RESUMO EXPANDIDO - III. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA ÀS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E ASSISTENCIAIS

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE GUIA EDUCATIVO SOBRE BOAS PRÁTICAS EM TRABALHO DE PARTO E PARTO

Thaina Magno Marinho Boldt (thaina.boldt@edu.unirio.br)

Cristiane Rodrigues Da Rocha (cristiane.r.rocha@unirio.br)

Introdução

Os debates sobre a humanização do parto e a violência obstétrica ganharam relevância no Brasil a partir da década de 1980, quando referências da saúde pública apontaram a necessidade de consolidar um modelo assistencial respeitoso, baseado na autonomia da parturiente e na melhor evidência científica disponível (ARAÚJO et al., 2024).

A violência obstétrica define-se como o conjunto de condutas que violam e impõem intervenções desnecessárias e agressivas sobre a integridade biopsicossocial e espiritual da mulher, respondendo não à sua dignidade, mas aos interesses de quem a assiste no período gravídico-puerperal. Apesar dos avanços normativos recentes, persistem dificuldades estruturais e culturais para erradicá-las (ARAÚJO et al., 2024).

A atenção desumanizada pode repercutir na saúde mental das mulheres e gerar sequelas traumáticas duradouras. Além disso, muitas não dispõem dos conhecimentos necessários para identificar tais condutas e as suportam convencidas de que "parir é assim" (BAGGIO et al., 2021).

A transformação cultural necessária para erradicar a violência obstétrica compromete gestores, profissionais e as próprias mulheres.

Objetivos

Geral: elaborar material educativo para a comunidade hospitalar que promova a atenção humanizada durante o trabalho de parto e parto.

Específicos: identificar a lacuna de conhecimento sobre as boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto; desenvolver o material educativo sobre humanização da assistência; e validá-lo com juízes especialistas.

Método

Pesquisa metodológica, descritiva, de método misto, em desenho sequencial. Na etapa diagnóstica, o componente quantitativo caracterizou os participantes e priorizou os temas por frequência, com ponto de corte de 50%; o componente qualitativo, por análise de conteúdo, acrescentou tema não alcançado por esse corte. A integração ocorreu por conexão: ambos definiram o material educativo, submetido em seguida à validação de conteúdo.

O cenário foi uma maternidade pública com Centro de Parto Normal Intra-hospitalar e Centro Obstétrico, referência em Boa Vista (RR) para o atendimento a gestantes de alto e baixo risco — região de fronteira com intensa dinâmica migratória. Participaram profissionais de saúde e de apoio, além de puérperas atendidas na instituição.

Foram incluídos profissionais em exercício da atenção ao parto e puérperas internadas em alojamento conjunto. Foram excluídos profissionais ausentes durante a coleta de dados, adolescentes, mulheres em situação de abortamento e internadas por causas ginecológicas.

A pesquisa organizou-se em quatro etapas: diagnóstica; elaboração do material; validação por juízes; e reajuste conforme os pareceres.

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2025 e encerrou-se ao alcançar-se a saturação, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO em 17 de julho de 2025, CAAE n.º 87055025.1.0000.5285.

As respostas foram gravadas em áudio e transcritas pelo software Transkriptor; a transcrição automática foi conferida integralmente por uma pesquisadora frente aos áudios originais. O corpus foi tratado segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016). Adotou-se a saturação de significado (RAHIMI; KHATOONI, 2024): alcançada a saturação aparente, incorporou-se um terço adicional de participantes para confirmá-la em cada pergunta; a de maior amplitude temática exigiu mais participantes para saturar.

Entre os profissionais, a saturação confirmou-se com 66 participantes na primeira pergunta e 29 na segunda; entre as mulheres, na 29ª entrevista.

Resultados

Na primeira etapa participaram 80 profissionais de saúde e de apoio, com idade média de 43 anos, predomínio feminino (63; 78,7%) e maior representação de técnicos de enfermagem (36; 45%) e enfermeiros (18; 22,5%).

As lacunas de conhecimento sobre humanização do parto foram identificadas pela triangulação de duas perguntas semiestruturadas — sobre a percepção do cuidado humanizado e os desafios da assistência — e uma pergunta estruturada sobre as práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, na qual se distinguiram profissionais de atenção direta (32; 40%) e indireta (13; 16,25%).

