**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**
**MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**AMANDA DE FREITAS BRILHANTE**

# DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA

**FORTALEZA – CEARÁ**
**2019**

AMANDA DE FREITAS BRILHANTE

# DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Brilhante, Amanda de Freitas .
Desenvolvimento de protocolo clínico para assistência ao parto na água [recurso eletrônico] / Amanda de Freitas Brilhante. - 2019.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 68 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2019.
Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde..
Orientação: Prof.ª Dra. Dafne Paiva Rodrigues..

1. Protocolos. 2. Parto humanizado. 3. Obstetrícia. I. Título.

AMANDA DE FREITAS BRILHANTE

# DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Data da avaliação: 16 de maio de 2019.

BANCA EXAMIDORA

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues - UECE
(Presidente e Orientadora)

Profa. Dra. Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa - UNICHRISTUS
(1ª Examinadora)

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Junior - UECE
(2ª Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar saúde e força para superar as dificuldades.

À Universidade Estadual do Ceará, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro, beseados na confiança, mérito e ética.

À professora Dafne, pela orientação, apoio e confiança.

Aos meus pais e meu irmão, Felipe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Meus agradecimentos às minhas amigas companheiras de trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Ao meu noivo, Samir, que é sempre meu amparo, que sempre me ajuda e incentiva em todos os projetos da minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”.

(Michel Odent)

## RESUMO

Objetiva-se desenvolver um protocolo clínico direcionado à assistência ao parto na água. Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico em saúde, foi realizado em três etapas 1- submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa; 2- Construção do protocolo clínico e 3-validação do conteúdo. A construção seguiu as seguintes fases: escolha do tema; justificativa do tema; fontes bibliográficas e evidências; Organização do Protocolo em Algoritmos; Enumeração das Referências Utilizadas e Elaboração textual e Encaminhamento à gráfica para impressão. Após a construção do protocolo iniciou o processo da validação de conteúdo. Assim, foram realizadas consultas a especialistas ou profissionais com experiência em uma ou mais áreas de interesse: obstetrícia, parto na água e parto humanizado. Foi aplicado um instrumento de utilização internacional que visa medir o rigor metodológico e a qualidade de diretrizes clínicas, denominado AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evalution). O AGREE se apresenta em escala numérica contendo 23 questões divididas em seis domínios: 1. Escopo e finalidade, 2. Envolvimento das partes interessadas, 3. Rigor do desenvolvimento, 4. Clareza da apresentação, 5. Aplicabilidade; 6. Independência editorial. As respostas podem variar de nota 1 a 7, significando 1-Discordo totalmente, 2-6 não atendem aos pré-requisitos necessários em sua completude e qualidade e o 7- concordo totalmente. As pontuações obtidas em cada domínio foram as seguintes: domínio 1- escopo e finalidade, correspondendo há 100%; domínio 2- Envolvimento das partes interessadas, correspondendo há 95,83%; domínio 3- Rigor do desenvolvimento, correspondendo há 79,1% ; domínio 4- Clareza da apresentação, correspondendo há 100%; domínio 5- Aplicabilidade, correspondendo há 96,87%; domínio 6- Independência editorial, correspondendo há 89,58%; Na avaliação global, três juízes deram nota 6 e um dos juízes deu nota 5. É possível verificar nesse estudo fatores limitantes que talvez tenham interferido nos resultados, como a falta de estudos acerca da temática, para compor e servir de base para a construção do protocolo. Recomenda-se o estudo contínuo e mais pesquisas publicadas acerca do parto na água. Sugere-se que o protocolo seja atualizado periodicamente, com o intuito de preservar uma assistência ao parto na água com um alto nível de evidência científica com os melhores graus de recomendações.



**Palavras-chave:** Protocolos. Parto humanizado. Obstetrícia.

## ABSTRACT

The objective of this study was to develop a clinical protocol for the delivery of water. It is a study of technological development in health, was carried out in three stages 1- submission of the project to the research ethics committee; 2- Construction of clinical protocol and 3- validation of content. The construction followed the following phases: choice of theme; justification of the theme; bibliographic sources and evidence; Organization of the Protocol in Algorithms; Enumeration of the References Used and Textual elaboration and Forwarding to the printing press. After the construction of the protocol, the content validation process started. Thus, consultations were carried out with specialists or professionals with experience in one or more areas of interest: obstetrics, childbirth in water and humanized childbirth. An international instrument was used to measure the methodological rigor and quality of clinical guidelines, called AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). AGREE is presented on a numerical scale containing 23 questions divided into six domains: 1. Scope and purpose, 2. Involvement of stakeholders, 3. Rigor of development, 4. Clarity of presentation, 5. Applicability; 6. Editorial independence. The answers may vary from grade 1 to grade 7, meaning 1-Strongly disagree, 2-6 do not meet the necessary prerequisites in their completeness and quality and the 7- totally agree. The scores obtained in each domain were as follows: domain 1 - scope and purpose, corresponding to 100%; domain 2 - Involvement of stakeholders, corresponding to 95.83%; domain 3 - Rigor of development, corresponding to 79.1%; domain 4- Clarity of presentation, corresponding 100%; domain 5 - Applicability, corresponding to 96.87%; domain 6- editorial independence, corresponding to 89.58%; In the overall evaluation, three judges gave a grade 6 and one of the judges gave grade 5. It is possible to verify in this study limiting factors that may have interfered in the results, such as the lack of studies on the subject, to compose and serve as the basis for the construction of the protocol. Continued research and more published research on childbirth in water is recommended. It is suggested that the protocol be updated periodically with the intention of preserving a childbirth care in water with a high level of scientific evidence with the best degrees of recommendations.



**Keywords:** Protocols. Humanizing Delivery. Obstetrics.

## LISTA DE FIGURAS


**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos incluídos da revisão integrativa. Fortaleza, 2018 .....** 19

**Figura 2 – Representação da simbologia que compõe um fluxograma.....** 29

**Figura 3 – Capítulo 1 do protocolo para parto na água- benefícios do parto na água.....** 34

**Figura 4 – Capítulo 2 do protocolo para parto na água- contraindicações para o parto na água.....** 35

**Figura 5 – Capítulo 3 do protocolo para parto na água- Equipamentos para o parto na água.....** 35

**Figura 6 – Capítulo 4 do protocolo para parto na água- Roteiro para admissão da paciente na banheira.....** 36

**Figura 7 – Introdução do protocolo para parto na água.....** 37

**Figura 8 – Exemplos de imagens selecionadas na internet.....** 37

**Figura 9 – Capa do protocolo para parto na água.....** 38

**Figura 10 – Comparativo da pontuação final por domínio da avaliação dos juízes. Fortaleza, 2019.....** 46

## LISTA DE QUADROS


**Quadro 1 – Síntese dos resultados encontrados. Fortaleza, 2018.....** 20

**Quadro 2 – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.....** 27

**Quadro 3 – Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia de acordo com cada nível de evidência. Brasil, 2012.....** 28

**Quadro 4 – Quesitos para a seleção de especialistas. Fortaleza, 2019.....** 31

**Quadro 5 – Cálculo da pontuação do AGREE II. Fortaleza, 2019.....** 33

**Quadro 6 – Perfil dos juízes do protocolo para parto na água. Fortaleza, 2019....** 38

**Quadro 7 – Pontuação da avaliação global do protocolo clínico pelos especialistas, Fortaleza, 2019.....** 47

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 1. Fortaleza, 2019.....** 39

**Tabela 2 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 2. Fortaleza, 2019.....** 40

**Tabela 3 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 3. Fortaleza, 2019.....** 41

**Tabela 4 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 4. Fortaleza, 2019.....** 43

**Tabela 5 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 5. Fortaleza, 2019.....** 44

**Tabela 6 – Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 6. Fortaleza, 2019.....** 45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| AGREE | Appraisal of Guidelines for Research and Evalution |
| ECR | Ensaio Clínico Randomizado |
| GHC | Gerência Hospitalar Conceição |
| J1 | Juiz 1 |
| J2 | Juiz 2 |
| J3 | Juiz 3 |
| J4 | Juiz 4 |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| RS | Revisão sistemática |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TP | Trabalho de parto |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO.....** | 14 |
| **2** | **OBJETIVOS.....** | 17 |
| **3** | **REVISÃO DE LITERATURA.....** | 18 |
| **4** | **METODOLOGIA.....** | 26 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 26 |
| 4.2 | FASES E ETAPAS DO ESTUDO..... | 26 |
| **4.2.1** | **Etapa 1 - Submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa.....** | 26 |
| **4.2.2** | **Etapa 2 – Construção do protocolo clínico.....** | 26 |
| 4.2.2.1 | Fase – Escolha do tema..... | 26 |
| 4.2.2.2 | Fase – Justificativa do Tema..... | 27 |
| 4.2.2.3 | Fase – Fontes Bibliográficas e Evidências..... | 27 |
| 4.2.2.4 | Fase – Organização do Protocolo em Algoritmos..... | 29 |
| 4.2.2.5 | Fase – Elaboração textual..... | 30 |
| 4.2.2.6 | Fase – Revisão de Português**.....** | 30 |
| 4.2.2.7 | Fase – Encaminhamento à gráfica para impressão..... | 30 |
| **4.2.3** | **Etapa 3 – Validação do protocolo.....** | 30 |
| 4.2.3.1 | FASE– Consulta a especialistas..... | 31 |
| 4.2.3.2 | FASE– **Avaliação de conteúdo.....** | 32 |
| 4.2.3.3 | FASE – Organização e análise de dados..... | 32 |
| **5** | **RESULTADOS E DISCUSSÕES.....** | 34 |
| 5.1 | DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO..... | 34 |
| 5.2 | PERFIL PROFISSIONAL ESPECIALISTAS/EXPERTS..... | 38 |
| 5.3 | AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO PELOS ESPECIALISTAS/ EXPERTS..... | 39 |
| **5.3.1** | **Domínio 1- Escopo e finalidade.....** | 39 |
| **5.3.2** | **Domínio 2- Envolvimento das partes interessadas.....** | 40 |
| **5.3.3** | **Domínio 3 - Rigor do desenvolvimento.....** | 41 |
| **5.3.4** | **Domínio 4- Clareza da apresentação.....** | 43 |
| **5.3.5** | **Domínio 5 - Aplicabilidade.....** | 44 |
| **5.3.6** | **Domínio 6- Independência editorial.....** | 45 |
| **5.3.7** | **Análise da pontuação final por domínio.....** | 46 |
| 5.4 | AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROTOCOLO CLÍNICO..... | 47 |

**6 CONCLUSÃO..... ..... 48**

**REFERÊNCIAS..... 49**

**APÊNDICES..... 53**

APÊNDICE A – CARTA CONVITE..... 54

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 55

APÊNDICE C – CAPA DO PROTOCOLO PARA PARTO NA ÁGUA..... 57

**ANEXOS..... 58**

ANEXO A – AGREE..... 59

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 67

# 1 INTRODUÇÃO

A imersão na água durante o trabalho de parto e no parto é uma prática antiga. Foram encontrados registros no Chipre que a deusa do amor, Afrodite, nasceu no mar da praia de Paphos. Gravuras em algumas tribos africanas sugerem que o lugar tradicional de dar à luz era no rio. Entre algumas tribos aborígenes da costa ocidental da Austrália, o costume era de dar à luz no mar (ODENT, 2004). Histórias também sugerem que faraós egípcios teriam nascido na água. E, ainda, na Guiana, as mulheres pariam nos rios próximos à suas casas (BALASKAS, 2008).

