

**RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS**  
(Organizador)



## **MÉTODO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

**A realidade do parto normal em Macapá e  
Santana, Amapá: ensaios ao modelo JBI**

**RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS**  
(Organizador)

**MÉTODO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS  
OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**

A realidade do parto normal em Macapá  
e Santana, Amapá: ensaios ao modelo JBI

**Macapá**  
**UNIFAP**  
2022

Copyright © 2022, Autores

**Reitor:** Prof. Dr. Júlio César Sá de Oliveira  
**Vice-Reitora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone de Almeida Delphim Leal  
**Pró-Reitor de Administração:** Msc. Seloniel Barroso dos Reis  
**Pró-Reitor de Gestão de Pessoas:** Isan da Costa Oliveira Junior  
**Pró-Reitor de Planejamento:** Prof. Msc. Erick Frank Nogueira da Paixão  
**Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amanda Alves Fecury  
**Pró-Reitor de Ensino de Graduação:** Prof. Msc. Christiano Ricardo dos Santos  
**Pró-Reitor de Extensão e Ações Comunitárias:** Prof. Msc. Steve Wanderson Calheiros

**Diretor da Editora da Universidade Federal do Amapá**  
Madson Ralide Fonseca Gomes

**Editor-chefe da Editora da Universidade Federal do Amapá**  
Fernando Castro Amoras

#### Conselho Editorial

Madson Ralide Fonseca Gomes (Presidente), Alaán Ubaiaira Brito, Alisson Vieira Costa, Clay Palmeira da Silva, Eliane Leal Vazquez, Inara Mariela da Silva Cavalcante, Irlon Maciel Ferreira, Ivan Carlo Andrade de Oliveira, Jodival Maurício da Costa, Luciano Magnus de Araújo, Marcus Andre de Souza Cardoso da Silva, Raimundo Erundino Diniz, Regis Brito Nunes, Romualdo Rodrigues Palhano e Yony Walter Mila Gonzalez

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Editora da Universidade Federal do Amapá**  
**Elaborada por Maria do Carmo Lima Marques – CRB2-989**

Método de implementação de práticas obstétricas baseadas em evidências: a realidade do parto normal em Macapá e Santana: ensaios ao modelo JBI / Rafael Cleison Silva dos Santos (organizador). Macapá: UNIFAP, 2022.

84 p.

ISBN: 978-65-89517-42-9

1. Obstetria. 2. Parto – práticas obstétricas. 3. Obstetrias baseadas em evidências. I. Santos, Rafael Cleison Silva dos (org.). II. Título. III. Fundação Universidade Federal do Amapá.

618.2 M593m  
CDD 22.ed.

**Capa:** Leilson da Silva Lima (imagem) e Rafael Cleison Silva dos Santos (textos)

**Diagramação:** Fernando Castro Amoras



Editora da Universidade Federal do Amapá  
[www2.unifap.br/editora](http://www2.unifap.br/editora) | E-mail: [editora@unifap.br](mailto:editora@unifap.br)  
Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek, Km 2, s/n, Universidade,  
Campus Marco Zero do Equador, Macapá-AP, CEP: 68.903-419

Editora afiliada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias

É proibida a reprodução deste livro com fins comerciais sem permissão do Organizador.  
É permitida a reprodução parcial dos textos desta obra desde que seja citada a fonte.  
As opiniões, ideias e textos emitidos nesta obra são de inteira e exclusiva responsabilidade dos autores dos respectivos textos.

## APRESENTAÇÃO

O livro “Método de implementação de práticas obstétricas baseadas em evidências: a realidade do parto normal em Macapá e Santana, Amapá - ensaios ao modelo JBI”, tem como público alvo todos os profissionais que atuam no cuidado ao parto normal, além dos estudantes e professores de áreas afins.

Nossas experiências em pesquisa-ação, desde o estudo piloto realizado no Programa de Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e os estudos posteriores nas maternidades dos principais hospitais públicos de Macapá e Santana, Amapá, foram a gênese deste livro.

Nesses estudos, utilizamos intervenções educativas simples e multifacetadas com base em evidências científicas para avaliar as suas eficácias e propor a melhoria da qualidade do cuidado prestado à mulher em trabalho de parto, parto e pós parto.

Na primeira parte, discutimos os avanços e os desafios da assistência ao parto, no Brasil, até a criação das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.

Na segunda parte, apresentamos a ciência da tradução do conhecimento e as evidências sobre a melhor estratégia para a sua aplicação.

Na terceira parte, divulgamos o modelo JBI de saúde baseada em evidências e as nossas experiências nesse método de gestão em saúde como proposta de método em pesquisas.