Após a leitura flutuante, os 122 códigos iniciais foram depurados em 108 Unidades de Registro (UR), agrupadas em doze Unidades de Significação. Associadas às UR, emergiram cinco categorias: humanização da assistência e seus significados na atenção hospitalar (44; 40,7%); recursos de empoderamento da mulher (15; 13,9%); carências no pré-natal de qualidade (9; 8,3%); recursos e dinâmica institucional (31; 28,7%); e violência obstétrica (9; 8,3%).

Entre as temáticas propostas para o material didático, os profissionais priorizaram: fases do trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio

da dor (56; 67,5%); direitos da mulher durante o trabalho de parto (49; 59,0%); violência obstétrica e procedimentos invasivos (47; 56,6%); e fisiologia do parto (45; 54,2%).

O segundo grupo reuniu 41 puérperas em alojamento conjunto. A maioria (34; 79,1%) não realizou preparação durante a gestação; 8 (18,6%) referiram vergonha ou vulnerabilidade; e, embora 29 (67,4%) tenham considerado adequada a atenção recebida, 14 (32,5%) julgavam existir formas mais satisfatórias de serem atendidas. As dificuldades referidas aludiam principalmente à falta de empatia, à comunicação deficiente e ao tratamento desrespeitoso da equipe.

Das respostas das mulheres foram identificadas 32 UR, das quais emergiram seis categorias: desconhecimento dos próprios direitos (8; 25%); educação perinatal (8; 25%); normalização de cuidados inadequados (5; 15%); não identificação da violência obstétrica (4; 12,5%); desconhecimento sobre o protagonismo durante o parto (4; 12,5%); e dificuldade em formular melhorias (3; 9,4%).

As temáticas priorizadas pelas mulheres foram: direitos da mulher após o parto (31; 72,1%); qualidade e segurança do paciente (27; 62,8%); direitos da mulher durante o trabalho de parto (27; 62,8%); violência obstétrica (26; 60,5%); e adequação do ambiente para o parto e o pós-parto humanizados (26; 60,5%).

O tema plano de parto, embora abaixo do ponto de corte, foi incorporado a partir da análise das falas dos participantes.

A partir desses achados, elaborou-se o Guia de Boas Práticas em Trabalho de Parto e Parto.

A validação de conteúdo foi realizada por juízes especialistas procedentes do próprio grupo de profissionais participantes, selecionados pelos critérios de Fehring adaptados à avaliação clínica e acadêmica e confirmados por consulta ao currículo Lattes; dos 20 elegíveis, 8 aceitaram participar (dois por categoria profissional). Aplicou-se escala Likert de cinco pontos e calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando-se favoráveis as pontuações 4 e 5 (BRANDÃO NETO et al., 2024).

Adotou-se IVC por Item (IVC-I) mínimo de 0,78. Dos 15 itens avaliados, 12 (80%) alcançaram ou superaram o critério; nove itens, entre eles clareza, compreensão, aplicabilidade e linguagem, obtiveram IVC-I de 1,00. Três itens ficaram abaixo do critério: conhecimento prévio (0,625), número de páginas e contribuição para os selos de acreditação (0,750), o que sinalizou a necessidade de reunir o material em volume único e suprimir repetições.

O IVC em Nível de Escala pela Média (S-CVI/Ave) foi de 0,917, o que demonstra elevada validade de conteúdo; o material foi validado, e os ajustes indicados pelos juízes foram realizados.

Conclusão

A pesquisa evidenciou lacunas de conhecimento sobre a humanização da assistência ao parto entre profissionais e puérperas, associadas à persistência do modelo biomédico e a fatores organizacionais que legitimam a violência obstétrica em suas formas direta, estrutural e cultural e dificultam o reconhecimento dos recursos de apoio à parturiente. A partir das necessidades identificadas, elaborou-se o Guia de Boas Práticas em Trabalho de Parto e Parto, validado por juízes especialistas com S-CVI/Ave de 0,917, indicador de elevada validade de conteúdo. A validação contou com a população profissional destinatária; a validação semântica com as puérperas está prevista para etapa posterior. O estudo não avaliou a efetividade da intervenção educativa; por isso, os efeitos sobre a qualificação do cuidado e a prevenção da violência obstétrica apresentam-se como hipóteses a verificar. Conclui-se que a socialização desses saberes constitui estratégia potencialmente promissora para fortalecer a assistência humanizada, recomendando-se estudos de efetividade e a continuidade da formação permanente das equipes.