O primeiro parto na água relatado na literatura médica foi realizado num vilarejo na França em 1805 e foi publicado no periódico *Annales de la Societé de Medécine Pratique de Montepellie*. Uma jovem parturiente permaneceu exaustivamente em trabalho de parto por mais de 48 horas. Após esse período, o seu médico, já não sabendo mais o que fazer, pediu auxílio à uma parteira local que o orientou a colocá-la numa banheira. Imersa na água, a paciente revigorou suas forças e em pouco tempo deu à luz um bebê saudável (CHURCH, 1989).

Igor Tcharkovsky, um instrutor de natação na União Soviética, nos anos 60, estudava as habilidades dos recém-nascidos dentro da água. Percebeu-se que quanto mais novo o bebê era introduzido na água, mais fácil ele se adaptava a ela. Foi assim que Tcharkovsky chamou a atenção para o parto na água (ODENT, 2004).

A partir dessa mesma década, Michel Odent incentivou as parturientes de Pithiviers na França a ficarem mais ativas no trabalho de parto. Estimulou que elas seguissem os seus instintos e adotassem posições de suas escolhas. Odent cria a concepção obstétrica de não atrapalhar a fisiologia normal do trabalho de parto. O ambiente físico também foi transformado, uma vez que a sala de parto buscava imitar um ambiente domiciliar (BALASKAS, 2008). As parturientes também tinham disponível banho de aspersão ou de imersão em banheiras, para que, com o uso da água, elas pudessem ter um parto mais fácil e com menor uso de drogas (ODENT, 2004).

As publicações científicas sobre o uso da imersão na água durante o parto tiveram início na década de 80, quando Michel Odent publicou na revista The Lancet o artigo "*Birth underwater*". Ele apresenta os resultados da assistência ao parto na água, realizados na maternidade de Pithiviers na França. A partir de então, o uso da imersão em água tornou-se mais frequente e novas pesquisas foram realizadas, sendo que a maioria delas com abordagem

qualitativa, buscando descrever as vantagens e as desvantagens do parto na água (RICHMOND, 2016).

O parto na água teve um grande impulso na década de 70, no Brasil, quando um programa de televisão transmitiu uma reportagem de um parto na água, realizado pela Dra. Maria Celia del Valle, em São Paulo. Porém, a classe médica, em geral, não concordava com o método, pois ainda eram restritas as pesquisas nesse campo (TRICIA, 2006).

Na realidade brasileira atual, não se sabe ao certo quais as instituições de saúde oferecem para a mulher a possibilidade de parir na água, nem qual é o número de nascimentos nessa modalidade de assistência e quais são os resultados maternos e neonatais, pois existem pouquíssimos registros disponíveis com essas informações.

A Organização Mundial da Saúde, em 1996, classificava a imersão na água para alívio da dor no parto na Categoria C, ou seja, uma prática que não existia evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveria ser utilizada com cautela, até que mais pesquisas fossem realizadas (OMS, 1996).

Em uma revisão de literatura realizada em 2001, foram relatados os benefícios do parto na água, como: maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa; redução da ansiedade; redução dos níveis de adrenalina, o que aumenta a produção de ocitocina endógena; diminuição da compressão da veia cava, consequentemente aumentando o aporte sanguíneo para o útero, o que promove contrações uterinas mais eficazes. Além disso, a vasodilatação, propiciada pela água, diminui a pressão arterial materna e o pulso aumenta ligeiramente, aumentando, assim, a oxigenação para o útero e, consequentemente, para o feto. Como resultado, acelera a dilatação cervical e reduz o uso de analgesia, as intervenções no trabalho de parto, a realização de cesariana, traumas perineais, experiências traumáticas de parto e aumenta a satisfação materna com a experiência do nascimento. Dessa forma, a revisão traz, como principal conclusão, que o uso de água durante o trabalho de parto é uma forma segura, fácil e econômica de propiciar às mulheres a retomada da experiência do nascimento (MACKEY, 2001).

A revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, em 2012, analisou 12 ensaios clínicos randomizados que avaliaram a imersão na água, envolvendo um total de 3.243 mulheres (CLUETT; BURNS, 2012). Essa revisão apontou que a imersão na água, durante a primeira fase do trabalho de parto, reduz a percepção de dor pela parturiente durante o trabalho de parto e período expulsivo e consequentemente reduz a necessidade do uso de analgesia. Não relata efeitos adversos em relação a duração do trabalho de parto, na via de parto e nos resultados neonatais. No entanto, esse estudo traz poucas informações sobre o

desfecho da segunda fase do trabalho de parto, ou seja, são necessários mais estudos sobre o período expulsivo (CLUETT; BURNS, 2012).

A literatura brasileira aborda, de forma ampla, o uso da imersão na água durante o trabalho de parto como método não farmacológico para alívio da dor. Entretanto, as publicações sobre o parto na água ainda são restritas (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009; SILVA; OLIVEIRA, 2006).

O interesse sobre a temática foi impulsionado pela experiência da autora como residente em enfermagem obstétrica, acompanhando algumas mulheres que pariram na água, evidenciando relatos dos benefícios e a satisfação em receber seus filhos por meio dessa modalidade de parto. Porém, foi identificado uma grande resistência por parte dos profissionais para exercer essa assistência, tendo como justificativa a falta de um protocolo para normatizar essa prática ainda desconhecida por eles.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA *et al*., 2015).

Por ser um tipo de tecnologia, os protocolos têm sua utilização apoiada pelo Ministério da Saúde, que prevê em seu uso maior apropriação do problema em saúde a qual se reporta, permitindo que os profissionais tenham respaldo técnico-científico sob suas ações, favorecendo, até mesmo, maior autoconfiança em suas práticas (PIMENTA *et al*., 2015).

Com a realização do estudo, espera-se contribuir para um aprofundamento na temática e dessa forma proporcionar aos profissionais que prestam assistência ao parto na água maior respaldo, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência obstétrica e assim beneficiar principalmente as parturientes e os recém-nascidos assistidos nesse tipo de parto.

## 2 OBJETIVO

Desenvolver um protocolo clínico direcionado à assistência ao parto na água.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para identificar o conhecimento existente na literatura sobre a temática, realizou-se uma revisão integrativa. Este método utiliza conclusões de estudos já publicados e disponíveis na literatura para sumarizar informações e formular inferências sobre uma questão específica, o qual tem o objetivo de modificar ou reforçar uma prática ou conduta assistencial, modificando e promovendo melhor qualidade dos cuidados prestados por profissionais da saúde, em especial enfermeiros (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Dessa forma, foram percorridas seis etapas, conforme proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008): formulação do problema (identificação da questão de pesquisa), busca na literatura, avaliação dos estudos (extração das informações relevantes dos artigos selecionados), análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

A primeira etapa da revisão corresponde à questão que conduz a necessidade do estudo, ou seja, quando o profissional da saúde tem um questionamento e, para que o mesmo possa localizar, de modo acurado e rápido, a melhor informação científica disponível deve lançar mão de uma estratégia, nesse caso, a busca na literatura (FINEOUT-OVERHOLT *et al.*, 2011). Desta forma, a pergunta norteadora deste trabalho foi: quais os benefícios/vantagens do parto na água para gestantes de baixo risco?

Após a elaboração da pergunta norteadora, o autor está pronto para buscar as evidências na literatura, que será realizado através das bases de dados selecionadas para a identificação dos estudos. A determinação dos critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

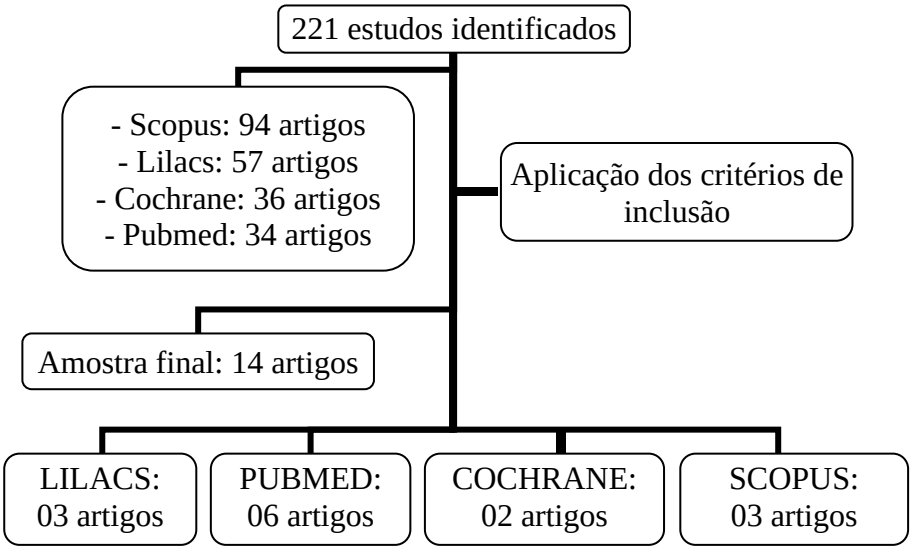
Portanto, os critérios de inclusão deste estudo são: artigos originais nos idiomas inglês, português e/ou espanhol, que estejam relacionados à temática, com detalhamento metodológico completo e apresentação consistente dos resultados. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, publicações duplicadas ou que não abordassem o objetivo da revisão.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scopus, Lilacs, Cochrane e Pubmed/Medline. O levantamento dos estudos a serem incluídos na presente revisão ocorreu durante o mês de julho de 2018, utilizando-se os descritores controlados "*Pregnant*

*Women*/Gestantes", "*Natural Childbirth*/Parto normal", "*Humanizing delivery*/Parto humanizado" e o descritor não controlado "*Water birth*/Parto na água".

Após a identificação dos artigos, foi realizada, inicialmente, uma leitura dos títulos e resumos, a fim de selecionar aquelas publicações que se relacionassem com a temática. Em seguida, os artigos pré-selecionados foram analisados na íntegra. Tendo como base os critérios de inclusão e exclusão apresentados, foram selecionadas 14 publicações para compor a amostra da presente revisão. O fluxograma de seleção dos artigos é apresentado na Figura 1.

**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos incluídos da revisão integrativa. Fortaleza, 2018**




Fonte: Elaborado pela autora.

Após a seleção dos estudos, estes foram categorizados, extraindo-se as informações necessárias que foram, em seguida, organizadas e incorporadas numa tabela. Posteriormente, avaliação e análise crítica dos artigos foram realizadas e, a partir disso, a interpretação dos resultados, discussão e recomendações propostas foram alcançadas, finalizando com a síntese do conhecimento e apresentação da revisão.

