








ADAPTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O PARTO SEGURO DA OMS EM QUATRO MATERNIDADES BRASILEIRAS

ADAPTATION OF THE WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST IN FOUR BRAZILIAN MATERNITY HOSPITALS

ADAPTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA UN PARTO SEGURO DE LA OMS EN CUATRO MATERNIDADES BRASILEÑAS

Zenewton André da Silva Gama¹ , Ana Elza Oliveira de Mendonça¹ , Liana Carlan Padilha¹ , Marise Reis de Freitas¹ , Cláudia Maria Messias¹ , Paula Beatriz de Moraes Arcanjo Lima¹ , Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo¹ 

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde recomenda adaptar a Lista de Verificação para o Parto Seguro a contextos locais, mas há dificuldades para este processo. **Objetivo:** Adaptar e validar a Lista de Verificação para o Parto Seguro da Organização Mundial da Saúde, pré-adaptada ao Brasil, aos contextos institucionais de quatro maternidades. Ademais, buscou-se aplicar e descrever técnica mista de consenso entre especialistas para adaptação e validação, e atualizar a versão brasileira, a partir dos consensos alcançados. **Metodologia:** Estudo conduzido entre outubro de 2022 e maio de 2023. Utilizou-se técnica de consenso mista com participação de juízes (n = 90) que atuavam nos quatro momentos de aplicação da Lista (admissão, pré-parto, parto e alta) de quatro maternidades públicas. Analisou-se uma versão da Lista adaptada para o Brasil de 43 itens com um Índice de Validade de Conteúdo com ponto de corte de 90% e votações independentes e secretas. **Resultados:** Validaram-se itens de verificação novos como teste rápido de sífilis, exame de hepatites, atualização dos parâmetros de uso de antirretrovirais e *bundle* E-MOTIVE de prevenção de hemorragia pós-parto. O item sobre episiotomia foi excluído de todas as versões. **Conclusões:** O método adotado foi útil para validar adaptações da Lista de Verificação nos contextos locais e a nova versão da Lista Brasil pode ser o ponto de partida para futuras adaptações institucionais.

Palavras-Chave: Lista de checagem. Parto. Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança do paciente. Ciência da implementação.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization recommends adapting the Safe Childbirth Checklist to local contexts; however, challenges persist in implementing this process. **Objective:** This study aimed to adapt and validate the World Health Organization's Safe Childbirth Checklist, previously adapted for Brazil, to the institutional contexts of four maternity hospitals. Additionally, it sought to apply and describe a mixed consensus methodology for adaptation and validation, as well as to update the Brazilian version based on the consensus achieved. **Methodology:** The study was conducted between October 2022 and May 2023. A mixed expert consensus methodology combining qualitative and quantitative analysis was used, involving judges (n = 90) who participated in the four application phases of the Checklist (admission, pre-delivery, delivery, and discharge) in four public maternity hospitals. A Brazilian-adapted Checklist version consisting of 43 items was analyzed using a Content Validity Index with a cutoff threshold of 90%, and independent and confidential voting procedures. **Results:** New checklist items were validated, such as rapid syphilis testing, hepatitis screening, updated antiretroviral use parameters, and the E-MOTIVE bundle for postpartum hemorrhage prevention. The episiotomy item was excluded from all versions. **Conclusions:** The adopted method was effective in validating Safe Childbirth Checklist adaptations in local contexts, and the new Safe Childbirth Checklist Brazil version may serve as a starting point for future institutional adaptations.

Keywords: Checklist. Parturition. Quality of Health Care. Patient Safety. Implementation science.

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud recomienda adaptar la Lista de Verificación para el Parto Seguro (LVPS) a los contextos locales, aunque existen dificultades para dicho proceso. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue adaptar y validar la Lista de Verificación de Parto Seguro de la Organización Mundial de la Salud, previamente adaptada para Brasil, a los contextos institucionales de cuatro maternidades. Además, se buscó aplicar y describir una metodología mixta de consenso para la adaptación y validación, así como actualizar la versión brasileña en función del consenso alcanzado. **Metodología:** El estudio se realizó entre octubre de 2022 y mayo de 2023. Se empleó una técnica de consenso mixto con la participación de jueces (n = 90) que actuaban en los cuatro momentos de aplicación de la LVPS (admisión, parto, parto y alta) en cuatro maternidades públicas. Se analizó

Correspondência: Liana Carlan Padilha.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Departamento de Saúde Coletiva.
lianacp2804@gmail.com

Recebido: 23/10/2025

Aprovado: 07/03/2026

Publicado: 28/04/2026

Como citar: Gama et al.
Adaptação da lista de verificação para o parto seguro da OMS em quatro maternidades brasileiras. Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e41875. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n11D41875>