Março, 2021 - **Os autores**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CIHR</b>	Canadian Institutes of Health Research
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
<b>CPN</b>	Centro de Parto Normal
<b>CSBE</b>	Cuidados de Saúde Baseados em Evidências
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DNAPN</b>	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal
<b>EEUSP</b>	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
<b>HMML</b>	Hospital da Mulher Mãe Luzia
<b>HES</b>	Hospital Estadual de Santana
<b>JBI</b>	Joanna Briggs Institute
<b>KT</b>	Knowledge Translation
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidências
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PNHPN</b>	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
<b>RM</b>	Ranking Médio
<b>RMT</b>	Ranking Médio Total
<b>SAME</b>	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
<b>SESA</b>	Secretaria de Estado da Saúde do Amapá
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UNIFAP</b>	Universidade Federal do Amapá

# SUMÁRIO

## PRIMEIRA PARTE

<b>1 A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS .....</b>	<b>07</b>
Rafael Cleison Silva dos Santos	
<b>1.1 Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal no Brasil .....</b>	<b>08</b>

## SEGUNDA PARTE

<b>2 A CIÊNCIA DA TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO .....</b>	<b>13</b>
Rafael Cleison Silva dos Santos, Clodoaldo Tentes Côrtes	
<b>2.1 Qual a melhor estratégia para a tradução do conhecimento? .....</b>	<b>16</b>

## TERCEIRA PARTE

<b>3 O MODELO JBI DE SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>
Rafael Cleison Silva dos Santos, Clodoaldo Tentes Côrtes, Leilson da Silva Lima	
<b>3.1 Método de implementação: estudo piloto .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Implementação de evidências científicas no cuidado perineal no parto normal .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3 Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4 Implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal .....</b>	<b>71</b>



# 1

## A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

**Rafael Cleison Silva dos Santos**

No Brasil, nos últimos anos, esforços consideráveis têm sido empreendidos por organizações governamentais e não governamentais, na tentativa de provocar mudanças significativas na atenção ao parto e nascimento, que buscam implantar um novo modelo de atenção, com melhorias na qualidade da assistência prestada, e diminuição da morbimortalidade para o binômio mãe e filho<sup>(1)</sup>.

Essa urgente necessidade se dá porque, no Brasil, a quase totalidade dos partos é realizada em hospitais (98,4%) e assistidos, predominantemente, por médicos obstetras (88,7%), com assistência marcada pelo uso excessivo de tecnologias duras e medicalização, que supostamente melhoram os indicadores maternos e perinatais<sup>(2)</sup>. Entretanto, as mulheres tem sido expostas à altas taxas de intervenções obstétricas (condutas desnecessárias e potencialmente iatrogênicas como o uso de cateter venoso, ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto, amniotomia, manobra de Kristeller, episiotomia, cesariana, dentre outras). Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres de risco obstétrico habitual em todo o país<sup>(3)</sup>.

Esse modelo de assistência ao parto, no Brasil, caracterizado pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções em todos os períodos clínicos do parto, foi ratificado, através do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil”, que avaliou em quase 24 mil puérperas, o uso das práticas obstétricas (cuidados que promovem experiências de parto positivas, seguras e recomendadas pelas diretrizes nacionais) e de intervenções obstétricas desnecessárias na assistência ao trabalho de parto e parto de



mulheres de risco obstétrico habitual. O estudo apontou que mais de 70% das mulheres sofreram punções venosas, cerca de 40% receberam ocitocina e amniotomia de rotina para aceleração do parto, a posição litotômica foi utilizada em quase 92% dos casos, a manobra de Kristeller em 37% e a episiotomia em 56%. Além disso, quase 52% sofreu cesariana como cuidado rotineiro em gestação de risco habitual<sup>(4)</sup>.

Por isso, mudanças na assistência ao parto vem sendo propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996, com recomendações sobre os cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, incluindo a necessidade de resgate do parto como um processo fisiológico, o estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, o acesso às tecnologias não farmacológicas e não invasivas de atenção ao parto e a utilização de práticas de saúde baseadas em evidências científicas<sup>(5)</sup>.

A partir dessas recomendações, o Ministério da Saúde (MS), instituiu, em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atual política na área de saúde materna e perinatal, a “Rede Cegonha”, uma estratégia inovadora organizada a partir de quatro componentes, sendo um deles, o ‘Parto e Nascimento’, que incorpora práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos das recomendações da OMS<sup>(5,6)</sup>.

Alguns avanços ocorreram, após a implementação da Rede Cegonha, mas a morbimortalidade não reduziu conforme o esperado e ainda é um desafio<sup>(1)</sup>. Em 2017, outro esforço do MS e de outras instituições, sociedades e associações de profissionais enfermeiros e médicos, foi a publicação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (DNAPN/MS), uma estratégia que sintetiza e avalia a informação científica disponível referente à prática assistencial ao parto e ao nascimento<sup>(3)</sup>.