Quanto ao ano de publicação, cinco estudos foram publicados nos últimos cinco anos, o que pode significar um crescimento significativo do interesse pela temática, justificado pelo número crescente dos casos de partos humanizados realizados por enfermeiras no país, conforme já mencionado. As publicações científicas mostram que o parto na água vem sendo estudado há mais de 30 anos, porém apenas em 2007 essa modalidade de assistência passou a ser oferecida em uma instituição de Florianópolis- SC. Em 2012, atingiu

cerca de 20% dos partos normais, percentual que cresceu desde 2010 (SCHEIDT; BRÜGGEMANN, 2016).

Em se tratando do delineamento metodológico, 01 (7,15%) estudo correspondia ao delineamento qualitativo, 02 (14,3%) eram ensaios clínicos controlados randomizados, 02 (14,3%) eram estudos quase-experimentais, 03 (21,5%) eram revisões sistemáticas, 02 (14,3%) eram estudos de caso-controles, 01 (7,15%) correspondia ao delineamento transversal, 01 (7,15%) coorte retrospectivo, 01 (7,15%) observacional e 01 (7,15%) estudo de caso. Em relação à força das evidências, três estudos (21,5%) apresentaram nível de evidência I, dois estudos (14,3%) apresentaram nível de evidência II, dois estudos (14,3%) apresentaram força de evidência III, cinco estudos (36%) apresentaram nível de evidência IV, um estudo (7,15%) nível V e um estudo (7,15%), nível VI.

Durante a leitura dos artigos selecionados, foram extraídas as informações que respondessem à questão norteadora. Os resultados encontrados na literatura apontaram os principais benefícios referentes ao parto na água, não só para a parturiente, como para o bebê, conforme evidenciados no Quadro 1.

**Quadro 1 – Síntese dos resultados encontrados. Fortaleza, 2018.**

(Continua)

| Título (autores/ano) | Método | NE * | Benefícios/vantagens do parto na água |
|---|---|---|---|
| Imersão na água durante o trabalho de parto e o parto (CORDIOLI, 2014). | Revisão sistemática | I | Imersão no primeiro período do trabalho de parto (TP) mostraram redução significativa na taxa de analgesia/anestesia peridural/ raqui/bloqueio paracervical e redução significativa na duração do primeiro período do trabalho de parto. |
| Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010) | Revisão sistemática | I | - Início da intervenção na primeira fase do TP, com dilatação cervical mínima de 4 cm;<br>- Tempo de permanência na banheira mínimo de 1h, e máximo de 4h.<br>- Temperatura da água com variação de 27ºC a 41°C.<br>- Redução da dor analgesia (se dilatação inicial <5cm), redução da taxa de cesariana, maior satisfação materna. |
| A água como meio alternativo para o nascimento natural (ROCHA, 2009). | Qualitativo | V | Relaxamento e bem-estar, controle da dor, facilidade no período expulsivo e maior participação no parto. |

**Quadro 1 – Síntese dos resultados encontrados. Fortaleza, 2018.**

(Conclusão)

| Título (autores/ano) | Métodos | NE* | Benefícios/vantagens do parto na água |
|---|---|---|---|
| Prevalência de partos na água e resultados maternos e neonatais em uma maternidade do setor suplementar de saúde (SCHEIDT, 2014). | Transversal | IV | Redução no uso de ocitocina durante o TP, bem como de analgesia e redução das amniotomias e episiotomias. Recém-nascidos (RN) não são aspirados logo após o nascimento e não há diferença no Apgar no 1º e 5º min. |
| Recurso à água morna no parto: prevenção de trauma perineal e incontinência urinária (MENDES, 2013). | Quase-Experimental | III | Redução das episiotomias, das queixas de incontinência urinárias e do número de lacerações perineais de 1º grau. |
| A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia (MENAKAYA *et al*, 2013) | Coorte retrospectivo | IV | Não houve diferença quanto à duração do TP. No entanto, no parto na água, não houve episiotomias ou traumas perineais. Porém, os valores de Apgar foram menores no 1º min. |
| Barriers to the use of hydrotherapy in labor (STARK; MILLER, 2009). | Caso controle | IV | Menores barreiras ambientais, parto mais seguro e com maior conforto. |
| Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study (STARK et al, 2007). | Observacional | VI | A água permite maiores posições e movimentos rítmicos, que favorecem mais contrações, o que reduz as intervenções desnecessárias. |
| The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor (BENFIELD *et al*, 2010). | Quase-Experimental | III | Após imersão por 1h, a 37ºC, houve redução da ansiedade e dos níveis de vasopressina e ocitocina, bem como redução da dor e da frequência das contrações. |
| The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al*, 2012). | Caso controle | IV | Os estágios do TP foram menores, redução da necessidade de analgesia, indução ou episiotomia. No entanto, apresentavam mais laceração perineal. |
| Hydrotherapy during labor: a case report of safe practice (MAZONI *et al*, 2009). | Estudo de caso | IV | Todas as mulheres referiram sensação de bem estar relacionada ao alívio da dor e relaxamento. |
| Immersion in water in labour and birth (CLUETT; BURNS, 2014). | Revisão sistemática | I | Redução da taxa de analgesia e da duração do primeiro estágio do TP. |
| The effect of immersion baths on the length of childbirth labor (SILVA; OLIVEIRA, 2006). | Ensaio clínico controlado randomizado | II | Não houve modificação na duração do TP, porém, houve redução da duração das contrações. |
| A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain (SILVA *et al*, 2007). | Ensaio clínico controlado randomizado | II | Alívio da dor no início e na progressão do TP, quando avaliadas com dilatação cervical entre 6 e 7cm, tempo de permanência na banheira de 1h e temperatura máxima de 38ºC. |
| *Nível de Evidência | | | |

Fonte: Elaborado pela autora.

A hidroterapia refere-se aos banhos de aspersão e imersão. Existem muitas opções de hidroterapia, de banheiras comuns a banheiras de hidromassagem e chuveiros, podendo ser combinadas com outros métodos, como a bola suíça e a musicoterapia. É considerada uma alternativa para confortar a mulher em trabalho de parto, pois oferece alívio sem interferir na progressão do parto e sem prejudicar o recém-nascido. É identificada como uma medida não farmacológica, na qual a parturiente é imersa em água morna para relaxar e aliviar o desconforto (SILVA *et al.,* 2013).

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar uma nova vida. Essa dor resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, embora, seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar (GAYESKI *et al.*, 2010).

A dor tem uma importante função biológica, sinalizando algum distúrbio no organismo, porém, é defendida por adeptos ao parto natural como função de relevância para o bem-estar emocional materno e desenvolvimento psicofisiológico do recém-nascido. Entretanto, quando prolongada, pode ter efeitos deletérios sobre o binômio, intensificando respostas do organismo ao estresse, alterações neuroendócrinas e metabólicas que podem ter consequências sobre a ventilação, circulação e equilíbrio acidobásico (BARBIERI *et al.*, 2013).

Dentre os estudos analisados, oito referiram redução da necessidade de analgesia para o parto ou redução da dor nas mulheres submetidas ao parto na água (CORDIOLI, 2014; GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010; ROCHA, 2009; SCHEIDT, 2014; BENFIELD *et al.*, 2010; MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.,* 2012; MAZONI *et al.,* 2009; CLUETT; BURNS, 2014; SILVA; OLIVEIRA, 2006).

A dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto está relacionada aos estímulos nociceptivos transmitidos pelas fibras A-delta e C das estruturas pélvicas de origem tanto visceral quanto somática, relacionadas à cérvice uterina, vagina e músculos do períneo. À medida que o trabalho de parto progride os impulsos dolorosos são transmitidos desde T10, no seu início, até S4, no final, quando a dor se torna mais intensa e mais difusa, o que justifica sua progressão, formando uma curva ascendente à medida que se aproxima do período expulsivo (BARBIERI *et al.*, 2013).

A ação potencial da hidroterapia é reverter os efeitos negativos como ansiedade e dor no trabalho de parto promovendo resposta de relaxamento, deprimindo o sistema nervoso

simpático ocorrendo, como consequência, decréscimo dos níveis de catecolamina (BARBIERI *et al.*, 2013). Assim, os efeitos fisiológicos positivos da hidroterapia podem facilitar as interações neuro-hormonais do trabalho de parto, reduzir a dor e potencialmente facilitar o progresso do trabalho de parto. A imersão em água também está associada a perfusão uterina melhorada, contrações menos dolorosas e trabalho de parto com menos intervenções (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al*., 2012).

Para alívio desse sintoma, Simkin e O'Hara (2002) relatam que a temperatura da água, o tempo de permanência na banheira e a dilatação cervical para o início da intervenção devem ser cuidadosamente avaliados porque podem alterar o progresso do trabalho de parto. A importância de estabelecer tais parâmetros para o início da intervenção foi observada no ECR de Silva *et al* (2007) que encontrou resultados maternos e neonatais positivos ao controlar todos eles, além de estabelecer o período máximo de ruptura de membranas.

Em um estudo realizado por Teschendorf e Evans (2000), há referência à teoria de "regulação-controle". Esta postula que no corno posterior da medula espinal existe um mecanismo neural que age semelhante a um portal que controla o fluxo de impulsos nervosos e somente certa quantidade de estímulos pode passar por essa entrada. Impulsos adicionais de dores são bloqueados por esse mecanismo quando o máximo de densidade de impulsos é alcançado. Dessa forma, essa teoria mostra que a dor está modulada simultaneamente por múltiplas influências e a água morna pode ser um importante estímulo competidor, além de responsável pela sensação de bem-estar.

Logo, a hidroterapia em água morna durante o trabalho de parto promove o relaxamento e diminui a dor, ansiedade e parâmetros relacionados ao estresse, sem os riscos causados por outros tratamentos (BARBIERI *et al*, 2013). Ao imergir na água aquecida, o calor e a flutuação ajudam a liberar a tensão muscular e a transmitir um senso de bem-estar. A água quente proporciona uma estimulação calmante para os nervos da pele, que promove vasodilatação, reversão da resposta do nervo simpático e redução das catecolaminas. Em geral, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, pois o calor e a flutuação da água proporcionam um efeito relaxante (SILVA *et al.*, 2013).

Explica-se este fenômeno pelo fato do estimulo da dor atravessar os receptores da coluna vertebral para o cérebro onde ocorre a resposta de modo direto. Os sinais gerados pelo banho quente estimulam os termorreceptores da epiderme a alcançar o cérebro mais rápido que os enviados pelos receptores da dor, bloqueando de maneira efetiva a transmissão, desta forma, da percepção da dor. O calor acentua a circulação sanguínea acalmando o stress

induzido pelas contrações, em contato com alguns tecidos melhora o metabolismo e a elasticidade diminuindo o limiar de dor (BARBIERI *et al.*, 2013).

Gayeski e Brüggemann (2010) evidenciaram nos diversos ensaios clínicos investigados que a hidroterapia, para efeito positivo na analgesia, conforto, relaxamento e, consequente, satisfação materna, deve ser iniciada ainda na primeira fase do TP, desde que a parturiente tenha dilatação cervical mínima de 4 cm. Além disso, o tempo de permanência na banheira deve ser no mínimo de 1h, e máximo de 4h, e a temperatura da água com variação de 27ºC a 41°C. Benfield *et al.* (2010), por sua vez, identificaram esses mesmos efeitos após imersão por 1h, a 37ºC.