Editor Associado: Juliana Martins Pinto 

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto publicado sob uma Licença Creative Commons.



una versión de la LVPS adaptada para Brasil, compuesta por 43 ítems, con un Índice de Validez de Contenido con un punto de corte del 90% y votaciones independientes y secretas. **Resultados:** Se validaron nuevos ítems de verificación, tales como prueba rápida de sífilis, el examen para hepatitis, la actualización de los parámetros para el uso de antirretrovirales y el *bundle* E-MOTIVE para la prevención de hemorragia posparto. El ítem relacionado a la episiotomía fue excluido de todas las versiones. **Conclusiones:** El método adoptado fue útil para validar las adaptaciones de la LVPS en contextos locales, y la nueva versión de la LVPS Brasil puede ser un punto de partida para futuras adaptaciones institucionales.

Palabras clave: Lista de verificación. Parto. Calidad de la atención médica. Seguridad del paciente. Ciencia de la implementación.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e neonatal permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre 2010 e 2020, a razão da mortalidade materna (RMM) manteve-se em patamar elevado, com média nacional de 58,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos¹, sem sinais de redução expressiva no período. Esse valor permanece acima da meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que prevê a redução da RMM para 30 por 100.000 nascidos vivos até 2030. A maioria dessas mortes é considerada evitável e ocorre, predominantemente, em regiões mais vulneráveis do país, revelando profundas desigualdades sociais e regionais^{1,2}.

Em relação à mortalidade neonatal, entre 2000 e 2018, a maioria dos óbitos na fase neonatal precoce (até seis dias de vida) e na fase neonatal tardia (de 7 a 27 dias) também foi considerada evitável, com proporções de 76,9% e 73,2%, respectivamente. As taxas observadas foram de 6,17 por 1.000 nascidos vivos na fase precoce e 1,79 por 1 000 na tardia³. Para cumprir a meta dos ODS, o Brasil comprometeu-se a reduzir a mortalidade neonatal para, no máximo, 5 por 1.000 nascidos vivos até 2030. Para alcançar tal redução, reconhece-se qualificação da assistência hospitalar ao parto e ao recém-nascido como um dos principais fatores⁴.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS)⁵, composta por 29 práticas essenciais de cuidado materno e neonatal, distribuídas em quatro momentos-chave do processo de atenção: admissão, antes do parto vaginal ou cesariana, após o nascimento e antes da alta hospitalar. A LVPS é uma ferramenta de fácil utilização e baixo custo, baseada em evidências científicas, com foco na prevenção das principais causas de morte materna — como hemorragia, infecção e doenças hipertensivas — bem como de óbitos fetais intraparto e neonatais⁶.

A OMS recomenda que o instrumento seja adaptado à realidade de cada serviço de saúde⁶, considerando protocolos clínicos nacionais e institucionais, os recursos disponíveis e eventuais atualizações científicas. Além disso, a realização de um processo participativo de adaptação, com envolvimento direto dos profissionais de saúde, favorece o entendimento da relevância de cada item da lista e estimula o engajamento das equipes na sua adoção e uso cotidiano^{6,7}. Segue, ainda, o recomendado pela estrutura da Ciência da Implementação designada pela sigla EPIS (em inglês: *Exploration, Preparation, Implementation Sustainment*), na qual a adaptação da Lista se enquadra como etapa da preparação⁸.

No Brasil, a LVPS foi adaptada transculturalmente em 2016, resultando em uma versão ampliada com 43 itens de verificação considerados essenciais para o contexto nacional⁹. Estudos demonstram que a utilização da LVPS adaptada contribui para o aumento da adesão a práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências, além da redução de desfechos adversos evitáveis¹⁰. Dentre os esforços para a implementação da LVPS, em 2023, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro regulamentou o uso obrigatório da LVPS em maternidades¹¹, o que reforça sua relevância como ferramenta de apoio à qualidade da assistência.

Apesar dos avanços, ainda há escassez de estudos que descrevam metodologias sistemáticas e rigorosas de adaptação local da LVPS com participação ativa de profissionais de maternidades. Essa lacuna pode comprometer a efetividade da implementação do instrumento⁷, especialmente quando há divergência entre os itens propostos pela LVPS e os protocolos clínicos vigentes em nível institucional e nacional.