## **1.1 Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no Brasil**

Inicialmente, é importante esclarecer que as diretrizes clínicas são documentos sancionados por conselhos nacionais, organizações especializadas ou partes interessadas do governo para auxiliar os profissionais na tomada de decisões em vários aspectos da assistência em saúde. Elas são desenvolvidas por meio de uma relevante revisão sistemá-

tica da literatura e uma avaliação (realizada por pares) dos benefícios e malefícios de cada evidência, a fim de fornecer total transparência nas recomendações<sup>(7,8)</sup>.

Além disso, para ser uma fonte ideal de recomendações para a prática, as diretrizes clínicas precisam ser confiáveis, ou seja, seguir uma metodologia rigorosa e levar em consideração as preferências do paciente, a *expertise* dos profissionais e os recursos disponíveis em cada contexto. Na situação ideal, as diretrizes clínicas devem incluir não apenas revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções, mas também a viabilidade, a adequação e o significado das práticas de saúde<sup>(9)</sup>.

Assim, entendendo esse conceito, podemos afirmar que antes de 2016, o Brasil, não possuía uma diretriz clínica no componente parto e nascimento estabelecida pelo MS. Por isso, vamos construir um breve histórico iniciando pela década de 80, onde era evidente a falta de humanização no modelo de assistência ao parto, com elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, caracterizado pelo excesso de intervenções médicas e desrespeito dos direitos das gestantes<sup>(10)</sup>.

Nesse contexto, vale mencionar o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres à informações e os serviços integrados de atendimento, com cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo, com ênfase no atendimento ginecológico de qualidade e oferta informada dos métodos anticonceptivos e ações educativas<sup>(11)</sup>.

Outra política importante foi o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), criado no ano 2000, que reduziu as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, melhorou a assistência à gestante e puérpera, preconizou o mínimo de seis consultas e o puerpério, a vacina e a garantia de vaga para o parto<sup>(12)</sup>.

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que ampliou as ações de saúde da mulher, até então muito focadas no ciclo gravídico-puerperal, para incluir assistência às doenças ginecológicas, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério e à violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros<sup>(13)</sup>.

No entanto, a alta taxa de mortalidade materna e neonatal associada ao número de cesarianas passou a ser um grande desafio ao SUS, sugerindo violação dos direitos humanos e, no mesmo ano, 2004, foi publicado o Pacto Nacional do MS pela redução da mortalidade desse binômio. Contudo, em 2006, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo essa taxa maior no sistema de saúde suplementar, 81%. Em 2008, a taxa de cesarianas chegou a 84,5%, no Brasil, mesmo com as recomendações da OMS para diminuir o número de partos cirúrgicos<sup>(4)</sup>.

Em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. Seguindo essas determinações, o MS em 2015, solicitou à Coordenação-Geral de Saúde da Mulher e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de uma proposta de diretriz clínica de assistência ao parto normal para utilização no SUS e saúde suplementar no Brasil<sup>(3,10)</sup>.

A metodologia das DNAPN/MS baseou-se no levantamento e validação científica de práticas adotadas internacionalmente, adaptando-as à realidade local e construindo consensos entre outras instituições, sociedades e associações de profissionais médicos e de enfermagem e das mulheres, e passaram por uma consulta pública até fevereiro de 2016, antes da publicação do seu relatório de recomendação, no mesmo ano, no intuito de sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, de modo a qualificá-los e contribuir com a melhoria da assistência obstétrica no Brasil<sup>(14)</sup>.

Finalmente, em fevereiro de 2017, foi publicada a Portaria nº 353, que aprovou as DNAPN/MS com recomendações referentes ao local de assistência ao parto, aos cuidados gerais durante o trabalho de parto, ao alívio da dor no trabalho de parto, à assistência no primeiro período do parto, à assistência no segundo período do parto, à assistência no terceiro período do parto, aos cuidados maternos imediatamente após

o parto e à assistência ao recém-nascido<sup>(3)</sup>.

## Referências

1. Leal MC, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Public*, 2019; 35(7):e00223018.
2. Lopes GDC, et al. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019;27:e3139.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Ministério da Saúde: Brasília; 2017.
4. Leal MC, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*, 2014;30:Sup: S17-S47.
5. World Health Organization. WHO recommendations:intrapartuum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Romão RS, et al. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*, 2018;8:e2907.
7. Daliya P, *et al.* Guidelines for guidelines. In: *Enhanced Recovery After Surgery*. Springer: Cham; 2020.
8. Stein AT, Lang E, Migowski A. Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2018;21:e180021,.
9. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based*

Healthc, 2019;17(1):58-71.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Ministério da Saúde: Brasília; 2016.