Esses achados foram corroborados por Silva *et al.* (2013), ao afirmar que a hidroterapia é recomendada para a parturiente que está em trabalho ativo (> 5cm de dilatação) para evitar a desaceleração nas contrações, secundárias ao relaxamento muscular. As membranas amnióticas podem ser preservadas ou quebradas. O cliente é encorajado a ficar na banheira ou sob um banho como quer ou como se sentir confortável. A temperatura da água não deve exceder a temperatura corporal e o tempo de banho normalmente é limitado entre uma e duas horas.

A dilatação cervical é um parâmetro que pode ser utilizado para avaliação da dor e a adoção de algum método de alívio. Sendo considerada dor leve quando menor que 5 cm e dor moderada a severa quando maior que 5 cm (BARBIERI *et al.*, 2013). Assim, justifica-se a aplicação da hidroterapia para as parturientes acima de 5cm de dilatação, já na fase ativa do trabalho de parto, uma vez que, se aplicada no período de dor mais intensa, seu efeito torna-se mais perceptível. Esses achados corroboram com um estudo realizado por Henrique et al (2016), que evidenciou menor uso de analgesia, maior ocorrência de parto normal (87,2%), maior progressão da dilatação cervical e melhor evolução da descida da apresentação fetal, bem como aumento da frequência das contrações uterinas.

Com relação à duração do trabalho de parto, foram identificados estudos que evidenciaram uma redução significativa na duração do trabalho de parto, relacionado à velocidade de dilatação no período final (CORDIOLI, 2014; CLUETT; BURNS, 2014). Esse achado também foi identificado em um estudo realizado por Ohlsson *et al.* (2001), no qual participaram 160 parturientes com dilatação cervical de 5cm inicialmente. Destas, apenas 88 mulheres receberam a hidroterapia como intervenção, e verificou-se velocidade significativamente maior de dilatação cervical entre as mulheres que receberam esta intervenção (2,5 cm/ hora) quando comparadas com aquelas que não utilizaram o banho quente (1,2 cm/hora).

O trabalho de parto na água reduz hormônios do estresse e catecolaminas que inibem a ocitocina e o progresso do trabalho. Além disso, o feto pode ser mais propenso a adotar uma posição mais relaxada e flexível, porque a mãe pode facilmente explorar diferentes posições para maximizar seus diâmetros pélvicos. A duração da 3ª fase do trabalho de parto, que é a dequitação da placenta, também é significativamente reduzida, o que minimiza a quantidade de perda de sangue durante esse período. A menor perda de sangue também pode ser explicada pela pressão hidrostática na água, pelas lacerações menos severas ou possivelmente pelo controle facilitado da terceira etapa do trabalho (OHLSSON *et al.*, 2001).

Em se tratando das episiotomias e lacerações perineais, comuns no parto vaginal, quatro estudos identificaram a redução ou ausências desses achados em parturientes que eram submetidas ao parto na água (SCHEIDT, 2014; MENDES, 2013; MENAKAYA *et al*, 2013; MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012). Santoro *et al.* (2010) afirma que o calor provoca vasodilatação, diminui a estimulação nociceptiva e aumenta disponibilidade de colágeno, o que promove a capacidade de dilatação dos tecidos. Em relação à taxa reduzida das episiotomias, também há uma relação com a dificuldade de instrumentalização por parte dos profissionais, uma vez que a aplicação da água impede o acesso ao períneo, e, consequentemente, a realização de episiotomia (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Em suma, a presente revisão identificou que o parto na água modifica a progressão do trabalho de parto, e os principais benefícios dessa técnica identificados foram: alívio da dor, aumento da dilatação, redução da frequência das contrações, facilidade no período expulsivo, redução do uso de citocinas, redução das episiotomias, redução das taxas de laceração perineal, redução da ansiedade, relaxamento, bem-estar materno-fetal e maior participação no parto.

# 4 METODOLOGIA

## 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico em saúde, foi realizado em três etapas 1- submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa; 2- Construção do protocolo clínico; 3-validação do conteúdo. As etapas de desenvolvimento ocorreram em fevereiro de 2019:

## 4.2 ETAPAS E FASES DO ESTUDO

### 4.2.1 Etapa 1 - Submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. Sendo assim, durante a realização da pesquisa, foram considerados e respeitados os aspectos éticos relacionados à realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### 4.2.2 Etapa 2 – Construção do protocolo clínico

Para a construção do protocolo optou-se por seguir as etapas propostas pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para Diretrizes Clínicas/ Protocolos Assistenciais de Porto Alegre (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-GHC, 2003). Esse grupo é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde e desde o ano de 2001 vem desenvolvendo protocolos clínicos, preferencialmente baseados na melhor evidência científica, visando auxiliar no manejo de um problema de saúde. Constando nas seguintes fases:

#### 4.2.2.1 Fase – Escolha do tema

O protocolo desenvolvido servirá como um guia para o manejo do parto realizado na água, dessa forma, foi dividido em capítulos contendo informações alusivas aos assuntos que a equipe multiprofissional precisa conhecer para desempenhar a assistência ao parto na água de forma completa e humanizada, sendo composto pelos seguintes capítulos: benefícios

para parto na água, contraindicações para o parto na água, lista de verificação de materiais necessários para o parto na água e roteiro para admissão da paciente na banheira.

4.2.2.2 Fase – Justificativa do Tema

Os assuntos abordados no protocolo foram escolhidos com o intuito de padronizar a assistência, melhorando sua qualidade e garantir ao mesmo tempo maior autonomia aos profissionais para conduzirem essa modalidade de parto com segurança, baseado em evidências científicas.

4.2.2.3 Fase – Fontes Bibliográficas e Evidências

Foi realizado uma revisão integrativa que serviu de base na criação do protocolo. As buscas foram realizadas nas principais bases de dados como Scopus, LILACS, Cochrane e Pubmed/Medline. Teve como pergunta norteadora: Quais os benefícios/vantagens do parto na água para gestantes de baixo risco? Seguindo os critérios de inclusão: artigos originais nos idiomas inglês, português e/ou espanhol, relacionados à temática, com detalhamento metodológico completo e apresentação consistente dos resultados.

Durante o processo de busca literária foi considerado as evidências científicas com seus graus de recomendação conforme preconiza o GHC, dando-se preferência para níveis I de evidência com grau A de recomendação, ou seja, ensaios clínicos randomizados (ECR) ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos, somente na ausência desses estudos, partiu-se para os demais graus de recomendação.

Ressalta-se que durante a elaboração do protocolo, utilizou-se a classificação de níveis de evidências propostos pelo Ministério da Saúde contidos no Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, 2012, dispostos abaixo:

**Quadro 2 – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.**

(Continua)

| | |
|---|---|
| **I** | Ensaio clínico randomizado (ECR)1 ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos1 |
| **II** | ECR ou RS de ECR de menor qualidade:<br>• Com desfechos substitutos validados;<br>• Com análise de subgrupos ou de hipóteses *a posteriori*; |

**Quadro 2 – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.**

(Conclusão)



| | |
|---|---|
| | • Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico;<br>• Estudo observacional de reconhecido peso científico (coorte ou caso-controle aninhado em uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisão sistemática destes estudos. |
| **III** | ECR com desfechos clínicos não validados.<br>Estudo de caso-controle. |
| **IV** | Estudo com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (tais como experimento não comparado e demais estudos observacionais). |
| **V** | Fórum representativo ou opinião de especialista sem evidência dos níveis supracitados. |
| **Nota** | 1Para ser considerado nível I, o estudo deve preencher critérios de rigor metodológico, como ser aleatorizado, duplo-cego ou de alocação sigilosa. |

Fonte: Da Silva e Stein (1999).

Os graus de recomendação também são considerados como uma classificação hierarquizada que busca levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam as condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc.

**Quadro 3 – Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia de acordo com cada nível de evidência**

| | |
|---|---|
| A | Altamente recomendável. |
| B | Recomendável. |
| C | Sem evidência a favor ou contrária. |
| D | Desaconselhável. |
| E | Claramente Desaconselhável. |

Fonte: Brasil (2012).

A partir da leitura desses materiais foi realizado uma seleção dos conteúdos que serviu como suporte para a construção de cada capítulo do protocolo. Após a seleção do conteúdo, foi realizado um fichamento de tudo que foi considerado relevante para a construção do protocolo.

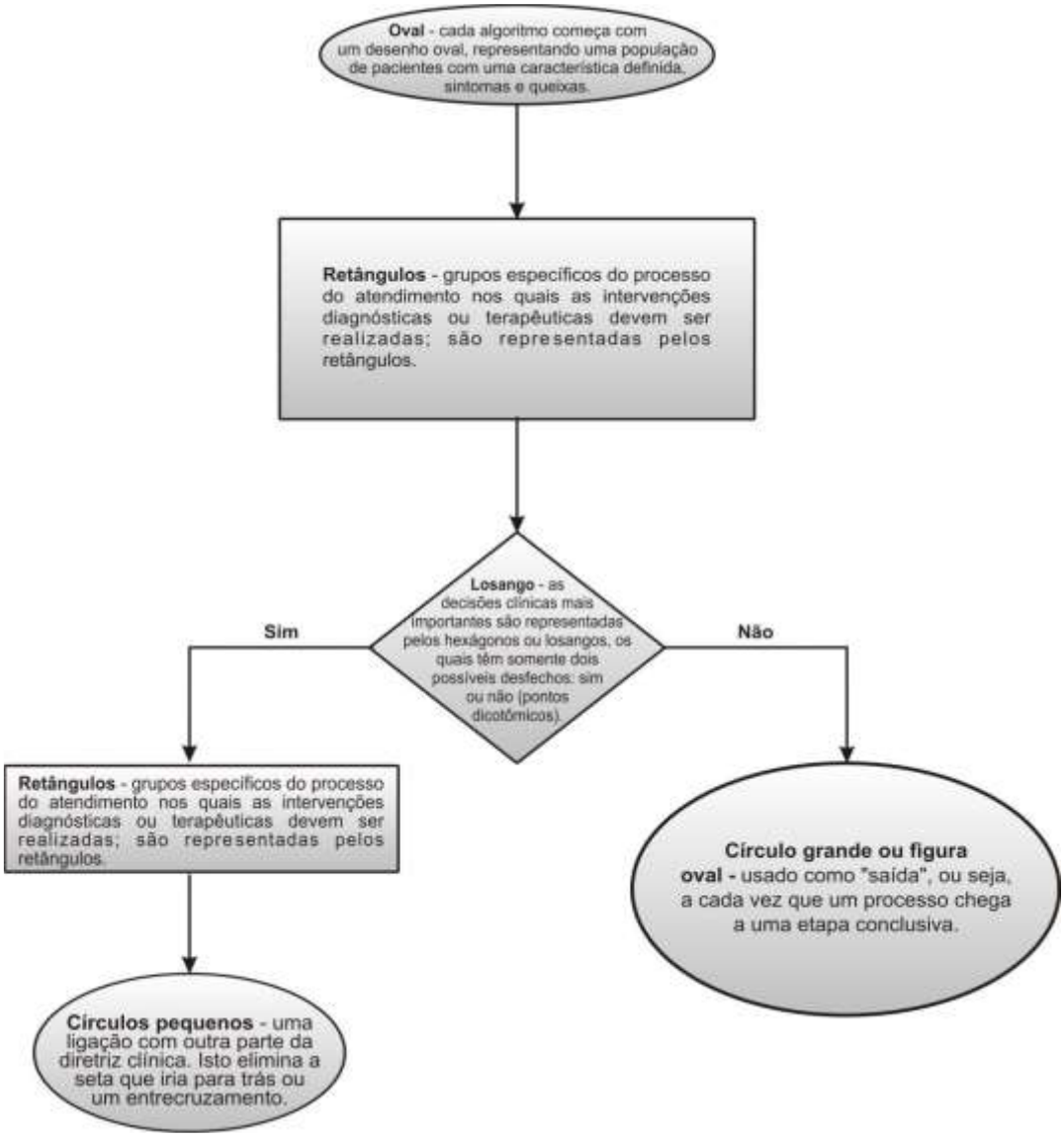
O protocolo foi elaborado sob a forma de texto observando-se aspectos essenciais como introdução, justificativa, relevância, objetivos e desenvolvimento