Diante desta necessidade de produção de conhecimento aplicado no campo da ciência da implementação, este estudo teve como objetivo adaptar e validar a Lista de Verificação para o Parto Seguro da OMS aos contextos institucionais de quatro maternidades brasileiras. Ademais,

pretendeu-se gerar uma versão atualizada da LVPS Brasil, a partir dos consensos alcançados durante os processos de adaptação local.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico de adaptação da LVPS em sua versão pré-adaptada ao contexto brasileiro, bem como para atualização desta versão, por meio da aplicação de técnica mista de consenso, ao contexto local de quatro unidades hospitalares com serviços obstétricos em quatro cidades brasileiras — três no estado do Rio Grande do Norte e uma no estado do Rio de Janeiro.

As maternidades do Rio Grande do Norte são de gestão estadual. Uma delas está localizada na capital (Hospital 3), sendo uma maternidade de alto risco com média de 300 partos/mês. As outras duas situam-se na Região Metropolitana: Hospital 1, com média de 133 partos/mês, e Hospital 2, com média de 266 partos/mês; ambas são maternidades de risco habitual. A maternidade do Rio de Janeiro (Hospital 4), de gestão municipal, também é de alto risco, com média de 400 partos/mês.

O estudo foi conduzido entre outubro de 2022 e maio de 2023, no âmbito de um projeto multicêntrico de implementação da LVPS em seis maternidades brasileiras, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital Universal 2021 (Processo: 409972/2021-5).

O processo metodológico de adaptação adotado incorpora a estratégia de implementação “promover adaptabilidade”, conforme definida na compilação ERIC (*Expert Recommendations for Implementation Change*)¹². Essa estratégia envolve identificar maneiras pelas quais uma inovação clínica pode ser ajustada para atender às necessidades locais, ao mesmo tempo em que se esclarece quais elementos devem ser mantidos para preservar a fidelidade.

Seguiu-se abordagem metodológica baseada na combinação dos métodos *Delphi* e grupo nominal. O processo foi realizado em três etapas: a primeira, com aplicação individual de questionário online aos juízes, sem discussão prévia nem limite de tempo para resposta, seguindo diretrizes do método Delphi; a segunda, com a realização de reunião presencial com os juízes para discussão dos itens que não atingiram consenso na primeira rodada (Índice de Validade de Conteúdo < 90%), conforme técnica do Grupo Nominal; e a terceira, com nova rodada de votação individual, agora com questionário físico, para validação final dos itens que não haviam atingido o ponto de corte. Todas as etapas foram mediadas por um comitê de especialistas da pesquisa, composto por professores doutores com experiência em qualidade da atenção à saúde.

Em cada hospital, um representante do projeto foi responsável por convidar profissionais de saúde para atuarem como juízes no processo de adaptação local. Os critérios de inclusão foram: integrar a equipe multiprofissional de atenção ao parto e nascimento (com atuação em pelos um dos momentos de admissão, pré-parto, parto e alta); ou atuar no Núcleo de Segurança do Paciente. A seleção buscou contemplar diferentes categorias profissionais e garantir a familiaridade dos participantes com os protocolos e rotinas institucionais.

O questionário utilizado na primeira etapa foi desenvolvido a partir dos 43 itens da LVPS adaptada ao contexto brasileiro por Carvalho et al. (2016)⁹. O instrumento continha informações sobre a qualificação dos juízes (profissão, setor de trabalho) e perguntas específicas para cada item da LVPS, com as opções: “Concordo em manter como está”, “Concordo em manter com alteração” ou “Discordo – Excluir”. Quando as duas últimas opções eram selecionadas, era obrigatória a justificativa.

Conforme orientações do Guia de Implementação da OMS⁶, os juízes foram previamente orientados a considerar três aspectos ao revisar os itens: 1) os novos itens deveriam estar estritamente relacionados à segurança materna e neonatal; 2) a LVPS não deveria ser confundida com instrumento de registro, mas usada como lembrete de práticas essenciais; e 3) itens essenciais para o parto seguro não deveriam ser excluídos, mesmo diante de dificuldades operacionais locais.

A validação de conteúdo foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado pela fórmula: (número de respostas “concordo em manter como está” x 100) / número

total de respostas. Considerou-se como consenso mínimo aceitável um IVC $\geq 90\%$ ¹³. As sugestões mais frequentes de modificação ou exclusão, bem como os itens com maior ou menor consenso, foram tabulados e organizados em tabelas e quadros.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, por meio do Parecer nº 5.621.794, emitido em 2 de setembro de 2022, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 61091022.6.1001.5292. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Caracterização dos juízes

A técnica mista de consenso contou com a participação de 90 profissionais de saúde, distribuídos conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 2.

A meta mínima de participantes por hospital ($n \geq 10$) foi superada em todas as unidades, variando de 17 juízes no Hospital 4 a 24 no Hospital 2. Do total de participantes, 71 (79%) eram do sexo feminino, e todos atuavam em pelo menos um dos quatro momentos definidos pela LVPS (admissão, pré-parto, parto e alta). Houve predomínio de profissionais da Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem), com menor presença de profissionais Fisioterapeutas.