Referências

ARAÚJO, E. P. et al. A percepção da enfermagem obstetra acerca da violência obstétrica no cotidiano da assistência materna. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 98, n. 4, e024414, 2024. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.99-n.4-art.2198.

BAGGIO, M. A. et al. Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. Revista Baiana de Enfermagem, v. 35, 2021. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42620.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRANDÃO NETO, W. et al. Validation of an online course on postural care for preterm newborns. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 33, e20230249, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0249.

RAHIMI, S.; KHATOONI, M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. International Journal of Nursing Studies Advances, v. 6, e100174, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN EDUCATIONAL GUIDE ON GOOD PRACTICES IN LABOR AND BIRTH

Introduction

Debates on childbirth humanization and obstetric violence gained prominence in Brazil from the 1980s onward, when public health authorities pointed to the need for a respectful care model grounded in the parturient's autonomy and in the best available scientific evidence (ARAÚJO et al., 2024).

Obstetric violence is defined as the set of behaviors that violate the woman's biopsychosocial and spiritual integrity and impose unnecessary and aggressive interventions upon it, responding not to her dignity but to the interests of those who assist her in the pregnancy-puerperal period. Despite recent regulatory advances, structural and cultural barriers to eradicating such behaviors persist (ARAÚJO et al., 2024).

Dehumanized care may affect women's mental health and produce lasting traumatic sequelae. Moreover, many women lack the knowledge required to identify such behaviors and endure them convinced that "giving birth is just like that" (BAGGIO et al., 2021).

The cultural transformation needed to eradicate obstetric violence commits managers, professionals and women themselves.

Objectives

General: to develop educational material for the hospital community promoting humanized care during labor and birth.

Specific: to identify the knowledge gap regarding good practices in labor and birth care; to develop educational material on care humanization; and to validate it with expert judges.

Method

Methodological, descriptive, mixed-methods study with a sequential design. In the diagnostic stage, the quantitative component characterized participants and prioritized topics by frequency, with a 50% cutoff point; the qualitative component, through content analysis, added a topic that had not reached this cutoff. Integration occurred through connection: both defined the educational material, subsequently submitted to content validation.

The setting was a public maternity hospital with an in-hospital Normal Birth Center and an Obstetric Center, a referral service in Boa Vista (RR) for high- and low-risk pregnant women — a border region with intense migratory dynamics. Participants were health and support professionals, as well as postpartum women assisted at the institution.

Inclusion criteria comprised professionals actively providing care in labor and birth, and postpartum women hospitalized in rooming-in. Exclusion criteria comprised professionals absent during data collection, adolescents, women experiencing abortion, and women hospitalized for gynecological causes.

The study was organized in four stages: diagnostic; development of the material; validation by expert judges; and adjustment according to their assessments.

Data collection took place in September 2025 and ended upon reaching saturation, following approval of the project by the Research Ethics Committee of UNIRIO on July 17, 2025, CAAE no. 87055025.1.0000.5285.

Responses were audio-recorded and transcribed using Transkriptor software; the automatic transcription was fully checked by one researcher against the original audio files. The corpus was treated according to Bardin's content analysis (2016). Meaning saturation was adopted (RAHIMI; KHATOONI, 2024): once apparent saturation was reached, an additional third of participants was incorporated to confirm it in each question; the one with broader thematic scope required more participants to saturate.

Among professionals, saturation was confirmed with 66 participants for the first question and 29 for the second; among women, at the 29th interview.

Results

In the first stage, 80 health and support professionals participated, with a mean age of 43 years, female predominance (63; 78.7%) and greater representation of nursing technicians (36; 45%) and nurses (18; 22.5%).

Knowledge gaps regarding childbirth humanization were identified through triangulation of two semi-structured questions — on the perception of humanized care and on the challenges of care delivery — and one structured question on the practices recommended by the World Health Organization and the Ministry of Health, in which direct-care (32; 40%) and indirect-care professionals (13; 16.25%) were distinguished.

After floating reading, the 122 initial codes were refined into 108 recording units (RU), grouped into twelve meaning units. Five categories emerged from the RU: care humanization and its meanings in hospital care (44; 40.7%); resources for women's empowerment (15; 13.9%); shortcomings in quality prenatal care (9; 8.3%); institutional resources and dynamics (31; 28.7%); and obstetric violence (9; 8.3%).