4.2.2.4 Fase – Organização do Protocolo em Algoritmos

O protocolo é representado na forma gráfica de fluxogramas com algoritmos. Esse tipo de representação permite uma qualificação da representação facilitando a compreensão por parte dos profissionais (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Devido à utilização de um algoritmo implicar no conhecimento de seus símbolos e significados para sua correta aplicação. Mostramos abaixo a representação de um algoritmo conceituando-se sua simbologia.

**Figura 2 – Representação da simbologia que compõe um fluxograma.**




FONTE: Werneck, Campos e Faria (2009).

4.2.2.5 Fase – Elaboração textual

Seguiu-se as recomendações da padronização gráfica proposta pela Gerência Hospitalar Conceição para Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais de Porto Alegre. Seguindo os critérios:

**Texto:** 30000 a 60000 caracteres, em fonte Times New Roman

**Algoritmos:** Com sua representação já citado

**Autores:** Descrição de todos os autores que colaborarão com o processo de criação do protocolo

4.2.2.6 Fase – Revisão de Português

Após a realização de todas as etapas, o protocolo foi encaminhado a um profissional especializado para a revisão de português.

4.2.2.7 Fase – Encaminhamento à gráfica para impressão

Com o protocolo finalizado, foi encaminhado à gráfica para impressão.

### 4.2.3 Etapa 3 – Validação do protocolo

Após a construção do protocolo iniciou o processo da validação de conteúdo. A validade é um tipo especial de acurácia e é definida com o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY *et al.*, 2008).

Cassiane (1987) afirma que a validade de conteúdo é um método baseado necessariamente no julgamento. Desse modo são meios adequados de assegurar a cobertura adequada do conteúdo de um instrumento. Para realizar esse julgamento chama-se um grupo de juízes ou peritos com experiência na área de conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e verificar se eles representam adequadamente o universo hipotético em proporções corretas. Sendo determinado pelo pesquisador, o número de juízes e a porcentagem de concordância esperada para que seja tomada uma decisão em relação ao destino de cada item. É necessário instruir os validadores sobre como se dará a validação, fornecendo-lhes um formulário próprio para que seja efetuado o registro de seus julgamentos.

Assim, para a validação, foram realizadas consultas a especialistas ou profissionais com experiência em uma ou mais áreas de interesse: obstetrícia, parto na água e parto humanizado, seguindo as seguintes fases:

4.2.3.1 Fase – Consulta a especialistas

A escolha dos especialistas de conteúdo foi de acordo com a classificação de Fehring (1994) e adequados a este estudo. Os especialistas foram selecionados de acordo com os quesitos a seguir:

**Quadro 4 – Quesitos para a seleção de especialistas proposto por Fehring(1994)**

| **ESPECIALISTAS** | **NOTAS** |
|---|---|
| Ser mestre ou doutor e ter desenvolvido dissertação ou tese na área de interesse.* | 3 pontos |
| Ter residência ou especialização em obstetrícia | 2 pontos |
| Ter experiência profissional de no mínimo 3 anos atuando em sala de parto* | 2 pontos |
| Ter experiência profissional em acompanhamento de parto na água | 2 pontos |
| Ter trabalho científico publicado na área de interesse.* | 1 ponto |
| Ter trabalho científico publicado na área de interesse.* | 1 ponto |

* Áreas de interesse: obstetrícia, parto normal, parto humanizado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Participaram do comitê somente àqueles profissionais que obtiveram um escore mínimo de cinco pontos. Após preenchimento dos critérios de inclusão, o convite foi realizado através de uma carta convite e, após aceitação, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, e recebeu por E-mail o instrumento para avaliar o protocolo.

A busca pelos especialistas foi realizada por meio da plataforma Lattes, onde é possível ter acesso ao perfil de produção dos pesquisadores e as áreas de conhecimento, garantindo a confiabilidade nas avaliações.

4.2.3.2 Fase – Avaliação de conteúdo

Foi aplicado um instrumento de utilização internacional que visa medir o rigor metodológico e a qualidade de diretrizes clínicas, denominado AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evalution). Além de realizar uma avaliação global da diretriz construída, o AGREE II tem por objetivo fornecer uma estratégia metodológica rigorosa para elaboração de diretrizes e informar o conteúdo dos mesmos deve estar disposto em uma diretriz clínica. Esta ferramenta recomenda a participação de quatro especialistas para avaliar a qualidade da diretriz.

O AGREE se apresenta em escala numérica contendo 23 questões divididas em seis domínios: 1. Escopo e finalidade, 2. Envolvimento das partes interessadas, 3. Rigor do desenvolvimento, 4. Clareza da apresentação, 5. Aplicabilidade; 6. Independência editorial. As respostas podem variar de nota 1 a 7, significando 1-Discordo totalmente, 2-6 não atendem aos pré-requisitos necessários em sua completude e qualidade e o 7- concordo totalmente

4.2.3.3 Fase – Organização e análise de dados

Após avaliação dos formulários preenchidos pelos especialistas, os dados foram compilados e analisados. A análise dos dados foi realizada por meio do cálculo de adequabilidade do protocolo a partir do método AGREE II. Para calcular a pontuação de cada domínio devem ser calculadas por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio e escalonado o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio (AGREE, 2009) conforme descrito no Quadro 5.

Cada item do domínio pode variar entre 12 e 84 pontos. Apesar disso, não foi determinado um ponto de corte que fosse considerado válido pelo próprio método. Porém, a autora adotou um percentual de 75% de aceitabilidade em cada avaliação realizada para considerar o protocolo aceitável.

**Quadro 5 – Cálculo da pontuação do AGREE II. Fortaleza-CE, 2019**

| |
|---|
| $$\frac{\textbf{PONTUAÇÃO OBTIDA – PONTUAÇÃO MÍNIMA}}{\textbf{PONTUAÇÃO MÁXIMA – PONTUAÇÃO MÍNIMA}} = \textbf{ou} > \textbf{75\%}$$ |
| PONTUAÇÃO MÁXIMA= 7(CONCORDO TOTALMENTE) |
| PONTUAÇÃO MÍNIMA= 1(DISCORDO TOTALMENTE) |

Fonte: Elaborado pela autora.

# 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

## 5.1 DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO

O Protocolo Clínico para assistência ao parto na água foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, atendendo a uma pergunta norteadora: quais os benefícios/vantagens do parto na água para gestantes de baixo risco?

Através da revisão, foi possível identificar informações que permeavam o parto na água, assim foram divididos em 4 capítulos, O primeiro traz os benefícios do parto na água: alívio da dor, diminuição da duração do trabalho de parto, diminuição de hemorragias pós-parto e redução de episiotomias e lacerações perineais.

**Figura 3 – Capítulo 1 do protocolo para parto na água- benefícios do parto na água**

Fonte: Elaborado pela autora.

O Segundo capítulo contempla as contraindicações para o parto na água, falando especificamente das gestantes com analgesia peridural, presença de mecônio, diabetes gestacional, apresentação pélvica, gemelaridade, prematuridade, síndromes hipertensivas e pródromos de trabalho de parto.

**Figura 4 – Capítulo 2 do protocolo para parto na água- contraindicações para o parto na água**

Fonte: Elaborado pela autora.

O terceiro capítulo contempla a parte dos equipamentos necessários para o parto na água, trazendo especificidades da banheira e da piscina, além de expor um cheque-list básico do material necessário para o parto na água.

**Figura 5 – Capítulo 3 do protocolo para parto na água- Equipamentos para o parto na água**

Fonte: Elaborado pela autora.

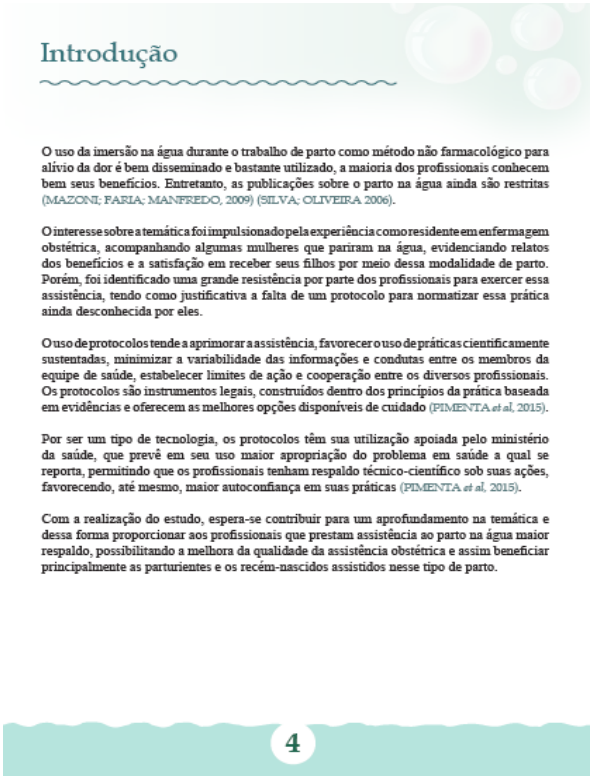
No capítulo 4 exploramos um roteiro para admissão da paciente na banheira, é exposto algumas recomendações gerais e em seguida três fluxogramas, o primeiro seria da admissão da paciente na banheira, o Segundo seria para o parto na água, e o terceiro relacionado com o pós-parto na água.

**Figura 6 – Capítulo 4 do protocolo para parto na água- Roteiro para admissão da paciente na banheira**

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao término da descrição dos capítulos, foi iniciado a parte introdutória. Baseada na revisão de literatura, comtemplando objetivo, justificativa e relevância do protocolo.

**Figura 7 – Introdução do protocolo para parto na água**



## Introdução

O uso da imersão na água durante o trabalho de parto como método não farmacológico para alívio da dor é bem disseminado e bastante utilizado, a maioria dos profissionais conhecem bem seus benefícios. Entretanto, as publicações sobre o parto na água ainda são restritas (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009) (SILVA; OLIVEIRA 2006).