Tabela 1. Profissionais participantes da adaptação da Lista de Verificação para o Parto Seguro, por hospital e categoria profissional. Brasil, 2023.

Profissão	Hospital 1 n (%)	Hospital 2 n (%)	Hospital 3 n (%)	Hospital 4 n (%)
Enfermeiro especialista em Centro Cirúrgico e CME ^a	0	1 (3%)	0	0
Enfermeiro(a) Generalista	4 (22%)	10 (29%)	5 (24%)	2 (12%)
Enfermeiro(a) Intensivista	0	1 (3%)	0	0
Enfermeiro(a) Neonatologista	1 (6%)	0	0	0
Enfermeiro(a) Obstetra	3 (17%)	7 (21%)	5 (24%)	3 (18%)
Fisioterapeuta	0	3 (9%)	0	0
Médico residente em pediatria	0	1 (3%)	0	0
Médico(a) Anestesiologista	0	0	0	2 (12%)
Médico(a) Generalista	0	0	0	1 (6%)
Médico(a) Obstetra	1 (6%)	4 (12%)	3 (14%)	9 (53%)
Médico(a) Pediatra	0	3 (9%)	2 (10%)	0
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	9 (50%)	4 (12%)	6 (29%)	NA
Total (n = 90)	18 (100%)	34 (100%)	21 (100%)	17 (100%)

Notas: ^aCME corresponde a Central de Material Esterilizado.
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. Participação dos profissionais, por momento da verificação da Lista de Verificação para o Parto Seguro, segundo hospital. Brasil, 2023^a.

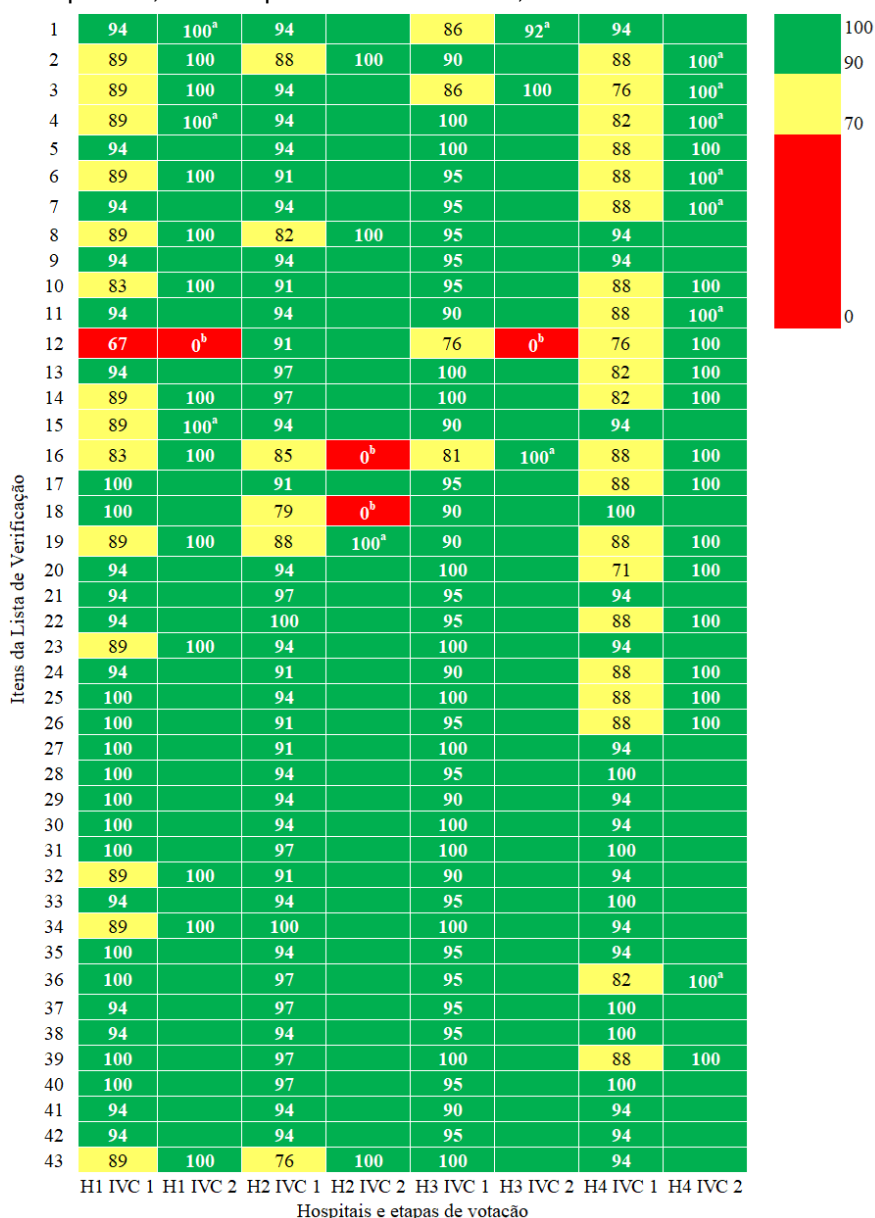
Momento de Verificação	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4
Momento 1: Na Admissão	14 (78%)	26 (76%)	12 (57%)	8 (47%)
Momento 2: No Parto	13 (72%)	23 (68%)	19 (98%)	12 (71%)
Momento 3: Logo após o nascimento	13 (72%)	14 (41%)	15 (71%)	5 (29%)
Momento 4: Na alta	6 (33%)	12 (35%)	1 (5%)	5 (29%)