11. Osis MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública, 1998;14:suppl.1.

12. Brasil. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2002; 2(1): 69-71.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

14. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Ministério da Saúde pública diretrizes para parto normal no Brasil. [Internet]. Brasília; 2017. [Acesso 21 fev 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-publica-diretrizes-para-parto-normal-no-brasil\\_49355.html](http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-publica-diretrizes-para-parto-normal-no-brasil_49355.html).

## 2

# A CIÊNCIA DA TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

Rafael Cleison Silva dos Santos  
Clodoaldo Tentes Côrtes

O conceito de ciência da “tradução ou translação do conhecimento”, surgiu na língua inglesa, sendo mais conhecido como “*Knowledge Translation*” (KT), não tem uma definição consensual na literatura da área de saúde e, tanto a tradução para o português como o seu significado não estão claramente estabelecidos na literatura brasileira<sup>(1)</sup>. No entanto, nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, um portal desenvolvido por meio de acordo entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, disponível em <https://bvsalud.org/>, o termo “Tradução do conhecimento” é descrito como sinônimo de “translação do conhecimento” ou “pesquisa translacional” e definido como a aplicação das descobertas geradas por pesquisa de laboratório e em estudos pré-clínicos para o desenvolvimento de pesquisa clínica e estudos em humanos<sup>(1,2)</sup>. Uma segunda área da pesquisa translacional envolve o aprimoramento da adoção de boas práticas<sup>(3)</sup>.

Outra importante definição foi proposta pelo *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR)<sup>(2)</sup> e adaptada por outros países e pela OMS, que define o *KT* como um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese de pesquisas, a difusão, o intercâmbio e a aplicação eticamente sólida desses achados para melhorar a saúde, prestar serviços mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde.

Recentemente, uma revisão da literatura<sup>(3)</sup> realizada com o objetivo de compreender e distinguir as diferentes terminologias encontradas nos estudos sobre o conceito da “tradução ou translação do conhecimento” na área da saúde, os autores observaram que na literatura in-

ternacional tem se utilizado dois conceitos: “pesquisa translacional” e “tradução ou translação do conhecimento” e, sugerem que esses termos não seriam exatamente sinônimos.

De acordo com os autores<sup>(3)</sup>, os estudos que abordam a “pesquisa translacional” estariam se referindo a algo concreto e pontual: uma atividade direcionada a pôr em prática uma descoberta ou constatação científica da ciência básica que pode ser utilizada nas pesquisas clínicas, um movimento que vai do laboratório ou da pesquisa em animais para os pacientes. Por outro lado, os estudos sobre “tradução ou translação do conhecimento” ou *KT*, são teóricos, abordam o fenômeno que rodeia as atividades de pesquisa e sua inter-relação com as necessidades da prática, e que nesse movimento o que importam mais é a informação e as evidências. Portanto, o *KT* não ocorre de forma espontânea; ele precisa ser implementado, e para sua efetivação, mais que uma ideologia, ele demanda atitudes e decisões políticas.

Por outro lado, tem sido descrito na literatura<sup>(4)</sup> dois tipos principais de investigação translacional: T1 - translação de pesquisa biomédica básica para o conhecimento e a ciência clínica; novos entendimentos sobre os mecanismos das doenças para desenvolver novos métodos diagnósticos, tratamentos e prevenção e seu primeiro teste em humanos; e T2 - translação da ciência e do conhecimento clínico para a melhoria da saúde. Em T1 ocorre ainda o processo de construção da ciência, enquanto em T2 há um conhecimento produzido e seu objetivo é melhorar a saúde.

No entanto, a translação do conhecimento além de uma necessidade ainda é um desafio, pois as pesquisas, normalmente, não costumam centrar-se na implementação de uma mudança na prática, embora muitas publicações tenham destacado a necessidade de recorrer a dados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde<sup>(5)</sup>.

Nessa compreensão, existem muitas barreiras para a divulgação e utilização dos resultados da investigação no contexto dos cuidados de saúde, dentre as quais, podem-se destacar as internacionalmente aceitas, tais como a falta de consciência, de ferramentas, de praticidade, de tempo, de motivação, de concordância das evidências ou do resultado das pesquisas, e a aparente falta de valor e de benefício para mudar a prática<sup>(6)</sup>.

No Brasil, a primeira barreira é a falta geral de consciência e de fami-

liaridade com a translação do conhecimento, que é um campo relativamente novo e possui muitos desafios na sua implementação, incluindo as dificuldades em identificar problemas de pesquisa relevantes, o pouco envolvimento dos principais interessados, a falta de parcerias entre pesquisadores e usuários do conhecimento em processos de investigação, os orçamentos baixos para a pesquisa e a pouca atenção à pesquisa translacional por políticas das agências de financiamento<sup>(7)</sup>.

