SILVA LM, Vasconcelos TR; Maria E. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):87-93.
16. Leng BA de, Dolmans DHJM, Van de Wiel MWJ, Muijtjens AMM, Van Der Vleuten CPM. How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. *Medical Education.* 2007;41(2):181-8.
17. Fleming SE, Reynolds J, Wallace, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/video. *Nurse Educator.* 2009;34(3):118-21.
18. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2017 Sept 11]; 43(n. esp.):992-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf.
19. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem.* 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
20. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumento de Medidas. *Ciê. Saúde Coletiva* [Internet]. Jul 2011 [cited 2019 Mar 31];16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-8123201100080006&lng=em>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
21. Nazário AP. *Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê [dissertação].* Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2017.

22. Tong A, Sainsbury P, Craig AJ. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *IJIC* [Internet]. 2007 [cited 2018 Mar 31];19(6):349-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
23. Ostherr K, Killoran P, Shegog R, Bruera E. Death in the digital age: a systematic review of information and communication technologies in end-of-life care. *J Palliat Med*. 2016; 19(4):408-20.
24. Lima MB, Rebouças CBA, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 31];51:e03273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016005603273>.
25. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 31];37(esp):e68373. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do vídeo educativo sobre a sensibilização dos profissionais para utilização da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS, tendo em vista a realização das práticas obstétricas seguras na assistência ao parto, utilizou o conhecimento dos especialistas em obstetrícia, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem.

A aprovação de conteúdo foi obtida e o material foi avaliado pelos juízes como relevante, de forma que os especialistas ressaltaram a importância da utilização do vídeo para treinamentos e para seu uso em atividades de ensino, além de seu potencial para sensibilização para o uso da Lista de Verificação do Parto Seguro, com significativas repercussões na segurança e na qualidade dos cuidados dirigidos às mães e aos recém-nascidos.

As etapas metodológicas, os critérios adotados, as entrevistas realizadas com os especialistas, e o processo de avaliação permitiram a produção de vídeo educativo para ser utilizado como material dirigido aos profissionais, estudantes, e residentes da área de obstetrícia. Os produtos deste estudo, o vídeo e o artigo, podem contribuir na construção de tecnologias educativas para a educação permanente. A versão final do vídeo foi disponibilizada para compartilhamento na *internet*.

REFERÊNCIAS

ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo *et al.* Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014. Disponível em: [file:///F:/Documents%20and%20Settings/michelemedeiros/Meus%20documentos/Downloads/3108-5795-1-SM%20\(1\).pdf](file:///F:/Documents%20and%20Settings/michelemedeiros/Meus%20documentos/Downloads/3108-5795-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 15 set 2018.

AGUIAR, R. V.; CASSIANI, S. H. B. Desenvolvimento e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem em curso profissionalizante de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1086-1091, 2007.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumento de Medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, jul. 2011.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M.; AIBAR-REMÓN, C.; LIMÓN-RAMÍREZ, R.; AMARILLA, A.; RESTREPO, F. R.; URROZ, O, *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the ‘iberoamerican study of adverse events’ (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, p. 1043-1051, 2011. Acesso em: 18 nov 2018.

ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 59, p. 569-572. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a19v59n4.pdf>. Acesso em: 15 set 2018.

BARROS, A. L. B. L.; SANCHEZ, C. G.; LOPES, J. L.; DELL’ACQUA, M. C. Q.; LOPES, N. H. B. M.; SILVA, R. C. G.; LOPES, C. T.; ORTIZ, D. C. F. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática**/ São Paulo: Coren-SP, 2015.

BRASIL. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1161-1171, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/18.pdf>. Acesso em: 10 mar 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>. Acesso em: 18 nov 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA; 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatoriiodm.pdf.

BRASIL. Ministério da Educação. **Guia de Tecnologias Educacionais**. Brasília: Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://www.avaliacao.faefi.ufu.br/index.php?id=10>. Acesso em: 20 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet – Nascidos vivos – Brasil**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/novo/wp-content/themes/bizwaytheme/upload/1459804424.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 28 out 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Elaboração de material didático impresso para programas de formação à distância: orientações aos autores**. Brasília: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, Poder Executivo, Brasília, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1996 GM/MS**. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS no 198/GM/MS – 13 de fevereiro de 2004.** (Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Portaria nº 1.996 GM/MS, 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Insumos Estratégicos. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Versão Resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde:** ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015.

CARVALHO, A. A. A. S. Utilização e exploração de documentos audiovisuais. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 6, n. 3, p. 113-121, 1993.

CARVALHO, E. C.; BACHIONI, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>. Acesso em: 9 abr 2019.

CECCIM, R. B. C.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CERON, M. *et al.* **Gestão dos processos de educação permanente.** SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Programa de Atenção Integral à Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1191>. Acesso em: 11 abr 2019.