Notas: ^a Os valores representam o número de profissionais por momento de verificação, com o respectivo percentual entre parênteses. Um mesmo profissional pôde indicar participação em mais de um momento de verificação. Fonte: dados da pesquisa.

Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Os IVCs foram calculados com base nas respostas obtidas nas etapas 1 e 3, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Índices de Validade de Conteúdo obtidos a partir das votações ocorridas nas etapas 1 e 3 do método aplicado, nos Hospitais 1 a 4. Natal/RN, 2023.



Fonte: dados da pesquisa.

Na etapa 1, a maioria dos itens da LVPS atingiu o IVC $\geq 90\%$ nas quatro maternidades, variando entre 51% dos itens (Hospital 4) e 91% dos itens (Hospital 3) que atingiram ponto de corte. O número de itens validados inicialmente foi: Hospital 1 (n = 28; 65%), Hospital 2 (n = 37; 86%), Hospital 3 (n = 39; 91%) e Hospital 4 (n = 22; 51%).

O item com menor consenso foi o número 12, que tratava da verificação da indicação de episiotomia. Obteve IVC de 67% no Hospital 1 e de 76% nos Hospitais 3 e 4, sendo aprovado apenas no Hospital 2 (IVC = 94%). Após discussão na etapa 2, o item foi excluído por consenso em todas as unidades.

No Hospital 2, o item 43, referente a vacinas e exames do recém-nascido, foi inicialmente questionado e obteve o menor consenso durante a etapa 1. Entretanto, na etapa 3, os juízes optaram por mantê-lo integralmente, considerando a possibilidade de uso da resposta “encaminhado” prevista na estrutura da LVPS.

Validação e inclusão de novos itens

Durante a etapa 3, todos os hospitais validaram os itens reavaliados com IVC $\geq 90\%$, porém o item relativo à episiotomia foi excluído por consenso após debates do grupo nominal, da etapa 2. Em alguns casos, houve acréscimo de novos itens relevantes.

No Hospital 1, todos os itens reavaliados foram validados (IVC = 100%) e um novo item foi adicionado, referente à verificação de doenças crônicas maternas. No Hospital 2, todos os itens reavaliados atingiram o IVC mínimo, com a inclusão de um item sobre conferência de pulseiras de identificação de risco para a mãe e recém-nascido. No Hospital 3, dois itens foram validados com IVC $\geq 90\%$, um item teve sua redação ajustada e um novo item foi inserido para checagem da disponibilidade de vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. No Hospital 4, doze itens foram validados com IVC = 100%, nove tiveram ajustes de redação consensuados, e foi incluído um item relacionado à confirmação da identificação da paciente com prontuário e pulseira.

Além das adaptações validadas em reunião, sugestões adicionais foram apresentadas espontaneamente pelos juízes por meio dos questionários da etapa 1. Os itens incluídos como resultado dessas contribuições estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Itens adicionados à Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS) durante o processo de adaptação local, por hospital. Brasil, 2023.

Hospital	Item adicionado	Posição na versão adaptada da LVPS
1	Verificar se parturiente tem alergias, ou doenças de base / comorbidades	Inserido como novo item 2 na LVPS do Hospital 1.
2	Verificar se a mãe porta etiqueta de identificação de risco	Inserido como item de revisão no item 1 na LVPS do Hospital 2.
3	Verificar antecipadamente se há vaga Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Inserido como item de revisão no item 19 na LVPS do Hospital 3.
4	Verificar a confirmação do nome da paciente com a pulseira de identificação, com o prontuário e o formulário	Inserido como novo item 1 na LVPS do Hospital 4.