O interesse sobre a temática foi impulsionado pela experiência como residente em enfermagem obstétrica, acompanhando algumas mulheres que pariram na água, evidenciando relatos dos benefícios e a satisfação em receber seus filhos por meio dessa modalidade de parto. Porém, foi identificado uma grande resistência por parte dos profissionais para exercer essa assistência, tendo como justificativa a falta de um protocolo para normatizar essa prática ainda desconhecida por eles.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA *et al*, 2015).

Por ser um tipo de tecnologia, os protocolos têm sua utilização apoiada pelo ministério da saúde, que prevê em seu uso maior apropriação do problema em saúde a qual se reporta, permitindo que os profissionais tenham respaldo técnico-científico sob suas ações, favorecendo, até mesmo, maior autoconfiança em suas práticas (PIMENTA *et al*, 2015).

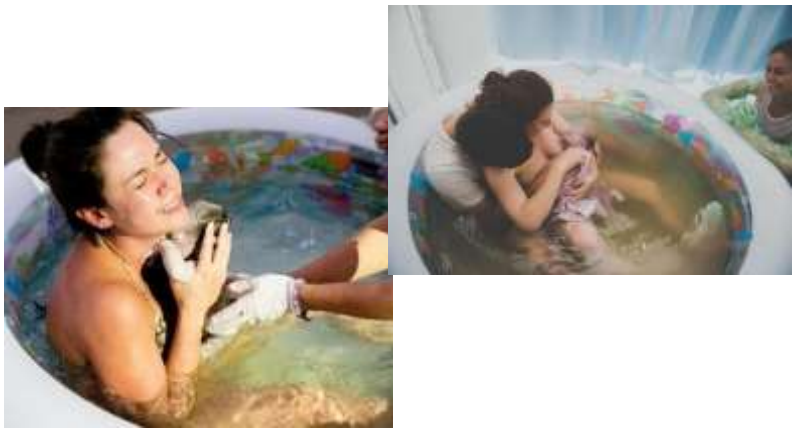
Com a realização do estudo, espera-se contribuir para um aprofundamento na temática e dessa forma proporcionar aos profissionais que prestam assistência ao parto na água maior respaldo, possibilitando a melhora da qualidade da assistência obstétrica e assim beneficiar principalmente as parturientes e os recém-nascidos assistidos nesse tipo de parto.

4

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a finalização da parte textual foi contatado uma designer para realizar a parte de ilustração e diagramação do protocolo. A capa foi inspirada em fotografias de parto na água, como essas:

**Figura 8 – Exemplos de imagens selecionadas na internet**



Fonte: Captadas do banco de imagens do site Google (internet).

**Figura 9 - Capa do protocolo para parto na água**

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.2 PERFIL PROFISSIONAL ESPECIALISTAS/EXPERTS

O protocolo foi avaliado por 4 juízes, profissionais da área da saúde que possuíam vivência com parto humanizado e parto na água. Foram denominados de J1, J2, J3 e J4. Sendo dois enfermeiros obstetras, um médico obstetra e um médico neonatologista. Em relação a procedência, dois foram de Fortaleza e dois de Belo Horizonte.

Foi realizado a inclusão de 3 tipos de profissionais da área da saúde, para termos um olhar multidisciplinar acerca do parto na água. A convergência de experiências diferentes é fundamental para enriquecer e dar embasamento para a análise do protocolo.

**Quadro 6 – Perfil dos juízes do protocolo para parto na água. Fortaleza, 2019.**

| Juiz | Profissional | Idade | Sexo | Tempo de formação | Publicação na área | Procedência | Titulação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J1 | Enfermeiro Obstetrico | 36 | Fem | 11 anos | Sim | Fortaleza | Mestre |
| J2 | Enfermeiro Obstetrico | 38 | Fem | 3 anos | Sim | Belo Horizonte | Doutora |
| J3 | Obstetra | 31 | Fem | 5 anos | Sim | Belo Horizonte | Mestre |
| J4 | Neonatologista | 32 | Masc | 4 anos | Não | Fortaleza | Especialista |

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.3 AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO PELOS ESPECIALISTAS/EXPERTS

O protocolo foi avaliado através do método AGREE II, sendo dividido em seis domínios, dessa forma analisaremos individualmente cada domínio de acordo com a avaliação dos juízes.

### 5.3.1 Domínio 1- Escopo e finalidade

**Tabela 1 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 1**

| DOMÍNIO 1- Escopo e finalidade | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **1. O(s) objectivo(s) geral(is) da(s) recomendação(ões) encontra(m)-se especificamente descrito(s).** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **3. A população (doentes, público,etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **TOTAL** | **28** | **28** | **28** | **28** | **84** |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio I diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo, explorados através dos itens 1-3. O primeiro item trata do impacto potencial da diretriz em saúde da sociedade e populações de pacientes ou indivíduos. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz e os benefícios de saúde esperados a partir da diretriz devem ser específicos para o problema clínico ou tópico de saúde (AGREE, 2009).

O segundo item aborda as principais questões de saúde abordadas pela diretriz por meio de recomendações-chave. O terceiro item compreende a uma descrição clara da população (por exemplo, pacientes, público, etc.) coberta pela diretriz que devem ser fornecidas. A faixa etária, sexo, descrição clínica e comorbidade poderão ser fornecidas. Nesses três itens, os quatro avaliadores deram nota 7 e não sugeriram nenhuma alteração.

Observa-se através da tabela 1, que o domínio foi avaliado com nota máxima por todos os juízes, atingindo um percentual de 100%:

**Pontuação máxima do Domínio 1= 84**

**Pontuação mínima do Domínio 1= 12**

**Pontuação obtida no Domínio 1= 84**

$$\frac{\text{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{84-12}{84-12} \times 100 = 100\%$$

### 5.3.2 Domínio 2- Envolvimento das partes interessadas

**Tabela 2 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 2**

| DOMÍNIO 2- Envolvimento das partes interessadas | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.** | **7** | **5** | **6** | **7** | **25** |
| **5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (doentes, público, etc).** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **6. Os utilizadores-alvo da diretriz estão claramente definidos** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **TOTAL** | **21** | **19** | **20** | **21** | **81** |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio 2 focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendido, explorados através dos itens 4-6. O item 4 se refere aos profissionais que se envolvem em algum estágio do processo de desenvolvimento. Pode incluir membros do grupo coordenador, os pesquisadores envolvidos na seleção e revisão/classificação das evidências e dos indivíduos envolvidos na formulação das recomendações finais. O item 5 relaciona-se com as informações sobre as experiências da população-alvo e as expectativas sobre os cuidados de saúde devem fundamentar o desenvolvimento das diretrizes. Existem vários métodos para garantir que essas perspectivas forneçam subsídios para os diferentes estágios do desenvolvimento de diretrizes pelas partes interessadas; os juízes J2 e J3 deram nota 5 e 6 respectivamente e o juiz J2 reitera com uma sugestão de especificar o papel de cada profissional nas atribuições da diretriz.

O item 6 deve contemplar se os usuários-alvo estavam expressos na diretriz, de modo que o leitor possa determinar imediatamente se a diretriz é relevante para eles. (AGREE, 2009).Observa-se através da tabela 2 que o domínio foi avaliado majoritariamente com nota 7, atingindo um percentual de 95,83%, superior ao que foi determinado pela autora (75%), de acordo com o cálculo abaixo:

**Pontuação máxima do Domínio 2= 84**

**Pontuação minima do Domínio 2= 12**

**Pontuação obtida no Domínio 2= 81**

$$\frac{\text{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{81-12}{84-12} \times 100 = 95{,}83\%$$

### 5.3.3 Domínio 3 - Rigor do desenvolvimento

**Tabela 3 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 3**

| DOMÍNIO 3- Rigor do desenvolvimento | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Foram utilizados métodos sistematizados para a pesquisa de evidência. | 6 | 5 | 6 | 6 | 23 |
| 8. Os critérios para a seleção da evidência estão claramente descritos. | 5 | 4 | 5 | 5 | 19 |
| 9. Os pontos fortes e fracos do conjunto da evidência estão claramente descritos. | 5 | 4 | 5 | 5 | 19 |
| 10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos. | 5 | 1 | 1 | 4 | 11 |
| 11. Na formulação das recomendações foram considerados os benefícios, efeitos adversos e os riscos para a saúde | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| 12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a evidência que as suportam. | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| 13. Antes da sua publicação a diretriz foi revista externamente por peritos. | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| 14. Está disponível um procedimento para a atualização da diretriz. | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| TOTAL | 49 | 42 | 45 | 48 | 184 |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio 3 diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas, explorados através dos itens 7-14. O item 7 avalia se foram oferecidos detalhes da estratégia adotada para a busca de evidências, incluindo os termos de pesquisa utilizados, as fontes consultadas e períodos abrangidos pela revisão de literatura; o J2 atribui nota 5 e comenta que há embasamento teórico em todo o protocolo, porém, sente falta de uma revisão de literatura no início. O J3 e J4 atribuem nota 6, porém, não fazem nenhum comentário. O item 8 avalia os critérios para inclusão/exclusão de evidências identificadas pela busca devem ser fornecidos. Estes critérios devem estar explicitamente descritos e os motivos para inclusão ou exclusão das evidências devem ser claramente expressos. O J1, J3 e J4 dão nota 5 e o J2 atribui nota 4, porém, nenhum dos juízes justifica suas notas.

O item 9 (devem ser fornecidas declarações que ressaltem os pontos fortes e as limitações das evidências) deve incluir descrições explícitas – usando métodos/ferramentas informais ou formais – para avaliar e descrever o risco de viés em estudos individuais e/ou para desfechos específicos e/ou comentários do conjunto de evidências agregados a partir de todos os estudos; item recebe nota mediada dos juízes que também não justificam. O item 10 (Deve ser fornecida uma declaração explícita sobre os métodos usados para formular as recomendações e sobre como se chegou às decisões finais) foram avaliados pelos juízes J2 e J3 com nota 1 para o item, justificando esta nota pelo fato de “não foi encontrado a metodologia descrita no protocolo”.

O item 11 avalia a diretriz quanto aos benefícios, aos efeitos colaterais e riscos à saúde ao formular as recomendações. O item 12 avalia a relação entre as recomendações e a evidência em que se baseiam, devendo estarem inclusos na diretriz. O usuário da diretriz deve ser capaz de identificar os componentes do conjunto de evidências relevantes a cada recomendação. O item 13 avalia se a diretriz foi submetida à revisão externa antes de sua publicação. O item 14 avalia se as diretrizes precisam refletir as pesquisas recentes. Deve ser feita uma declaração clara sobre o procedimento de atualização da diretriz (AGREE, 2009).