Os mesmos autores reiteram que o pesquisador não pode fazer *KT* sozinho, e que será necessário desenvolver ou adaptar algum modelo de translação do conhecimento e enquadrá-lo para o contexto brasileiro. Sabe-se que há um grande número de modelos descritos na literatura que abordam a transferência do conhecimento, derivados de diferentes pontos de vista, mas, a maioria sugere que a transferência de conhecimento planejada é melhor, e que as prováveis barreiras e os facilitadores devem ser avaliados para, então, informar a escolha da estratégia de implementação.

No entanto, após a translação de conhecimento, um outro componente importante é a implementação dessas evidências na assistência ou nos serviços de saúde<sup>(8-10)</sup>, sendo a auditoria clínica, uma das estratégias de melhoria da qualidade que fornece dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho almejado. Assim, após a síntese e a transferência da evidência em saúde, avalia-se o impacto da sua utilização no sistema de saúde e no processo de cuidado<sup>(11)</sup>.

A implementação de evidências baseia-se na suposição de que os profissionais modificam sua prática ao receberem um *feedback*, mostrando que ela é inconsistente com o desejável<sup>(8-10)</sup>. Nessa compreensão, traduzir conhecimento ou evidências em cuidado à saúde é algo cada vez mais enfatizado, na maioria dos países, sendo um processo complexo, sem um modelo padrão, e exige mais que conhecimento e convicções, pois implica mudanças de comportamento no âmbito individual e institucional para a superação de barreiras e o preenchimento das lacunas<sup>(6)</sup>.

Nessa perspectiva, a tradução de conhecimento, por si só, geralmente, não é suficiente para melhorar o desempenho do profissional e dos serviços de saúde, mas, na maioria das vezes, é uma pré-condição de importância crucial para qualquer implementação de mudança da prática clínica<sup>(12)</sup>.



Por isso, sabe-se que é possível transferir evidências para profissionais de saúde, instalações e sistemas de saúde, por meio de periódicos e outras publicações, mídias eletrônicas, educação de apoio e métodos utilizados na tomada de decisão. Atualmente, há uma maior ênfase em utilizar intervenções educativas direcionadas ao profissional para implementar evidências nos serviços de saúde<sup>(13)</sup>.

## **2.1 Qual a melhor estratégia para a tradução do conhecimento?**

Sabemos que a educação inicial e continuada de profissionais tem sido os métodos mais utilizados para melhorar os serviços de saúde. A eficácia dessas intervenções educativas para a tradução do conhecimento em saúde tornou-se um importante campo de pesquisa científica por si só. Idealmente, essas intervenções devem ser baseadas em evidências, assim como a prática clínica. Por isso, diferentes estratégias educacionais têm sido “testadas” para implementar inovações ou melhores práticas, além da supressão daquelas não mais recomendadas<sup>(14)</sup>.

Assim, algumas iniciativas de tradução de conhecimento aliadas ao uso de intervenções educacionais nos sistemas de saúde têm sido descritas na literatura, tais como lembretes, materiais educativos impressos, palestras, reuniões, dentre outras, que são categorizadas de diferentes maneiras<sup>(4,15,16)</sup>.

Apesar dos diferentes tipos de intervenções educativas, a taxonomia proposta pela *Cochrane collaboration*<sup>(17)</sup> para intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento de profissionais de saúde tem sido amplamente recomendada.

Essa taxonomia classifica as intervenções em seis categorias, a saber: 1) materiais educativos: diretrizes clínicas e materiais audiovisuais e eletrônicos; 2) visitas de divulgação: contatos no cenário da prática com profissional treinado para fornecer suporte e *feedback* sobre a prática atual; 3) reuniões em pequena escala: participação em oficinas, treinamentos, grupos educacionais de consenso local ou de fora do ambiente prático; 4) reuniões em larga escala: participação em conferências, seminários, simpósios, palestras, etc.; 5) *e-learning*: atividades educacionais que utilizam tecnologias de informação, particularmente a *internet*; 6) líderes de opinião: atividades educacionais oferecidas por indivíduos

vistos como influentes em uma área clínica específica<sup>(17)</sup>.

No entanto, ainda é limitada a recomendação mais apropriada de uma intervenção isolada de tradução de conhecimento em detrimento de outra. Por isso, é essencial que essas estratégias continuem a ser avaliadas e documentadas na literatura para que possam ser ajustadas ou modificadas de acordo com as barreiras encontradas. Entretanto, é possível afirmar que as abordagens multifacetadas (duas ou mais intervenções) são mais eficazes em relação as abordagens simples (apenas uma intervenção) e o tipo de intervenção a ser escolhido deve basear-se na eficácia de estratégias anteriores<sup>(14)</sup>.