Among the topics proposed for the educational material, professionals prioritized: stages of labor and non-pharmacological pain relief methods (56; 67.5%); women's rights during labor (49; 59.0%); obstetric violence and invasive procedures (47; 56.6%); and physiology of birth (45; 54.2%).

The second group comprised 41 postpartum women in rooming-in. Most (34; 79.1%) had not undertaken any preparation during pregnancy; 8 (18.6%)

reported shame or vulnerability; and although 29 (67.4%) considered the care received adequate, 14 (32.5%) believed more satisfactory forms of care existed. The reported difficulties referred mainly to lack of empathy, poor communication and disrespectful treatment by the team.

From the women's responses, 32 RU were identified, from which six categories emerged: lack of awareness of their own rights (8; 25%); perinatal education (8; 25%); normalization of inadequate care (5; 15%); failure to identify obstetric violence (4; 12.5%); lack of awareness of agency during birth (4; 12.5%); and difficulty in formulating improvements (3; 9.4%).

The topics prioritized by women were: women's rights after birth (31; 72.1%); patient quality and safety (27; 62.8%); women's rights during labor (27; 62.8%); obstetric violence (26; 60.5%); and adequacy of the environment for humanized birth and postpartum care (26; 60.5%).

The topic birth plan, although below the cutoff point, was incorporated based on the analysis of participants' accounts.

Based on these findings, the Guide to Good Practices in Labor and Birth was developed.

Content validation was carried out by expert judges drawn from the group of participating professionals themselves, selected through Fehring's criteria adapted to clinical and academic assessment and confirmed by consultation of the Lattes curriculum; of the 20 eligible, 8 agreed to participate (two per professional category). A five-point Likert scale was applied, and the Content Validity Index (CVI) was calculated, with scores of 4 and 5 considered favorable (BRANDÃO NETO et al., 2024).

A minimum Item-level CVI (I-CVI) of 0.78 was adopted. Of the 15 items assessed, 12 (80%) met or exceeded the criterion; nine items, among them clarity, comprehension, applicability and language, obtained an I-CVI of 1.00. Three items fell below the criterion: prior knowledge (0.625), number of pages and contribution to accreditation seals (0.750), indicating the need to compile the material into a single volume and remove repetitions.

The Scale-level CVI, Average calculation method (S-CVI/Ave), was 0.917, demonstrating high content validity; the material was validated, and the adjustments indicated by the judges were carried out.

Conclusion

The study revealed knowledge gaps regarding the humanization of childbirth care among professionals and postpartum women, associated with the persistence of the biomedical model and with organizational factors that legitimize obstetric violence in its direct, structural and cultural forms and hinder recognition of the support resources available to the parturient. Based on the identified needs, the Guide to Good Practices in Labor and Birth was developed and validated by expert judges with an S-CVI/Ave of 0.917, indicating high content validity. Validation involved the target professional population; semantic validation with postpartum women is planned for a subsequent stage. The study did not assess the effectiveness of the educational intervention; therefore, effects on care qualification and on the prevention of obstetric violence are presented as hypotheses to be verified. It is concluded that sharing this knowledge constitutes a potentially promising strategy for strengthening humanized care, with effectiveness studies and continuing team education recommended.

References

ARAÚJO, E. P. et al. A percepção da enfermagem obstetra acerca da violência obstétrica no cotidiano da assistência materna. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 98, n. 4, e024414, 2024. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.99-n.4-art.2198.

BAGGIO, M. A. et al. Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. Revista Baiana de Enfermagem, v. 35, 2021. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42620.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRANDÃO NETO, W. et al. Validation of an online course on postural care for preterm newborns. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 33, e20230249, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0249.

RAHIMI, S.; KHATOONI, M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. International Journal of Nursing Studies Advances, v. 6, e100174, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE GUÍA EDUCATIVA SOBRE BUENAS PRÁCTICAS EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Introducción

Los debates en torno a la humanización del parto y la violencia obstétrica adquirieron relevancia en Brasil a partir de la década de 1980, cuando referentes de la salud pública señalaron la necesidad de consolidar un modelo asistencial respetuoso, basado en la autonomía de la parturienta y en la mejor evidencia científica disponible (ARAÚJO et al., 2024).

La violencia obstétrica se define como el conjunto de conductas que vulneran e imponen intervenciones innecesarias y agresivas sobre la integridad biopsicosocial y espiritual de la mujer, respondiendo no a su dignidad, sino a los intereses de quienes la asisten en el período gravídico-puerperal. Pese a los avances normativos recientes, persisten dificultades estructurales y culturales para erradicarlas (ARAÚJO et al., 2024).