CERON, M.; ARAÚJO, T. R. G.; GONÇALVES, D. A. **Educação Permanente para NASF: qualificação e consolidação das tecnologias de apoio.** SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Programa de Atenção Integral à Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/775>. Acesso em: 11 abr 2019.

COGO, A. L. P.; PEDRO, E. N. R., SILVA, A. P. S. S. Digital educational materials in nursing: assessment by professors from an undergraduate course. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 295-298. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n2/en_a06v43n2.pdf. Acesso em: 9 abr 2019.

CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de Recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN n o. 358**, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP)**. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente0.pdf. Acesso em: 27 nov 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CORRÊA, C. G.; CAVENNA. G. H. I.; SABOTTKA, M. **I Encontro Internacional de Processo de Enfermagem**: raciocínio clínico e a era digital. Implementação do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde do Estado de São Paulo: Atuação do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2017.

CUBAS, M. R. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em Enfermagem – a experiência da CIPE® e CIPESC®. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 62, p. 745-747, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/16.pdf>.

CUNHA, M. M.; TEREZA, D. M.; SOUZA, R. L.; SANTOS, C. M. S. **Parto Seguro**: a percepção de uma equipe de enfermagem no uso do *checklist*. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 303-318, 2018.

DALMOLIN, A. *et al.* Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp., p.e6837, 2016.

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

ENNEN, C. S.; SATIN, A. J. **Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetric-l-outcomes-through-safety-sciences>. Acesso em: 25 jan 2019.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/video. **Nurse Educator**, v. 34, n. 3, p.118-121, 2009.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 296-305, 2007.

FONSECA, L.M.M.*et al.* Educational technology in health: contributions for pediatric and neonatal nursing. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

FONSECA, P. M.; CRUZ, I. O ensino na enfermagem: relato de experiência sobre a construção de uma videoaula. **Boletim NEPAE-NESEN**, v. 10, n. 2, p. 581-593, 2012.

FOURCADE, A.; BLACHE, J.; GRENIER, C.; BOURGAIN, J.; MINVIELLE E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **BMJ Quality & Safety**, n. 21, 191-197, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREITAS, P. S. **Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente no perioperatório**. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-195138/en.php>. Acesso em: 11 dez. 2017.

FUCK, M. P.; VILHA, A. M. Inovação tecnológica: da definição à ação. **Contemporâneos: Revista de Artes e Humanidades**, v. 9, p. 1-21, 2011.

GALINDO, N. N. M.; CAETANO, A.; BARROS, J. M. B.; SILVA, L. M.; VASCONCELOS, T. R.; MARIA, E. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, jan.-fev. 2017, p. 87-93.

GAWANDE, A. **The checklist manifesto: how to get things right**. New York: Metropolitan Books, 2010.

GÓES, F. S. N. **Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo**. Ribeirão Preto, 2010. 188f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GOMES, A. T. L. *et al.* Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-11, set., 2016.

GOMES, C. D. P. P. *et al.* Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, p. 140-145, 22 jul., 2016.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28112011-163517/>. Acesso em: 25 fev 2018.

GOTTEMS, L. B. D. **Projeto – Sistematização da Assistência de Enfermagem para a melhoria da qualidade e segurança do paciente na atenção primária e hospitalar:**

formação e desenvolvimento científico e tecnológico do enfermeiro. Escola Superior em Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Acordo Capes/COFEN nº 30/2016, Brasília, 2016.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Patient safety indicators for acute care hospitals: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061-1078. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600002>. Acesso em: 25 nov 2017.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A. H.; DELLINGER, E. P. *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 25 jan. 2018.

HIRSCHHORN, L. R.; SEMRAU, K.; KODKANY, B.; CHURCHILL, R.; KAPOOR, A.; SPECTOR, J., *et al.* Learning before leaping: integration of an adaptive study design process prior to initiation of BetterBirth, a large-scale randomized controlled trial in Uttar Pradesh, India. **Implement Science**. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/pmc4536663/>. Acesso em: 25 jan. 2018.

INTERAMINENSE, I. N. da C. S. *et al.* Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e2300015, 2016.

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASO-PA-PLAIZIER, N.; WATERS, H.; BATES, D. W. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, n. 22, 809-815, 2013.

JULIANA, V. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

KABONGO, L.; GASS, J.; KIVONDO, B; KARA, N.; SEMRAU, K.; HIRSCHHORN, L. R. 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 Quality**, n. 6.2, p. e000145, 2017.

KARA, N.; FIRESTONE, R.; KALITA, T.; GAWANDE AA, KUMAR V, KODKANY B, *et al.* The BetterBirth Program: pursuing effective adoption and sustained use of the WHO Safe Childbirth Checklist through coaching-based implementation in Uttar Pradesh, India. **Global Health: Science and Practice**, v. 5, n. 2, p. 232 LP-243, Jun 2017. Disponível em: <http://www.ghspjournal.org/content/5/2/232.abstract>. Acesso em: 20 jan. 2018.