Nesta perspectiva, destaca-se a importância de utilizar intervenções educativas multifacetadas e baseadas nas melhores evidências científicas, isto é, de se traduzir conhecimento em ação de forma ampla e segura<sup>(1,4,16)</sup>. No entanto, no Brasil, ainda há muita incompreensão envolvida na tradução de conhecimento, na obtenção de evidências para informar a mudança na prática e na adaptação às barreiras específicas, limitando a educação, a disseminação ativa de evidências entre profissionais e sistemas de informação<sup>(5,18)</sup>.

Nesse ponto, é importante mencionar que independentemente de quais intervenções educativas serão utilizadas, existem cinco questões-chave<sup>(4)</sup> que orientam essas atividades de para a tradução de conhecimento: 1) O que deve ser transferido? 2) Para quem o conhecimento deve ser transferido? 3) Por quem o conhecimento deve ser transferido? 4) Como o conhecimento deve ser transferido? 5) Com qual efeito o conhecimento deve ser transferido?

A primeira questão, “O que deve ser transferido?”<sup>(4)</sup>, diz respeito às evidências científicas; no entanto, para a tradução do conhecimento a utilização de estudos individuais é inadequada e raramente, por si só, fornece evidência suficiente para mudanças de práticas e políticas, principalmente, se o foco for os profissionais de saúde. Estudos individuais podem ser enganosos devido ao viés em sua conduta ou variações aleatórias em seus resultados, embora alguns ensaios randomizados, excepcionalmente grandes, possam ser suficientemente persuasivos para justificar algumas práticas.

Na segunda questão, “Para quem o conhecimento deve ser transferido?”<sup>(4)</sup>, destaca-se que públicos-alvo variam de acordo com o tipo de pesquisa que está sendo traduzida, ou seja, os resultados da ciência bá-

sica, da pesquisa em saúde da população ou da pesquisa clínica terão os públicos-alvo diferentes. Nesse sentido, as potenciais partes interessadas podem ser: profissionais, administradores locais, formuladores de políticas nacionais, órgãos reguladores, indústria, financiador de pesquisa e outros pesquisadores.

A terceira questão, “Por quem o conhecimento deve ser transferido?”<sup>(4)</sup>, permite esclarecer que a tradução do conhecimento seja feita tanto por um indivíduo (profissional de saúde, pesquisador ou usuário) quanto por um grupo, organização ou mesmo o sistema de saúde. O responsável mais apropriado varia conforme com o público-alvo e o conhecimento da pesquisa sendo transferido. Além disso, o fator credibilidade do mensageiro é importante, no entanto, construir credibilidade e atuar como mensageiro para a transferência de conhecimento de pesquisa é um processo demorado e intensivo em habilidades.

A quarta questão, “Como o conhecimento de pesquisa deve ser transferido?”<sup>(4)</sup>, é a forma como deve ser realizada a tradução do conhecimento. O ponto inicial é o ‘planejamento’, onde podem ser utilizados modelos de KT para determinado contexto, seguidamente existe a ‘identificação de barreiras’ para a KT (estruturais: desincentivos financeiros; organizacionais: falta de instalações ou equipamentos; de grupos de pares: padrões locais de atendimento não alinhados com a prática desejada; de interação profissional e profissional-paciente). Outro ponto importante é a ‘escolha da intervenção’, onde podem ser únicas ou multifacetadas. As evidências sobre a provável eficácia de diferentes estratégias para superar barreiras específicas à tradução de conhecimento permanecem incompletas.

Por fim, a quinta questão-chave, “Com que efeito o conhecimento de pesquisa deve ser transferido?”<sup>(4)</sup>, é o objetivo da tradução para determinado grupo de partes interessadas. A tradução de conhecimento científico é essencial para tomada de decisão de profissionais, de gestores e formuladores de política; ou seja, práticas mais baseadas em evidências, refletindo nas mudanças de comportamento profissional e nos indicadores de qualidade.

## Referências

1. Santos RCS, Farias JLDJ, Côrtes CT. A pesquisa translacional e o

cuidado perineal no parto: relato de implementação. *Estação Científica (UNIFAP)*, 2018;8(2):121-128.

2. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: integrated and end-of-grant approaches [Internet]. 2016 [cited 2019 dez 20]. Available from: [http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt\\_lm\\_ktplan-en.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf).

3. Martínez-Silveira MS, Silva CH, Laguardia J. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, 2020; 1(14): 225-46.