La atención deshumanizada puede repercutir en la salud mental de las mujeres y generar secuelas traumáticas duraderas. Además, muchas carecen de los conocimientos necesarios para identificar tales conductas y las padecen convencidas de que "parir es así" (BAGGIO et al., 2021).

La transformación cultural necesaria para erradicar la violencia obstétrica compromete a gestores, profesionales y a las propias mujeres.

Objetivos

General: elaborar un material educativo para la comunidad hospitalaria que promueva la atención humanizada durante el trabajo de parto y parto.

Específicos: identificar la brecha de conocimiento sobre las buenas prácticas en la atención al trabajo de parto y parto; desarrollar el material educativo sobre humanización de la asistencia; y validarlo con jueces expertos.

Método

Investigación metodológica, descriptiva, de método mixto, en diseño secuencial. En la etapa diagnóstica, el componente cuantitativo caracterizó a los participantes y priorizó los temas por frecuencia, con punto de corte del 50%; el componente cualitativo, por análisis de contenido, incorporó un tema no alcanzado por ese corte. La integración ocurrió por conexión: ambos definieron el material educativo, sometido luego a la validación de contenido.

El escenario fue una maternidad pública con Centro de Parto Normal Intrahospitalario y Centro Obstétrico, referencia en Boa Vista (RR) para la atención a gestantes de alto y bajo riesgo —región de frontera con intensa dinámica migratoria—. Participaron profesionales de salud y de apoyo, además de puérperas atendidas en la institución.

Se incluyeron profesionales en ejercicio de la atención al parto y puérperas hospitalizadas en alojamiento conjunto. Se excluyeron profesionales ausentes durante la recogida de datos, adolescentes, mujeres en situación de aborto y hospitalizadas por causas ginecológicas.

La investigación se organizó en cuatro etapas: diagnóstica; elaboración del material; validación por jueces; y reajuste conforme a los dictámenes.

La recogida de datos se realizó en septiembre de 2025 y concluyó al alcanzarse la saturación, tras la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la UNIRIO el 17 de julio de 2025, CAAE n.º 87055025.1.0000.5285.

Las respuestas fueron grabadas en audio y transcritas mediante el software Transkriptor; la transcripción automática fue cotejada íntegramente por una investigadora frente a los audios originales. El corpus fue tratado según el

análisis de contenido de Bardin (2016). Se adoptó la saturación de significado (RAHIMI; KHATOONI, 2024): alcanzada la saturación aparente, se incorporó un tercio adicional de participantes para confirmarla en cada pregunta; la de mayor amplitud temática exigió más participantes para saturar.

Entre los profesionales, la saturación se confirmó con 66 participantes en la primera pregunta y 29 en la segunda; entre las mujeres, en la 29.ª entrevista.

Resultados

En la primera etapa participaron 80 profesionales de salud y de apoyo, con una edad media de 43 años, predominio femenino (63; 78,7%) y mayor representación de técnicos de enfermería (36; 45%) y enfermeros (18; 22,5%).

Las brechas de conocimiento sobre humanización del parto se identificaron mediante la triangulación de dos preguntas semiestructuradas —sobre la percepción del cuidado humanizado y los retos de la asistencia— y una pregunta estructurada sobre las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, en la que se distinguió entre profesionales de atención directa (32; 40%) e indirecta (13; 16,25%).

Tras la lectura flotante, los 122 códigos iniciales fueron depurados en 108 Unidades de Registro (UR), agrupadas en doce Unidades de Significación. Asociadas a las UR, emergieron cinco categorías: humanización de la asistencia y sus significados en la atención hospitalaria (44; 40,7%); recursos de empoderamiento de la mujer (15; 13,9%); carencias en el control prenatal de calidad (9; 8,3%); recursos y dinámica institucional (31; 28,7%); y violencia obstétrica (9; 8,3%).

Entre las temáticas propuestas para el material didáctico, los profesionales priorizaron: fases del trabajo de parto y métodos no farmacológicos de alivio del dolor (56; 67,5%); derechos de la mujer durante el trabajo de parto (49; 59,0%); violencia obstétrica y procedimientos invasivos (47; 56,6%); y fisiología del parto (45; 54,2%).