KEARNS, R. J.; UPPAL, V.; BONNER, J.; ROBERTSON, J.; DANIEL, M.; MCGRADY, E. M. The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 9, p. 818-822, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.050179>. Acesso em: 16 set 2017.

KUMAR S, YADAV V, BALASUBRAMANIAM S, JAIN Y, JOSHI CS, SARAN K, *et al.* Effectiveness of the WHO SCC on improving adherence to essential practices during childbirth, in resource 12 constrained settings. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 16, n. 1,

p. 345, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825321>. Acesso em: 16 set 2017.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. A.; CARVALHO, M. L., *et al.* Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 30, sup., p. S192-207, 2014.

LEE, A. C. *et al.* Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: a systematic review and delphi estimation of mortality effect. **BMC Public Health**, v. 11, supl. 3, p. s10, 2011.

LENG, B. A. de; DOLMANS, D. H. J. M.; WIEL, M. W. J. van der; MUIJTJENS, A. M. M.; VLEUTEN, C. P. M van der. How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. **Medical Education**, v. 41, n. 2, p. 181-188, 2007.

LIMA M. B.; REBOUÇAS, C. B. A.; CASTRO, R. C. M. B.; CIPRIANO, M. A. B.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; ALMEIDA, P. C. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 51, p. e03273, 2017.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MANN, S. *et al.* Assessing quality in obstetrical care: development of standardized measures. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 32, n. 9, p. 497-505, 2006.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J.; CORRÊA, A. D. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Revista Escola Paulista de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>. Acesso em: 27 out. 2017.

MARIA, F. L. *et al.* O significado do parto humanizado para os profissionais e as gestantes do inanna. In: JERONIMO, R. N. T. (Org.). **Parto humanizado: o nascimento em ambiente amortizado**. Criciúma: ACIC, 2017.

MARTINS, A. C.; SILVA L. K. Revisões sistemáticas de antibioticoprofilaxia em cesarianas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2513-2526, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/01.pdf>. Acesso em 10 nov. 2017.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L. U. C.; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o Parto Domiciliar Planejado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 4, p. 951-959, abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9765/9895>. Acesso em: 10 mar 2018.

MONTEIRO, F.; SILVA, L. R. “Checklist” – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 482-485, 2014.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde.** 2010. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 27, p. 811-822, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a11v1227.pdf> 26. Acesso em: 20 out. 2018.

MOREIRA, A. P. A.; SABÓIA, V. M.; CAMACHO, A. C. L. F.; DAHER, D. V.; TEIXEIRA, E. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 528-34, jul-ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

MOREIRA, C. B. *et al.* Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, n. 27, p. 623, 2011.

NAZARIO, A. P. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê.** 2017, 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

NICE. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. **Clinical Guideline 190.** Methods, Evidence and Recommendations. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014.

NIETSCHÉ, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-352, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300009&script=sci_arttext. Acesso em: 10 mar 2018.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br>. Acesso em: 1º nov. 2017.

OLIVEIRA, M. S., FERNANDES, A. F. C., SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-23, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100013. Acesso em: 20 mar 2018.

OLIVEIRA, P. M. P de; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100026&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 12 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do Near Miss da OMS para a saúde materna. Uruguay: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**. Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: OMS, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Media Center. **Maternal mortality Fact Sheet**, n. 348. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Millennium Development Goals and beyond 2015**. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Acesso em: 27 out 2017.

OSTHERR, K, KILLORAN, P, SHEGOG, R, BRUERA, E. Death in the digital age: a systematic review of information and communication technologies in end-of-life care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 19, n. 4, p. 408-420, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827321/>. Acesso em: 21 mar 2018.

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora da UnB, 1997.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf. Acesso em: 11 set. 2017.

PATABENDIGE, M.; SENANAYAKE, H. -Tion of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country Implementation of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 12, 2015.

PERRY, W.; BAGHERI NEJAD, S.; TUOMISTO, K.; KARA, N.; ROOS, N.; DILIP, T. R.; *et al.* Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global

collaboration. **BMJ Global Health**, v. 2, n. 3, p. e000241, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082003>. Acesso em: 21 mar 2018.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

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

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRAXEDES, A. O.; ARRAIS, L.; FREITAS, M. R. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, p. 1-14, 2017.

PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. M.; GOESCHEL, C. A.; NEEDHAM, D. M.; SEXTON, J. B.; THOMPSON, D. A. *et al.* Creating high reliability in health care organizations. **Health Services Research**, v. 41, p. 1599-1617, 2006.

PROQUALIS – Aprimorando as práticas de saúde. **Segurança do paciente na atenção ao parto e nascimento**. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/3639738/>. Acesso em: 29 jan 2018.