4. Grimshaw JM, et al. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012; 7:50.

5. Püschel VAA, Lockwood C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise [editorial]. *Rev Esc Enferm USP*, 2018; 52:e03344.

6. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012; CD792519

7. Oelke ND, Lima MADS, COSTA AMA. Knowledge translation: translating research into policy and practice. *Rev Gaúcha Enferm*, 2015; 36(3): 113-7.

8. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016.

9. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. Redeveloping the JBI Model of Evidence-Based Healthcare: citation analysis and stakeholder engagement. *Int J Evid Based Healthc*, 2018; 16: 227-241.

10. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*, 2019; 17(1): 58-71.

11. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26:e2988
12. Pantoja T, *et al.* Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017.
13. Pearson A. Evidence Synthesis and Its Role in Evidence-Based Health Care. *Nurs Clin N Am*, 2014;49:453-460.
14. Wensing M, *et al.* Educational Implementation Strategies. Improving Patient Care, 2020; 221-233. In: Wensing M, Grol R, Grimshaw J (Ed.). *Improving patient care: The implementation of change in health care*. Wiley-Blackwell: Hoboken; 2020.
15. Curtis K, *et. al.* Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal Clinical Nursing*, 2016; 26(5-6).
16. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting knowledge translation interventions. *Knowledge translation in health care*, 2013: 150-162.
17. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). The EPOC taxonomy of health systems interventions. [Internet]. 2016. [cited 2020 abr 20]; Available from: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>
18. Andrade KRC, Pereira MG. Knowledge translation in the reality of Brazilian public health. *Rev Saude Publica*, 2020;54(72)

# 3

## O MODELO JBI DE SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

**Rafael Cleison Silva dos Santos  
Clodoaldo Tentes Côrtes  
Leilson da Silva Lima**

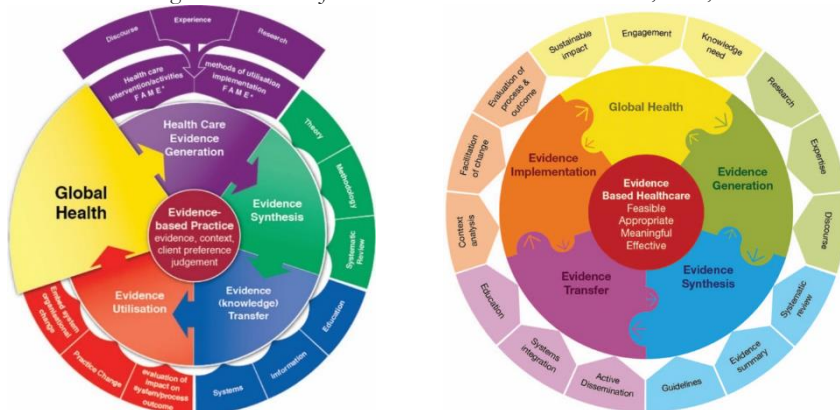
O *Joanna Briggs Institute* (JBI), sediado em Adelaide, Austrália, é uma organização global sem fins lucrativos comprometida com o desenvolvimento, promoção e apoio à prática de cuidado em saúde baseado em evidências no mundo, que desenvolveu uma metodologia própria para implementar evidências na prática clínica. A metodologia possui ferramentas da pesquisa-ação e compreende três fases: 1) pré-auditoria; 2) implementação; 3) pós-auditoria<sup>(1)</sup>.

O modelo JBI de saúde baseada em evidências foi publicado pela primeira vez em 2005 e desde então tem sido amplamente referenciado na literatura. Esse modelo considera que a prática de saúde baseada em evidências envolve a tomada de decisão clínica com a melhor evidência disponível; o contexto em que o atendimento é prestado, a preferência do cliente e o julgamento profissional do profissional de saúde. O modelo de 2005 descrevia quatro componentes principais (Figura 1) como sendo geração de evidência, síntese de evidências, transferência de evidências ou de conhecimento e utilização de evidências, com cada modelo modelado para incorporar seus elementos essenciais<sup>(2)</sup>.

Em 2015, um grupo de trabalho do JBI atualizou o modelo com base nos resultados de uma análise de citação e no processo de engajamento das partes interessadas (Figura 1). No modelo novo, os “segmentos internos” fornecem a conceituação do JBI nas principais etapas envolvidas no processo de obtenção de uma abordagem baseada em evidências para a tomada de decisão clínica, enquanto os “segmentos externos” operacionalizam as partes componentes do modelo e articu-

lam como elas podem ser acionadas de maneira pragmática<sup>(3)</sup>.

Figura 1 - Modelo original e novo do JBI de saúde baseada em evidências, 2005, 2015<sup>(2,3)</sup>.