Nota: As posições indicadas correspondem ao local onde cada item foi inserido na versão adaptada da LVPS por cada hospital participante. As inserções refletem sugestões dos profissionais de saúde durante o processo de adaptação local, com base em necessidades e práticas específicas de cada serviço.

Fonte: dados da pesquisa.

Itens mantidos com alterações

O Quadro 2 destaca os itens mantidos com alterações após o processo de consenso. As modificações foram avaliadas por um comitê de especialistas da pesquisa e incorporadas à nova versão da LVPS adaptada ao Brasil.

Essas alterações incluíram, entre outras, ajustes na redação de 13 itens (como os itens 8, 9, 10, 16, 17, 30, 31, 32, 35, 39, 41, 42), com o objetivo de reforçar o caráter de verificação e evitar interpretações de natureza exclusivamente documental. O produto desse processo, ou seja, a segunda versão da LVPS Brasil e as versões adaptadas das maternidades, pode ser acessado nos links disponibilizados no Apêndice A. A versão atualizada da LVPS Brasil é recomendada como referência para futuras adaptações institucionais no país.

Quadro 2. Itens mantidos com alterações após consenso dos juízes durante o processo de adaptação da Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS) por hospital. Brasil, 2023.

Hospital	Item da LVPS	Alteração realizada
1	1	Atualização da lista de exames no cartão do pré-natal: inclusão de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C; reorganização da estrutura do item com foco em resultados essenciais.
	5 e 13	Inclusão de novos sinais clínicos como febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$).
	15	Expansão dos critérios clínicos para uso de sulfato de magnésio
2	1	Inclusão da checagem da pulseira de identificação e pulseira de risco da parturiente.
	15	Inclusão de pulseiras de identificação mãe-bebê como item obrigatório no checklist de materiais.
	18	Ajuste nos tamanhos das sondas e cateteres recomendados para cateterismo umbilical (inclusão da sonda nº 4).
3	1	Inclusão de testes rápidos para HIV e sífilis entre os exames essenciais; revisão da organização do item.
	15	Adição das pulseiras mãe-bebê à lista de materiais obrigatórios para o parto.
4	3	Inclusão de campo para justificar a necessidade de encaminhamento da parturiente.
	4	Detalhamento dos parâmetros do partograma: dilatação, contrações, sinais vitais e uso de sulfato de magnésio.
	5	Inclusão de profilaxia GBS para IG < 37 semanas como critério adicional para uso de antibiótico.
	7	Inclusão da neuroproteção fetal (IG $\leq 31,6$) como indicação para sulfato de magnésio.
	8	Novo critério: administração de antirretrovirais em gestantes com carga viral desconhecida ou detectável 30 dias antes do parto.
	12	Atualização do critério de HIV: cesárea indicada quando carga viral é desconhecida ou detectável até 30 dias antes do parto.
16	Inclusão de itens adicionais de checagem: bisturi/tesoura, solução aquosa, pulseiras mãe-bebê.	

Nota: IG = Idade Gestacional; GBS = Group B Streptococcus (estreptococo do grupo B). Os números indicam os itens específicos da LVPS que foram modificados em cada hospital. As alterações incluem ajustes de conteúdo clínico, materiais, exames e critérios de uso de intervenções, conforme destacado em cada linha.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Este estudo contribui para a pesquisa aplicada na área de ciência da implementação ao propor um método participativo e ágil para adaptação local da LVPS da OMS, atendendo a conclusão de recente estudo apontou que os implementadores da LVPS podem se beneficiar de orientações adicionais sobre como modificá-lo e aplicá-lo adequadamente, à luz das condições locais¹⁴. A técnica mista de consenso demonstrou-se eficaz e viável para promover adaptações institucionais com base em evidências e alinhadas a protocolos clínicos nacionais. Os achados fortalecem a recomendação da OMS quanto à necessidade de contextualização da LVPS em

cada serviço de saúde e reforçam estudos prévios sobre os benefícios da adaptação local da ferramenta^{7,15}.

A abordagem metodológica adotada, fundamentada na ciência da melhoria, valoriza o desenvolvimento de soluções em nível local com o objetivo de promover mudanças baseadas na experiência prática e no aprendizado contínuo. O processo se alinha a diferentes teorias aplicadas à qualidade do cuidado, incluindo a teoria cognitiva, ao facilitar a tomada de decisão clínica; a teoria do trabalho em equipe, ao promover comunicação e coordenação entre profissionais; e a teoria da gestão da qualidade, ao enfatizar a melhoria dos processos e o foco nas necessidades dos usuários¹⁶.