RAZERA, A. P. R.; BRAGA, E. M. The importance of communication during the postoperative recovery period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 630-635, 2011.

RAZERA, A. P. R.; BUETTO, L. S.; LENZA, N. F. B.; SONOBE, H. M. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 173-178, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659/pdf_156. Acesso em: 20 março 2018.

RAZERA, A. P.; TRETTENE, A. S.; MONDINI, C. C. S. D.; CINTRA, F. M. R. N.; TABAQUIM, M. L. M. *et al.* Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p.430-38, 2016.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jan 2019.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. **The Lancet**, v. 368, n. 9542, p. 1189-200, set. 2006.

ROSA, B. V. C. **Desenvolvimento e validação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

ROSADO, J. P. **Lista de verificación para cesáreas y partos** [Carta a los editores]. *Medwave*, v. 13, n. 2, p. e5629, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5867/medwave.e5629>. Acesso em: 08 out. 2017.

ROSCANI, A. N. C. P.; FERRAZ, E. M.; OLIVEIRA FILHO, A. G.; FREITAS, M. I. P. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 28, n. 6, p. 553-565. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600553&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

RYAN, L.; LOGSDON, M. C.; MCGILL, S.; STIKES, R.; SENIOR, B.; HELINGER, B. *et al.* Evaluation of printed health education materials for use by low education families. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 4, p. 218-228, 2014.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, n. 19, p. 372-377. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>. Acesso em: 03 nov 2018.

SALVADOR, P. T. C.; OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F.S.V. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-117. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf> Acesso em: 12 abr 2017.

SANT'ANA, J. K. A.; LEITE, P. O.; VILELA, R. P. B.; SANFELICE, F. A. N.; JB, ALVES, M. C. A. A importância da utilização do *checklist* de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerpéra. **CuidArte Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 300-303 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32960&indexSearch=ID>. Acesso em: 03 nov 2018.

SANTANA, D. S.; GUIDA, J. P. S.; PACAGNELLA, R. C.; CECATTI, J. G. Near miss materno – entendendo e aplicando o conceito; *Maternal near miss – understanding and applying the concept*. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 2, p. 187-194, maro-abr. 2018.

SANTOS, R. B; RAMOS, K.S. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-18, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>. Acesso em: 03 nov 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES/DF. Disponível em: <http://www.brasilia.df.gov.br/hospital-regional-da-asa-norte-hran/SES/DF> 2017. Acesso em: 20 out 2017.

SHIREY, M. R. Brainstorming for breakthrough thinking. **Journal of Nursing Administration**, v. 41, n. 12, p. 497-500, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182378a53>. Acesso em: 11 dez. 2017.

SILVA JÚNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion – Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, out. 2014. Disponível em:

http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_Mensura%C3%A7%C3%A3o%20e%20Escalas%20de%20Verifica%C3%A7%C3%A3o%20uma%20An%C3%A1lise%20Comparativa%20das%20Escalas%20de%20Likert%20e%20Phrase%20Completi on.pdf. Acesso em: 10 ago 2016.

SPECTOR, J. M.; AGRAWAL, P.; KODKANY, B.; LIPSITZ, S.; LASHOHER, A.; DZIEKAN, G.; *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, p. e351512012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035151>. Acesso em: 31 mar. 2018.

SPECTOR, J. M.; LASHOHER, A.; AGRAWAL, P.; LEMER, C.; DZIEKAN, G.; BAHL, R. *et al.* Designing the WHO Safe childbirth checklist program to improve quality of care at childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 122, p. 164-168, 2013.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 220-25, 2015.

TONG, A.; SAINSBUR, P.; CRAIG, J. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford University Press on behalf of International Society for Quality in Health Care, v. 19, n. 6, 2007.

TRIVINOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2013.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals – UNDSG**. New York: United Nations; 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>. Acesso em 26 set 2017.

VAN DEN BROEK, N. R.; GRAHAM, W. J. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. **BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, supl. 1, p. 18-21, out. 2009.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas Tecnologias na Educação**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/ciclo10/artigos/1bAriel.pdf>. Acesso em: 15 jun 2019.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

WEISER, T. G.; BERRY, W. R. Review article: perioperative checklist methodologies. **Canadian Journal of Anesthesia**, v. 60, n. 2, p. 136-142, fev. 2013.

WILLIAMSON, M.Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley & Sond, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Colombian nurses improve the quality of care at birth.** 2015. Disponível em: <http://www.who.int/features/2015/colombia-safe-childbirth-checklist/en/>. Acesso em: 25 abr 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Guia de implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th. ed. **A WHO family planning cornerstone.** Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Guidelines for Safe Surgery. Safe Surgery Saves Lives.** Geneva; 2009 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf. Acesso em: 25 abr 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide:** improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Geneva, Switzerland: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Safe childbirth checklist implementation guide improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns.** Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/novo/wp-content/themes/bizwaytheme/upload/1449704747.pdf>. Acesso em: 27 mar 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Bank Group and the United Nations Population Division for the years 1990-2016. Global Health Observatory (GHO). **Maternal mortality country profiles.** 2015. Disponível em: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/en/. Acesso em: 25 abr 2018.