El segundo grupo reunió a 41 puérperas en alojamiento conjunto. La mayoría (34; 79,1%) no había realizado preparación durante la gestación; 8 (18,6%) refirieron vergüenza o vulnerabilidad; y, aunque 29 (67,4%) consideraron

adecuada la atención recibida, 14 (32,5%) estimaban que existían formas más satisfactorias de ser atendidas. Las dificultades referidas aludían principalmente a la falta de empatía, la comunicación deficiente y el trato irrespetuoso del equipo.

De las respuestas de las mujeres se identificaron 32 UR, de las cuales emergieron seis categorías: desconocimiento de los propios derechos (8; 25%); educación perinatal (8; 25%); normalización de cuidados inadecuados (5; 15%); no identificación de la violencia obstétrica (4; 12,5%); desconocimiento sobre el protagonismo durante el parto (4; 12,5%); y dificultad para formular mejoras (3; 9,4%).

Las temáticas priorizadas por las mujeres fueron: derechos de la mujer tras el parto (31; 72,1%); calidad y seguridad del paciente (27; 62,8%); derechos de la mujer durante el trabajo de parto (27; 62,8%); violencia obstétrica (26; 60,5%); y adecuación del entorno para el parto y el posparto humanizados (26; 60,5%).

El tema plan de parto, aunque por debajo del punto de corte, fue incorporado a partir del análisis de los relatos de los participantes.

A partir de estos hallazgos, se elaboró la Guía de Buenas Prácticas en Trabajo de Parto y Parto.

La validación de contenido fue realizada por jueces expertos procedentes del propio grupo de profesionales participantes, seleccionados mediante los criterios de Fehring adaptados a la evaluación clínica y académica y confirmados por consulta al currículo Lattes; de los 20 elegibles, 8 aceptaron participar (dos por categoría profesional). Se aplicó una escala Likert de cinco puntos y se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC), considerándose favorables las puntuaciones 4 y 5 (BRANDÃO NETO et al., 2024).

Se adoptó un IVC por Ítem (IVC-I) mínimo de 0,78. De los 15 ítems evaluados, 12 (80%) alcanzaron o superaron el criterio; nueve ítems, entre ellos claridad, comprensión, aplicabilidad y lenguaje, obtuvieron un IVC-I de 1,00. Tres ítems quedaron por debajo del criterio: conocimiento previo (0,625), número de páginas y contribución a los sellos de acreditación (0,750), lo que señaló la necesidad de reunir el material en un volumen único y suprimir repeticiones.

El IVC a Nivel de Escala por Promedio (S-CVI/Ave) fue de 0,917, lo que demuestra elevada validez de contenido; el material quedó validado, y los ajustes indicados por los jueces fueron realizados.

Conclusión

La investigación puso de manifiesto brechas de conocimiento sobre la humanización de la asistencia al parto entre profesionales y puérperas, asociadas a la persistencia del modelo biomédico y a factores organizacionales que legitiman la violencia obstétrica en sus formas directa, estructural y cultural y dificultan el reconocimiento de los recursos de apoyo a la parturienta. A partir de las necesidades identificadas, se elaboró la Guía de Buenas Prácticas en Trabajo de Parto y Parto, validada por jueces expertos con un S-CVI/Ave de 0,917, indicador de elevada validez de contenido. La validación contó con la población profesional destinataria; la validación semántica con las puérperas está prevista para una etapa posterior. El estudio no evaluó la efectividad de la intervención educativa; por ello, los efectos sobre la cualificación del cuidado y la prevención de la violencia obstétrica se presentan como hipótesis a verificar. Se concluye que la socialización de estos saberes constituye una estrategia potencialmente promisoria para fortalecer la asistencia humanizada, recomendándose estudios de efectividad y la continuidad de la formación permanente de los equipos.

Referencias

ARAÚJO, E. P. et al. A percepção da enfermagem obstetra acerca da violência obstétrica no cotidiano da assistência materna. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 98, n. 4, e024414, 2024. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.99-n.4-art.2198.

BAGGIO, M. A. et al. Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. Revista Baiana de Enfermagem, v. 35, 2021. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42620.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRANDÃO NETO, W. et al. Validation of an online course on postural care for preterm newborns. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 33, e20230249, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0249.

RAHIMI, S.; KHATOONI, M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. International Journal of Nursing Studies Advances, v. 6, e100174, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174.

Palavras-chave: humanização da assistência; qualidade do cuidado; boas práticas; segurança da paciente; violência obstétrica.