Observa-se através da tabela 3 que o domínio foi avaliado em sua maior parte com nota 7, atingindo um percentual de 79,1%, superior ao que foi determinado pela autora (75%), de acordo com o cálculo abaixo:

**Pontuação máxima do Domínio 3= 84**

**Pontuação minima do Domínio 3= 12**

**Pontuação obtida no Domínio 3= 84**

$$\frac{\textbf{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\textbf{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{\textbf{184 - 32}}{\textbf{224 -32}} \textbf{ x 100 = 79,1\%}$$

### 5.3.4 Domínio 4- Clareza da apresentação

**Tabela 4 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 4**

| DOMÍNIO 4- Clareza da apresentação | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidades | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| 16. As diferentes opções de abordagem do problema de saúde estão claramente apresentadas | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| 17. As principais recomendações são facilmente identificáveis. | 7 | 7 | 7 | 7 | 28 |
| TOTAL | 21 | 21 | 21 | 21 | 84 |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio 4 diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz explorados através dos itens 15-17. O item 15 avalia se as recomendações devem prover descrição concreta e precisa de que opção é apropriada, em qual situação e em que grupo populacional, conforme informado pelo conjunto de evidências. O item 16 avalia a diretriz que foca a abordagem de uma doença deve considerar as diferentes opções possíveis para o rastreamento, prevenção, diagnóstico ou tratamento da condição clínica. O item 17 avalia se os usuários devem ser capazes de encontrar facilmente as recomendações mais relevantes (AGREE, 2009). Observa-se através da tabela 4 que o domínio foi avaliado com nota máxima por todos os juízes, atingindo um percentual de 100%:

**Pontuação máxima do Domínio 4= 84**

**Pontuação minima do Domínio 4= 12**

**Pontuação obtida no Domínio 4= 84**

$$\frac{\textbf{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\textbf{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{\textbf{84-12}}{\textbf{84-12}} \textbf{ x 100 = 100\%}$$

### 5.3.5 Domínio 5 - Aplicabilidade

**Tabela 5 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 5**

| DOMÍNIO 5- Aplicabilidade | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **18. A diretriz descreve os facilitadores e as barreiras à sua aplicação.** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **19. A diretriz fornece aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da implementação das recomendações.** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **21. A diretriz apresenta os critérios para a sua monitorização e/ou auditoria.** | **5** | **6** | **7** | **7** | **25** |
| **TOTAL** | **26** | **27** | **28** | **28** | **109** |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio 5 diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz, explorados através dos itens 18-21. O item 18 avalia se há facilitadores e barreiras que tenham impacto na aplicação das recomendações da diretriz. O item 19 avalia se a diretriz é efetiva, se necessita ser disseminada e implementada com materiais adicionais. O item 20 avalia se é possível que recursos extras sejam necessários para que as recomendações sejam aplicadas. O item 21 avalia se a mensuração da aplicação das recomendações da diretriz pode facilitar a continuidade do uso desta (AGREE, 2009). O J1 e J2 dão notas 5 e 6 respectivamente no item 21, porém sem justificativa.

Observa-se através da tabela 5, que o domínio foi em sua maioria com nota 7, atingindo um percentual de 96,87%, superior ao que foi determinado pela autora (75%), de acordo com o cálculo abaixo:

**Pontuação máxima do Domínio 5= 112**

**Pontuação mínima do Domínio 5= 16**

**Pontuação obtida no Domínio 5= 109**

$$\frac{\text{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{109 - 16}{112 - 16} \times 100 = 96{,}87\%$$

### 5.3.6 Domínio 6- Independência editorial

**Tabela 6 –Pontuação da avaliação do protocolo para parto na água segundo o domínio 6**

| DOMÍNIO 6- Independência editorial | J1 | J2 | J3 | J4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **22. As perspectivas do órgão financiador não exerceram influência sobre o conteúdo da NOC.** | **7** | **7** | **7** | **7** | **28** |
| **23.Foram registados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que elaborou a NOC.** | **5** | **4** | **7** | **7** | **23** |
| **TOTAL** | **12** | **11** | **14** | **14** | **51** |

Fonte: Elaborado pela autora.

O Domínio 6 diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes, explorados através dos itens 22 e 23. Os itens 22 e 23 avaliam os conflitos de interesse. Muitas diretrizes são desenvolvidas com financiamento externo (ex.: governo, associações profissionais, organizações filantrópicas, indústria farmacêutica). O apoio pode vir na forma de contribuição financeira para todo o processo de desenvolvimento ou partes do mesmo (por exemplo, a impressão das diretrizes). Deve haver uma declaração explícita de que os pontos de vista ou interesses do órgão financiador não influenciaram as recomendações finais (AGREE, 2009) Os juízes J1 e J2, deram nota 5 e 4 respectivamente, sendo que J2 reitera com um comentário: "não há de forma clara e explícita o não conflito de interesse por parte dos autores"

Observa-se através da tabela 6 que o domínio foi avaliado com nota 7 na sua grande maioria, atingindo um percentual de 89,58%, superior ao que foi determinado pela autora (75%), de acordo com o cálculo abaixo:

**Pontuação máxima do Domínio 6= 84**

**Pontuação mínima do Domínio 6= 8**

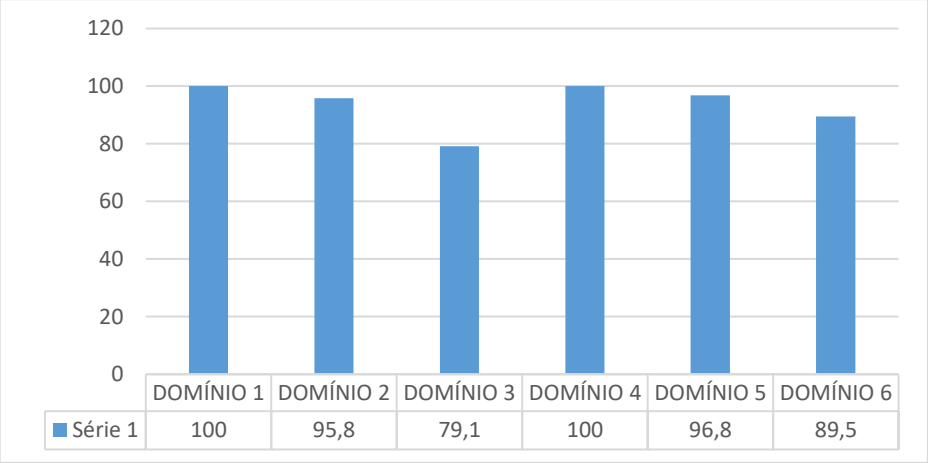
**Pontuação obtida no Domínio 6= 84**

$$\frac{\text{Pontuação obtida – Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima – Pontuação mínima}} = \frac{51 - 8}{56 - 8} \times 100 = 89{,}58\%$$

### 5.3.7 Análise da pontuação final por domínio

O gráfico abaixo faz a comparação da pontuação final por domínio da avaliação dos juízes.

**Figura 10 – Comparativo da pontuação final por domínio da avaliação dos juízes. Fortaleza, 2019**




Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que o domínio 1(escopo e finalidade) e o domínio 4(clareza da apresentação) são os que obtiveram uma melhor pontuação, já o que obteve menor pontuação foi o domínio 3 (rigor do desenvolvimento). Pode-se observar que todos os domínios superaram o valor mínimo proposto pela autora(75%).

O método AGREE II não estabelece um ponto de corte para a adequabilidade, dessa forma observa-se um estudo espanhol que estabeleceu parâmetros para a adequabilidade do método. A adequabilidade de 25% -50% é considerado baixa pontuação; 50% -75% considerada pontuação alta e acima de 75% pontuação muito alta. Assim, corroborando com esse este estudo, que considera uma pontuação mínima de 75% (ANGUITA *et al*., 2017).

Outro fator importante é em relação a quantidade de juízes. O método foi criado para ser avaliado por apenas 4 juízes, a justificativa é que quanto maior o número de juízes há uma maior probabilidade de divergências de opiniões, dessa forma o ideal é que esse parâmetro seja seguido. No nosso estudo não encontramos grandes divergências de opiniões, diferente do que é encontrado em um estudo realizado com 16 juízes, em que foi encontrado níveis muito baixos de adequabilidade. Domínio 1- 66,7%; Domínio 2- 35%; Domínio 3 36,5%; Domínio 4- 61,5%; Domínio 5- 27% e Domínio 6- 40%. (RADWAN, 2017).

## 5.4 AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROTOCOLO CLÍNICO

A avaliação global requer que o usuário do AGREE II faça um julgamento sobre a qualidade da diretriz, levando em conta os itens de avaliação considerados no processo. Ocorre após a avaliação dos 23 itens e é proposta pela escala *Likert* variando entre 1 e 7, a nota 1 significando pior qualidade e a nota 7 a melhor qualidade. Após essa avaliação, deve haver um parecer de recomendação da diretriz para ser utilizada na prática clínica (AGREE, 2009). Segue abaixo a tabela de recomendação de acordo com os 4 juízes:

**Quadro7 – Pontuação da avaliação global do protocolo clínico pelos especialistas,**

| **Juízes** | **Pontuação global** |
|---|---|
| J1 | 6 |
| J2 | 5 |
| J3 | 6 |
| J4 | 6 |

**Fortaleza, 2019.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao questionamento, você recomendaria essa diretriz, todos os juízes obtiveram respostas semelhante: “sim, com modificações”.

## 6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do protocolo clínico para assistência ao parto na água foi realizado através de um processo rigoroso de elaboração e de validação, por meio de avaliação de expertises na área obstétrica com experiência assistêncial e pesquisadores na área.

O protocolo traz a possibilidade de normatização da assistência do parto na água, foi avaliado através do método AGREE II e obteve pontuações condizentes com o desenvolvimento de uma diretriz de boa qualidade, passível de implementação nos serviços de saúde, dessa forma, o protocolo fica disponível para utilização tanto por instituições de saúde, como maternidades e casas de parto quanto por equipes que prestam assistência domiciliar.

As pontuações obtidas em cada domínio foram as seguintes: domínio 1- escopo e finalidade, correspondendo há 100%; domínio 2- Envolvimento das partes interessadas, correspondendo há 95,83%; domínio 3- Rigor do desenvolvimento, correspondendo há 79,1% ; domínio 4- Clareza da apresentação, correspondendo há 100%; domínio 5- Aplicabilidade, correspondendo há 96,87%; domínio 6- Independência editorial, correspondendo há 89,58%; Na avaliação global, três juízes deram nota 6 e um dos juízes deu nota 5.

Todos os quatro juízes quando perguntados se recomendariam o protocolo, foram unânimes em responder que recomendariam com algumas modificações. A partir de todas as contribuições realizadas visando a melhoria do protocolo, a autora se compromete com a melhoria do protocolo, principalmente relacionadas ao envolvimento das partes interessadas, rigor de desenvolvimento, aplicabilidade e independência editorial.

É possível verificar nesse estudo fatores limitantes que talvez tenham interferido nos resultados, como a falta de estudos acerca da temática, para compor e servir de base para a construção do protocolo. Recomenda-se o estudo contínuo e mais pesquisas publicadas acerca do parto na água.

Sugere-se que o protocolo seja atualizado periodicamente, com o intuito de preservar uma assistência ao parto na água com um alto nível de evidência científica com os melhores graus de recomendações.

# REFERÊNCIAS


APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH AND EVALUTION. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas.** [S.l.]: Consórcio AGREE, 2009.