ANEXOS

Anexo 1 – Checklist do Parto Seguro da OMS

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



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

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

WHO/HIS/SDS/2015.26

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

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

2

Antes da expulsão (ou antes da cesariana)

A mãe precisa de tomar:**Antibióticos?**

- Não
 Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

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

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento

Administrar antibióticos à mãe, na presença de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- História de corrimento vaginal fétido
- Rotura de membranas >18 horas
- Cesariana

Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:

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

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica >160 mmHg

- Objectivo: manter TA <150/100 mmHg

Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:**Para a mãe**

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

Para o bebé

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

Preparar cuidados à mãe, logo a seguir ao parto: Confirmar que só há um bebé (não mais)

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

Preparar cuidados ao bebé, logo a seguir ao parto:

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

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

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

APÓS O PARTO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



3

Logo após o parto (no espaço de 1 hora)

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, pedir ajuda

Se sangramento anormal:

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

A mãe precisa de tomar:

Antibiotics?

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da mãe for ≥ 38 °C e se tiver:

- Tremores
- Corrimento vaginal fétido

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

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

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

Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:

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

Dar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica > 160 mmHg

- Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

O bebé precisa de:

Transferência?

- Não
 Sim, efectuada

Verificar os critérios da sua unidade de saúde.

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

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

- Frequência respiratória > 60 /min ou < 30 /min
- Retracção torácica, gemidos ou convulsões
- Reacção lenta aos estímulos
- Temperatura do bebé < 35 °C (não subindo após aquecimento) ou temperatura do bebé ≥ 38 °C

Cuidados especiais e monitorização?

- Não
 Sim, organizados

Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:

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

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

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

4

Antes da alta

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

A mãe precisa de tomar antibióticos?

- Não
 Sim, administrar e adiar a alta

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento.
 Dar antibióticos à mãe, se:
 • Temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 • Corimento vaginal fétido

A tensão arterial da mãe é normal?

- Não, tratar e adiar a alta
 Sim

Dar sulfato de magnésio à mãe, se:
 • TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
 • TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+ e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

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

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, tratar e adiar a alta

Se pulsação >110 batimentos por minuto e tensão arterial <90 mmHg
 • Dar fluidos IV e manter a mãe quente
 • Tratar a causa (choque hipovolémico)

O bebé precisa de tomar antibióticos?

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

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

O bebé come bem?

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

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

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

Sinais de Perigo

A mãe tem:

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

O bebé tem:

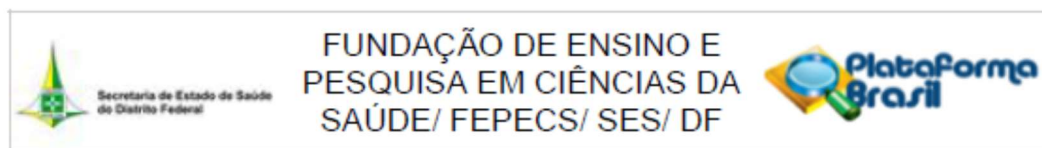
- Respiração acelerada/difícil
- Febre
- Frio anormal
- Falta de apetite
- Menos actividade do que o normal
- Amarelecimento de todo o corpo

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

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

Anexo 2 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR MEIO DE VÍDEO AULAS PARA APOIAR O TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA REALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS SEGURAS DE ATENÇÃO AO PARTO

Pesquisador: ARLETE RODRIGUES CHAGAS DA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93294618.6.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.836.028

Apresentação do Projeto:

Projeto do Mestrado Profissional em Ciências para Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, apresentado para o Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/FEPECS.

O projeto trata de proposta de educação em saúde por meio de vídeo aulas para apoiar o treinamento dos profissionais de enfermagem para realização das práticas obstétricas seguras de atenção ao parto.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar proposta de educação em saúde, por meio de produção de vídeo aulas sobre a lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial de Saúde, para apoiar o treinamento da equipe de enfermagem obstétrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver a elaboração de vídeo aulas da lista de verificação do parto seguro da OMS, para apoiar o treinamento da equipe de enfermagem obstétrica.