A técnica mista de consenso, inspirada nos métodos *Delphi* e grupo nominal, mostrou-se coerente com práticas já utilizadas em iniciativas brasileiras, como na adaptação de diretrizes clínicas para o SUS¹⁷. O uso da versão de 43 itens da LVPS, previamente validada para o contexto brasileiro⁹, revelou-se adequado, com alta taxa de validação inicial em todos os hospitais. A escolha dessa versão, em vez da original da OMS com 29 itens, baseou-se na adequação ao contexto nacional, que difere de países com realidades sanitárias mais precárias, como Índia, na qual os estudos pilotos da LVPS foram desenvolvidos. Face a isso, a opção de utilizar para o processo de adaptação local uma lista previamente adaptada ao contexto do Brasil se mostrou fundamental.

Os resultados obtidos ilustram a efetividade da adaptação local. No Hospital 1, destacam-se a inclusão de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite C, e a verificação de doenças crônicas e alergias, alinhadas ao protocolo nacional de prevenção da transmissão vertical¹⁸. No Hospital 2, foi incorporada a verificação de pulseiras de identificação, condizente com metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)²⁰.

Já no Hospital 4, a lista foi ajustada para incorporar práticas específicas de segurança, como a confirmação do nome da paciente com a pulseira de identificação e o prontuário, justificativas clínicas para referenciar a parturiente para outro hospital e inclusão de medidas atualizadas como o uso de antibiótico profilático para estreptococo do grupo B, conforme recomendações do *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)^{21,22}. Face o respaldo da literatura científica, foi incluído, ainda, o uso de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal²³ e atualização de parâmetros de uso de antirretrovirais, conforme carga viral em gestantes¹⁸.

A exclusão consensual do item episiotomia é coerente com recomendações da OMS contrárias ao uso rotineiro desse procedimento²⁴. Outro exemplo de adaptação contextual foi a inclusão, no Hospital 3, da verificação de disponibilidade de leitos de UTI Neonatal, reforçando a importância de articulações institucionais para a segurança neonatal.

O momento “imediatamente após o parto” apresentou maior consenso entre os juízes, sem alterações nas listas locais. No entanto, foi incorporado em todas as versões o *bundle* E-MOTIVE, para a detecção precoce da hemorragia pós-parto, com base em evidência recente de alta qualidade²⁵.

Dois aprendizados se destacam neste processo de adaptação. Primeiro, é necessário cautela quanto à inclusão excessiva de novos itens, que pode comprometer a usabilidade da LVPS e sobrecarregar sua função principal de lembrete clínico. Segundo, é importante não confundir a LVPS com um instrumento de coleta de dados: sua finalidade é lembrar condutas essenciais, e não gerar registros administrativos. A sobrecarga de conteúdo pode comprometer sua efetividade prática.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o fato de que as versões da LVPS produzidas não podem ser automaticamente transferidas para outros serviços, sendo necessária a repetição do processo de adaptação local. Além disso, a análise não incluiu percepções dos profissionais quanto à experiência de adaptação ou aceitabilidade geral da lista. Houve também perda de participantes entre as etapas 1 e 3, por conta da rotatividade de profissionais e da realização presencial da terceira rodada. Ainda assim, todos os itens reavaliados atingiram o ponto de corte estabelecido de IVC $\geq 90\%$.

CONCLUSÕES

A aplicação do método misto de consenso permitiu atualizações importantes da LVPS em todos os hospitais participantes e resultou em cinco versões: quatro institucionais e uma versão atualizada nacional. O uso da LVPS adaptada, aliado à valorização do contexto local, é um caminho promissor para o fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade da atenção ao parto no Sistema Único de Saúde. A versão atualizada da LVPS Brasil incorpora avanços técnicos e adaptações relevantes, sendo recomendada como ponto de partida para futuras iniciativas de implementação da lista em maternidades brasileiras.