ANGUITA, L. P.; MOYA, N. G.; HIDALGO, P. L. P.; Quality Guidelines about Alzheimer's Disease and others Dementias. **Revista Espanhola Salud Publica,** v.11, n. 90, p.1-7. 2017.

ALMEIDA, A. P. S. **Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto:** uma estratégia do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2012.

BALASKAS, J. **Parto ativo:** guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 2008.

BARBIERI, M.; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**., v. 26, n.5, p.478-84, 2013.

BENFIELD, R. D.; HORTOBÁGYI, T.; TANNER, C. J.; SWANSON, M.; HEITKEMPER, M. M.; NEWTON, E. R. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. **Biol Res Nurs.**, v.12, n.1, p.28–36, 2010.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 21, n.1, p. 81, 2009.

CHURCH, L. K. Waterbirth: one birthing center's observation. **Journal of Nurse-Midwifery**, Dallas, v. 34, n. 4, p. 165-70, jul./ago. 1989.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. **Immersion in water in labour and birth**. [S.l.]: The Cochrane Library, 2012.

_____. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 2, p. 111, 2014.

CORDIOLI, E. Imersão na água durante o trabalho de parto e o parto. **Diagn Tratamento**, v.19, n.1, p.50-1, 2014.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Org.). **Classification of nursing diagnosis:** precedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-7.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; STILLWELL, S.; WILLIAMSON, K. Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. **Am J Nurs.**, v. 110, n.7, p. 47-52, 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/07000/Evidence_Based_Practice_Step_by_Step__Critical.26.aspx>. Acesso em: 19 ago. 2017.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 774-82, 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Porto Alegre: GEP-GHC. 2003.

HENRIQUE, A. J.; GABRIELLONI, M. C.; CAVALCANTI, A. C.; MELO, O. S.; BARBIERI, M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enferm.**, v.29, n.6, p.686-92, 2016.

HULLEY, S. B.; CUMMING S. S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineamento a Pesquisa Clínica:** uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MACKEY, M. Use of Water in Labor and Birth. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 44, n. 4, p. 733 749, 2001..

MAZONI, S. R.; FARIA, D. G. S.; MANFREDO, V. A. Hydrotherapy during labor: a case report of safe practice. **Arq Ciênc Saúde**, v.16, n.1, p.40-4, 2009.

MENAKAYA, U.; ALBAYATI, S.; VELLA, E.; FENWICK, J.; ANGSTETRA, D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. **Women and Birth**, v.26, p.114–118, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.758-64, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MENDES, V. M. F. **Recurso à água morna no parto: prevenção de trauma perineal e incontinência urinária**. 2013. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2013.

MOLLAMAHMUTOĞLU, L.; MORALOĞLU, O.; ÖZYER, S.; SU, F.A.; KARAYALÇIN, R.; HANÇERLIOĞLU, N. et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. **J Turkish-German Gynecol Assoc.**, v.13, p.45-9, 2012.

ODENT, M. **Água e sexualidade**. São José: Saint Germain, 2004.

OHLSSON, G.; BUCHHAVE, P.; LEANDERSSON, U.; NORDSTRÖM, L.; RYDHSTRÖM, H.; SJÖLIN, I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.80, n.4, p.311-4, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura:** Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasilia: OMS, 1996.

PIMENTA, C. A. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/COREN-SP.** São Paulo: COREN-SP, 2015.

RADWAN, M.; SARI, A. A.; RASHIDIAN, A.; TAKIAN, A.; ABOU-DAGGA, S.; ELSOUS, A. Appraising the methodological quality of the clinical practice guideline for diabetes mellitus using the AGREE II instrument: a methodological evaluation. **JRSM Open**, v.8, n.2, p1-8. 2017

RICHMOND, H. Theories surrounding waterbirth. **The Practising**, v. 6, n. 2, 2003.

ROCHA, V. A. **A água como meio alternativo para o nascimento natural**. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2009.

SANTORO, G.; WIECSNEK, A.; BARTRAM, C. **Pelvic Floor Disorders-Imaging and Multidisciplinary Approach to Management**. Velag Italia: Springer, 2010.

SCHEIDT, T. R. **Prevalência de partos na água e resultados maternos e neonatais em uma maternidade do setor suplementar de saúde**. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, 2014.

SCHEIDT, T. R.; BRÜGGEMANN, O. M. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.2, p.e02180015, 2016.

SILVA F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1: 57-63, São Paulo, 2006.

SILVA, D. A. O.; RAMOS, M. G.; JORDÃO, V. R. V.; SILVA, R. A. R.; CARVALHO, J. B. L.; COSTA, M. M. N. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**, v.7, p.4161-70, 2013.

SILVA, F. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M. R. C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v.25, p.286-94, 2007.

_____. The effect of immersion baths on the length of childbirth labor. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n.1, p. 57-63, 2006.

SIMKIN, P.; O'HARA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **Am J Obstet Gynecol.**, v.186, n.5, p.131–59, 2002.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

STARK, M. A.; MILLER, M. G. Barriers to the Use of Hydrotherapy in Labor. **Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.38, p.667-675, 2009.

STARK, M. A.; RUDELL, B.; HAUS, G. Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. **Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.37, n.1, p.116-122, 2008.

TESCHENDORF, M. E.; EVANS, C. P. Hydrotherapy during labor. An example of developing a practice policy. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v.25, n.4, p.198-203, 2000.

TRICIA. **O Parto na Água no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://parir.blogspot.com.br/2006/10/o-parto-na-água-no-brasil.html. >Acesso em: 13 jun. 2017.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n.5, p. 546-53, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>. Acesso em: 18 ago. 2017.
of the Spanish Clinical

# APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta convite

A mestranda em Enfermagem, Amanda de Freitas Brilhante, vinculada ao Programa de pós-graduação em Cuidados Clínicos e Saúde da UECE, convida todos para participarem da pesquisa *Desenvolvimento do protocolo clínico para assistência ao parto na água* sob a orientação da professora Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

O estudo objetiva-se desenvolver um protocolo clínico direcionado à assistência ao parto na água.

As respostas individuais serão manuseadas apenas pela pesquisadora e seu orientador. O resultado será amplamente divulgado pela dissertação e periódicos científicos, porém a identidade dos participantes será preservada, com o sigilo das respostas garantido. Vale destacar que a pesquisa é acadêmica e não tem fins de avaliação da carreira.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA, que tem como objetivos apreender as representações sociais de gestantes e profissionais da saúde a respeito da violência obstétrica.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo um instrumento de utilização internacional que visa medir o rigor metodológico e a qualidade de diretrizes clínicas, denominado AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evalution). Os riscos se relacionam ao constrangimento em avaliar o instrumento de uma prática obstétrica. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e a senhora tem a liberdade para a qualquer momento deixar de participar da coleta, sem qualquer prejuízo ou danos.

Comprometemos- nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão utilizados em artigos científicos a serem publicados em revistas especializadas, apresentados em encontros científicos e congressos, sempre mantendo sigilo de sua identidade, ou seja, sem nome não será divulgado. Os resultados desta pesquisa contribuirão para melhor qualidade da assistência às gestantes. Sua participação não está condicionada a pagamento e a senhora não terá custos financeiros.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca desta pesquisa através dos contatos com a pesquisadora Amanda de Freitas Brilhante: (085) 996050411 ou em seu endereço residencial, na rua Juvenal de carvalho, nº 999, Fátima, Fortaleza-CE e com a orientadora Prof.ª Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 9 8130.2944.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará, funcionando de segunda a sexta-feira em horário comercial. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu,_____, tendo sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma voluntariamente.

_____, ____de _____ de 2018.

_____

Assinatura da participante ou responsável legal

_____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Capa do protocolo para parto na água

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM E SAÚDE

FORTALEZA

2019

# ANEXOS

ANEXO A – Appraisal of Guidelines for Research and Evalution

## DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

## DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

## DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

## DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

**11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.**

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

**12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.**

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

**13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.**

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

**14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.**

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

# DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

# DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

# DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

| 1<br>Discordo totalmente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Concordo totalmente |
|---|---|---|---|---|---|---|

Comentários

# AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ

**Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz**

**1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.**

| 1<br>Qualidade mais baixa possível | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7<br>Qualidade mais alta possível |
|---|---|---|---|---|---|---|

**2. Eu recomendo o uso desta diretriz**

Sim

Sim, com modificações

Não

Anotações

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA

**Pesquisador:** Amanda de Freitas Brilhante

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06199418.3.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.130.705

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico em saúde, será realizado em três etapas 1- submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa; 2- Construção do protocolo clínico; 3-validação do conteúdo. As etapas de desenvolvimento ocorreram em janeiro de 2019.Apos a construcao do protocolo dara inicio ao processo da validacao de conteudo, Sera realizada consultas a especialistas ou profissionais com experiencia em uma ou mais areas de interesse: obstetricia, parto na agua e parto humanizado, de acordo com a classificacao de Fehring. o participante assinara o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, e recebera por E-mail o instrumento a ser utilizado para avaliar o protocolo. A busca pelos especialistas sera realizada por meio da plataforma Lattes, onde e possivel ter acesso ao perfil de producao dos pesquisadores e as areas de conhecimento, garantindo a confiabilidade nas avaliacoes. Para avaliacao do conteudo sera aplicado um instrumento de utilizacao internacional que visa medir o rigor metodologico e a qualidade de diretrizes clinicas, denominado AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evalution).

**Objetivo da Pesquisa:**

Desenvolver um protocolo clínico direcionado à assistência ao parto na água.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os riscos são mínimos, tendo em vista que os riscos estão restrits ao cansaço e ao

constrangimento em avaliar o instrumento de uma prática obstétrica. A pesquisadora garante o anonimato dos participantes.

Benefícios: Com a realizacao do estudo, espera-se contribuir para um aprofundamento na tematica e dessa forma proporcionar aos profissionais que prestam assistencia ao parto na agua maior respaldo, possibilitando a melhora da qualidade da assistencia obstetrica e assim beneficiar principalmente as parturientes e os recem-nascidos assistidos nesse tipo de parto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, uma vez que tem como objetivo construir e validar uma tecnologia para o serviço.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A presente pesquisa é de cunho metodológico que terá como desfecho o desenvolvimento de um protocolo para a assistência ao parto na água. Essa tecnologia passará por validação com diversos especialistas selecionados via Plataforma Lattes e contactados por email. Desta forma, a pesquisa não necessita de termo de anuência.

A folha de rosto está devidamente assinada e o TCLE está de acordo com as recomendações da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Quando o estudo for concluído, apresentar o relatório da pesquisa na Plataforma Brasil

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204859.pdf | 01/02/2019 11:56:53 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetocomite.docx | 23/01/2019 18:57:55 | Amanda de Freitas Brilhante | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | termodeconsetimento.docx | 03/12/2018 16:07:06 | Amanda de Freitas Brilhante | Aceito |

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 3.130.705

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ausência | termodeconsetimento.docx | 03/12/2018 16:07:06 | Amanda de Freitas Brilhante | Aceito |
| Folha de Rosto | folharosto.pdf | 31/10/2018 21:02:31 | Amanda de Freitas Brilhante | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

FORTALEZA, 04 de Fevereiro de 2019

**Assinado por:**
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br