- Produzir vídeo aulas sobre a lista de verificação do parto seguro da OMS para ser utilizado em

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

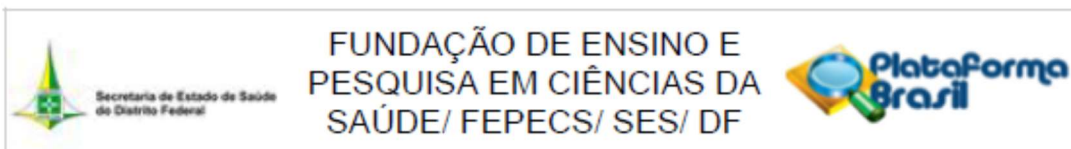
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.836.028

treinamento

de equipe de enfermagem obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto ao risco da pesquisa, nenhuma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano foi constatada, em virtude do estudo e dele decorrente, incluindo seu propósito. O projeto será submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF. Para tanto, será considerado a Resolução do CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e, portanto, preservado o anonimato dos sujeitos. A participação dos sujeitos na pesquisa é totalmente voluntária. Desse modo, as pessoas poderão se recusar ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, caso haja ou não constrangimentos no momento da coleta de dados, sem que isso acarrete qualquer custo ou prejuízo às pessoas, com vistas a obdecer os termos da Resolução nº 466, no sentido de minimizar riscos relacionados a constrangimentos, sigilo e direito de se retirar do estudo.

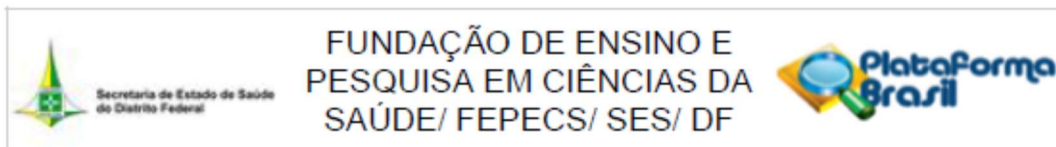
Benefícios:

Esperamos que através da sua participação o referido conteúdo seja validado, e em seguida disponibilizado para ser utilizado em todos os serviços de saúde que possuam Centro Obstétrico e que desejem promover uma assistência segura para as mulheres. Esperamos que através da sua participação o referido vídeo educativo e as vídeo aulas já validados, possa ser disponibilizado para ser utilizado em todos os serviços de saúde que possuam Centro Obstétrico e que desejem promover uma assistência segura para as mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Local da pesquisa: centro obstétrico do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). População:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.836.028

"profissionais de diversas categorias que compõem a equipe, médicos obstetras, enfermeiras obstetras e especialistas em segurança do paciente, técnicos de enfermagem". Amostra de 30 participantes compreendendo juízes/especialistas, grupo focal e avaliação. Serão delineadas duas etapas metodológicas. Na primeira etapa serão desenvolvidas vídeo aulas, com a utilização dos seguintes passos para a elaboração de vídeo educativo: análise e planejamento; modelagem; implementação; avaliação e manutenção e distribuição. Na segunda etapa será realizada a validação do conteúdo das vídeo aulas. Serão convidados vinte especialistas para exercerem o papel de juízes/especialistas. Na avaliação do conteúdo do roteiro do vídeo sobre hemorragia pós-parto será utilizada uma abordagem qualitativa, com emprego da técnica de brainstorming em dois grupos de cinco integrantes oriundos da equipe obstétrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A resposta à pendência está satisfatória. Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

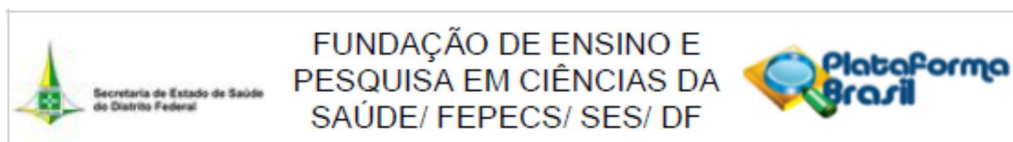
O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1155619.pdf	09/08/2018 20:37:50		Aceito
Outros	CARTA_EM_RESPOSTA_AS_PENDEN	09/08/2018	ARLETE	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.836.028

Outros	AS_APONTADAS_PELo_CEP_FEPECS_9_8_2018.pdf	20:33:03	CHAGAS DA COSTA	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_IMAGEM_SOM_9_8_2018.docx	09/08/2018 20:28:10	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	03/07/2018 22:52:18	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_03_07_2018_CEP.pdf	03/07/2018 22:46:36	ARLETE RODRIGUES CHAGAS DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_BRAINSTORMING.docx	22/06/2018 11:19:55	ARLETE RODRIGUES CHAGAS DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VALIDACAO_CONTEUDO.docx	22/06/2018 11:19:24	ARLETE RODRIGUES CHAGAS DA COSTA	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.docx	22/06/2018 08:42:14	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/06/2018 23:31:00	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	21/06/2018 23:20:17	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PROJETO_AO_CEP.pdf	21/06/2018 23:07:02	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	Curriculo_Aline_Mizusaki_Imoto.pdf	21/06/2018 22:17:21	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	Curriculo_Leila_Bernarda_Donato_Gottelms.pdf	21/06/2018 22:15:17	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Outros	Curriculo_Arlete_Costa.pdf	21/06/2018 22:05:22	ARLETE RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/06/2018 21:24:10	ARLETE RODRIGUES	Aceito