Embora as adaptações da LVPS tenham sido construídas a partir da realidade brasileira, os resultados deste estudo oferecem subsídios relevantes para serviços de saúde em outros países das Américas, pois apresenta um processo de adaptação participativo e de baixo custo. O método pode ser replicado em diferentes sistemas de saúde que enfrentam desafios semelhantes quanto à qualificação da assistência ao parto e à segurança materna e neonatal, respeitando-se o contexto institucional. Esse processo pode contribuir para a disseminação e implementação do uso da LVPS em diferentes cenários e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira IVG, Maranhão TA, Frota MMC da, Araujo TKA de, Torres S da RF, Rocha MIF, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(10):e05012023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023>;
2. Alves FJO, Ramos D, Paixão ES, Falcão IR, Ribeiro-Silva R de C, Fiaccone R, et al. Association of Conditional Cash Transfers With Maternal Mortality Using the 100 Million Brazilian Cohort. *JAMA Network Open*. 2023 Feb 23;6(2):e230070. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.0070>;
3. Prezotto KH, Bortolato-Major C, Moreira RC, Oliveira RR de, Melo EC, Silva FRT da, et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE02322. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02322>;
4. Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S192–207. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
5. World Health Organization. Patient safety. Safe Childbirth Checklist. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Dec 05]. Disponível em: <https://iris.who.int/rest/bitstreams/886314/retrieve>;
6. World Health Organization. Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Dec 05]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf?sequence=1
7. Molina, R.L., Benski, AC., Bobanski, L. et al. Adaptation and implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist around the world. *Implement Sci Commun*. 2021;2:76. doi: <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00176-z>;
8. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Jan;38(1):4-23. doi: <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>;
9. Carvalho ICB de M, Rosendo TMS de S, Freitas MR de, Silva EMM da, Medeiros WR, Moutinho NF, et al. Adaptation and validation of the World Health Organization's on Safe Childbirth Checklist for the Brazilian context. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018Apr;18(2):401–18. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>
10. Sousa K de M, Saturno-Hernández PJ, Rosendo TMS de S, Freitas MR de, Molina RL, Medeiros WR, et al. Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: a before and after

- study. *BMJ Open*. 2022 Mar 1;12(3):e056908. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056908>
11. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Resolução nº 325, de 9 de dezembro de 2021 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2022 jan 13 [citado 2025 jul 4];9(Seção 1):77. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2021/325_2021.pdf
 12. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*. 2015;10:21. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
 13. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem. 9ª ed. Trad. Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. Porto Alegre: Artmed; 2019. 431 p.
 14. Swain D, Latha V. The WHO safe childbirth checklist program implementation challenges and successful strategies for improving maternal and newborn quality of care and birth outcomes: a comprehensive review article. *Int J Community Med Public Health*. 2025;12(5):2407–14. doi: <https://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20251409>
 15. Perry WRG, Nejad SB, Tuomisto K, Kara N, Roos N, Dilip TR, et al. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. *BMJ Global Health*. 2017 Aug 19;2(3):e000241. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000241>
 16. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Improvement Science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00105815. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105815>
 17. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2025 jul 4]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf
 18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 jul 4]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf Acesso em 19 de maio de 2025.
 19. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021 [citado 2024 Dec 05]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/11/9789240032705-eng.pdf>
 20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2013 abr 2 [citado 2025 jul 4];62(Seção 1):43–4. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
 21. The American College of Obstetricians and Gynecologists (US). Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns: ACOG Committee Opinion, number 797. *Obstet Gynecol*; 2020;135(2):e51–72. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003668>
 22. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2016 [citado 2025 mai 19]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECCOyES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf
 23. Coutinho T, Coutinho CM, Coutinho LM. Fetal neuroprotection: a contemporary use of magnesium sulfate. *Femina*. 2019 [citado 2025 mai 19];2019;47(2):114-21. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046500/femina-2019-472-114-121.pdf>
 24. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [citado 2024 Dec 05]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

25. Gallos I, Devall A, Martin J, Middleton L, Beeson L, Galadanci H, et al. Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. N Engl J Med. 2023;389(1):11–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2303966>

Contribuições dos autores: ZASG: Conceitualização. Curadoria de dados. Análise formal. Captação de financiamento. Investigação. Metodologia. Administração do projeto. Recursos. Supervisão. Validação. Visualização. Redação – revisão e edição. AEOM: Conceitualização. Curadoria de dados. Análise formal. Investigação. Metodologia. Administração do projeto. Supervisão. Validação. Visualização. Redação – rascunho original. LCP: Curadoria de dados. Análise formal. Investigação. Metodologia. Validação. Visualização. Redação – rascunho original. MRF: Conceitualização. Análise formal. Captação de financiamento. Investigação. Metodologia. Administração do projeto. Recursos. Supervisão. Redação – revisão e edição. CMM: Conceitualização. Curadoria de dados. Investigação. Administração do projeto. Recursos. Supervisão. Validação. Redação – rascunho original. PBMAL: Investigação. Metodologia. Validação. Visualização. Redação – revisão e edição. TMSSR: Conceitualização. Curadoria de dados. Análise formal. Captação de financiamento. Investigação. Metodologia. Administração do projeto. Recursos. Supervisão. Validação. Visualização. Redação – revisão e edição.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 409972/2021-5.

Disponibilidade de dados: Podem ser disponibilizados mediante solicitação aos autores.

Uso de IA generativa: Os autores declaram que não houve uso de IA generativa no manuscrito.