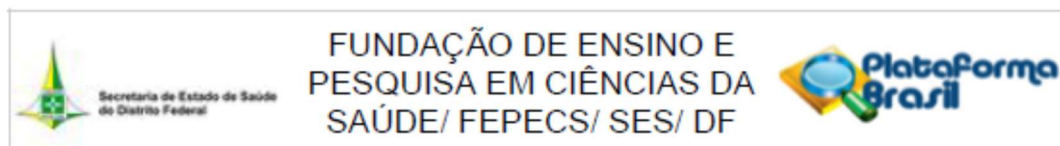
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.636.028

BRASILIA, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice 1 – Carta-Convite para participar do vídeo educativo

Convidamos V. S.^a para participar do processo de gravação do vídeo educativo/documentário sobre segurança no parto. A produção do vídeo faz parte do projeto de pesquisa, intitulado: **Lista de Verificação do Parto Seguro: Sensibilização dos Profissionais com Base em Vídeo Educativo/Documentário**, desenvolvido no Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS.

O objetivo do vídeo é sensibilizar os profissionais de saúde quanto a importância do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro para a redução de eventos adversos e da morbimortalidade materna. Será realizado com base em entrevistas com profissionais, pesquisadores e gestores com experiência na área obstétrica e segurança do paciente no âmbito Sistema Único de Saúde – SUS e complementado com cenas gravadas no serviço de saúde sobre a aplicação da Lista de Verificação do Parto Seguro.

A entrevista abordará as questões ABAIXO.

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Quais as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo?
2. Qual a importância da Lista de Verificação do Parto Seguro para a redução das mortes maternas e neonatais por causas evitáveis?
3. Como a Lista de Verificação do Parto Seguro pode contribuir para a redução das mortes por hemorragia pós-parto?
4. Comente sobre as etapas da Lista de verificação do Parto e quais as suas contribuições como instrumento para aumentar a segurança da mulher e do recém-nascido.
5. Qual o histórico de implantação da lista de verificação no Brasil e no mundo?
6. Quais as evidências científicas sobre os benefícios do uso da lista de verificação para parto seguro e para prevenir mortes por hemorragia pós-parto?
7. Quais as principais causas da hemorragia pós-parto?
8. Como prevenir a hemorragia pós-parto?
9. O que é a sistematização da assistência de enfermagem – SAE?
10. Qual a relação da Lista de Verificação do Parto Seguro com a SAE?

Agradecemos sua participação!

Equipe Responsável:

Arlete Rodrigues Chagas da Costa – E-mail: arlete.rodrigues43@gmail.com

Fone: (61) 33226023/984283849.

Dr^a Leila Bernarda Donata Gottems (Orientadora) – E-mail: leila.gottems@gmail.com

Fone: (61) 984175175.

Dr^a Aline Mizusaki Imoto (Co-orientadora) – E-mail: alinem.imoto@gmail.com

Fone: (61) 981050313.

Apêndice 2 – Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

Eu, _____,
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado: **Desenvolvimento e Avaliação de Vídeo Educativo para Sensibilização dos Profissionais sobre Lista de Verificação do Parto Seguro**, sob responsabilidade de Arlete Rodrigues Chagas da Costa, pesquisadora responsável vinculada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da ESCS.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, e atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e às pesquisas explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, de minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Assinatura do (a) participante

Arlete Rodrigues Chagas da Costa (pesquisadora)

Brasília, ____ de _____ de _____.

Apêndice 3 – Carta-Convite para participar da análise de conteúdo

Gostaríamos de agradecer a sua valiosa participação no desenvolvimento do vídeo educativo e agora convidamos a participar da segunda etapa da pesquisa como juiz (a), para analisar o conteúdo do vídeo.

Previamente à elaboração do conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática e o estudo detalhado dos referenciais teóricos principais que lhe serviram de base, como o protocolo de Segurança para o parto normal (OMS), o Manual de Segurança do paciente da OMS e o Guia para implantação do Checklist de parto seguro da OMS, Manual de Gestação de baixo risco do Ministério da Saúde, artigos nacionais e internacionais sobre a temática.

A metodologia para validação empregada seguirá o modelo de elaboração de escalas psicológicas descritas por Luiz Pasquali (2007). No instrumento para analisar o conteúdo do vídeo, foram incluídas afirmações pertinentes à área de avaliação dos peritos, e, ainda, a escala do tipo Likert, conhecida como método somativo. A escala contém os itens: Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente; e Não sei.

A escala do tipo Likert é composta por número determinado de proposições para os peritos escolherem uma das possibilidades de resposta, de acordo com sua opinião e grau de adesão a um conjunto de afirmações favoráveis ou desfavoráveis em relação a determinado objeto (PASQUALI, 1997).

O conteúdo do vídeo educativo será validado para posterior aplicação no Centro Obstétrico de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e faz parte da pesquisa de mestrado intitulada: **Desenvolvimento e Avaliação de Vídeo Educativo para Sensibilização dos Profissionais sobre Lista de Verificação do Parto Seguro**.

V.S.^a terá um prazo de 10 dias para responder a análise do vídeo a partir da data do recebimento do mesmo. Segue neste documento, para preenchimento do (a) juiz (a), o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o perfil sociodemográfico dos (as) juízes e instrumento para a avaliação do conteúdo do vídeo educativo.

Qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis conforme os seguintes contatos referidos a seguir.

Arlete Rodrigues Chagas da Costa (Pesquisadora Responsável) E-mail: arlete.rodrigues43@gmail.com Fone: (61) 3422.6023/982608940

Dr^a Leila Bernarda Donata Gottens (Orientadora) E-mail: leila.gottens@gmail.com Fone: (61) 998822417

Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Avaliação de conteúdo do vídeo educativo)

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do processo de validação de conteúdo do vídeo educativo, que fazem parte da segunda etapa do projeto de pesquisa intitulado: **Desenvolvimento e Avaliação de Vídeo Educativo para Sensibilização dos Profissionais sobre Lista de Verificação do Parto Seguro**, a ser aplicado no Centro Obstétrico de um hospital público do Distrito Federal. sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Superior de Ciências da Saúde e Fundação de Ensino e Pesquisa da Saúde – ESCS/FEPECS, Mestranda Arlete Rodrigues Chagas da Costa, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donata Gottems.

O vídeo tem como objetivo sensibilizar os profissionais a respeito da importância do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro para a realização das práticas seguras de atenção ao parto. Caso concorde, após assistir o vídeo, sua participação será por meio do preenchimento de instrumento que avaliam o conteúdo do vídeo educativo.

A sua participação é extremamente importante e se dará após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Leitura da Carta-Convite e, preenchimento do perfil sociodemográfico dos juízes, Julgamento e preenchimento dos itens referentes ao instrumento para analisar o conteúdo do vídeo sobre mortalidade materna, hemorragia pós-parto, sistematização da assistência de enfermagem e Lista de Verificação do Parto Seguro. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária.

Desse modo, o (a) senhor (a) poderá recusar-se ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer custo ou prejuízo à sua pessoa. Afirmamos que as informações obtidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e a sua identidade não será revelada.

Esperamos que, por meio da sua participação, o referido vídeo educativo seja validado, e em seguida disponibilizado para ser utilizado em todos os serviços de saúde que possuam Centro Obstétrico e que desejem promover uma assistência segura para as mulheres.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, telefone para: Arlete Rodrigues Chagas da Costa, no telefone (61) 33226023/982608940 ou pelo e-mail: arlete.rodrigues43@gmail.com ou com Dra. Leila Bernarda Donata Gottems, telefone: (61) 998822417 ou pelo e-mail: leila.gottems@gmail.com

Você deseja participar da pesquisa?

Li e DESEJO participar

Não DESEJO participar

Apêndice 5 – Instrumento para coleta do perfil sociodemográfico dos(as) juízes(as)

1. Idade: _____ anos.
2. Sexo: Masculino () / Feminino ()
3. Escolaridade: Graduação: _____
4. Pós-graduação: () / Especialização/residência () / Mestrado () / Doutorado () / Pós Doutorado ()
5. Categoria profissional: _____
6. Cidade e estado em que reside: _____
7. Área de atuação:
 - 7.1. Assistência ()
 - 7.2. Ensino:
graduação () / pós-graduação *stricto sensu* () / pós-graduação *lato sensu* () /
programa de residência ()
 - 7.3. Pesquisa ()
 - 7.4. Extensão ()
8. Instituição: _____
9. Tempo de atuação na instituição: _____ anos.
10. Tempo de formação superior: _____ anos
11. Tempo de atuação no cargo/função atual: _____ anos.
12. Tempo de atuação na área de:
 - 12.1. Qualidade dos serviços de saúde e segurança do paciente () _____ anos.
 - 12.2. Obstetrícia () _____ anos.
 - 12.3. Sistematização da assistência em enfermagem () _____ anos.

Apêndice 6 – Avaliação de conteúdo – Especialistas

Crítérios	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não sei	Observações / Sugestões
1. A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática.						
2. As animações ajudam no aprendizado da temática.						
3. O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática.						
4. O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional.						
5. Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais						
6. O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem.						
7. O trecho da minha entrevista usado no vídeo está adequado ao conteúdo do vídeo.						
8. Quais as suas sugestões para modo de uso do vídeo educativo?						