Embora tenham sido feitas algumas pequenas alterações estruturais e de design no modelo novo, a integridade do modelo original foi mantida em mente. As alterações incluem mudanças de cores, consistência de fatias externas e introdução de setas indicando um fluxo bidirecional em todo o modelo (as setas não são do mesmo tamanho para garantir que haja clareza direcional e evitar a aparência de ser prescritivo). Este é um esclarecimento importante, no qual existem evidências de alta qualidade para um tópico, não há necessidade de pesquisas adicionais (geração de evidências); portanto, a partir da síntese, se oferece o caminho mais direto para informar as melhores práticas. Em muitos domínios de prática, há necessidade de intervenções educacionais sustentadas para promover a transferência de evidências, e isso também pode estar vinculado à implementação. Em síntese, o ponto de partida do modelo novo pode estar na saúde global, ou síntese, ou transferência, ou no contexto correto também pode estar no ponto de implementação<sup>(3)</sup>.

Atualmente, o JBI disponibiliza dentre outros recursos<sup>(4)</sup>:

- A *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, é uma revista em linha, com arbitragem científica, que publica protocolos e relatórios de revisão sistemática da literatura, e relatórios de implementação de evidência na prática, que seguem as diversas metodologias do JBI. É indexada na *MEDLINE*, *Excerpta Medica Database (Embase)*, *Scopus*, *Mosby's Index (Elsevier)*, *CINAHL*, estando candidata ao *Journal Cita-*

*tion Reports.*

- O *JBIC Comprehensive Systematic Review Training Program* e o *JBIC Evidence Based Clinical Fellowship Program* para preparar os clínicos para a síntese e implementação da evidência na prática. No Brasil, ambos podem ser realizados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) ou consultados em: <http://joannabriggs.org/jbi-education.html>.

No tocante à metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica, o JBI, propõe que na fase 1, o tópico a ser auditado/avaliado deve ser muito bem definido e a equipe de auditoria/avaliação deve ser estabelecida, incluindo as partes interessadas: os diretores, os responsáveis técnicos, e os profissionais do serviço, ou seja, os “profissionais-chave” (*key stakeholders*), que representam as pessoas envolvidas no processo gerencial e assistencial, das quais dependem as barreiras e facilidades encontradas na instituição para o desenvolvimento do projeto<sup>(1)</sup>.

Além disso, os pacientes, a comunidade, os outros administradores locais, os da política, e os pesquisadores também poderão possibilitar as condições necessárias para disseminar o projeto e fornecerão o *feedback* relacionado aos resultados<sup>(5)</sup>.

Ainda nesta fase, os critérios para auditoria/avaliação devem ser identificados e a pré-auditoria é realizada, para obter os parâmetros a serem avaliados após a implementação das práticas<sup>(1)</sup>.

Na fase 2, são utilizadas as estratégias para a implementação das práticas (intervenção educativa), após documentar as barreiras encontradas e os recursos necessários para superá-las. A fase 3, baseia-se nos mesmos critérios, instrumentos e fonte de dados da pré-auditoria (fase 1). Nesta última fase, deve-se avaliar o impacto da intervenção realizada na implementação das práticas no cuidado à saúde<sup>(1)</sup>.

## Referências

1. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(5): 716-24.



2. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016.
3. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*, 2019; 17(1): 58-71.
4. Apóstolo JL. Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC); 2017.
5. Grimshaw JM, et al. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012; 7:50.

## **3.1 Método de implementação: estudo piloto**

### **Introdução**

Em 2014, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de avaliar a estratégia metodológica (amostragem, instrumentos, variáveis e técnicas, intervenção e barreiras do campo) e apresentar uma metodologia de transferência do conhecimento com a finalidade de melhorar os desfechos maternos relacionados às boas práticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas<sup>(1)</sup>.

O estudo piloto fez parte das atividades doutorais do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP. Foi um estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do JBI<sup>1</sup>, que utilizou auditorias e compreendeu as três fases: 1) pré-auditoria; 2) implementação das práticas; 3) pós-auditoria.

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), instituição vinculada à Autarquia Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, São Paulo.

O CPN é no modelo intra-hospitalar, atende parturientes de risco habitual e está organizado no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde a mulher permanece desde a admissão até duas horas após o parto. Após esse período, a puérpera e o recém-nascido são encaminhados ao alojamento conjunto. Em 2013, a média mensal de partos foi de 106, com 74% de partos normais e 25,2% de episiotomias. Em cada turno, a equipe de saúde é composta por dois enfermeiros obstétricos, dois médicos obstetras, um anestesiologista e um pediatra, além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

A população foi constituída por profissionais de saúde, puérperas e prontuários de mulheres atendidas no serviço. Fizeram parte da amostra 15 profissionais, sendo seis enfermeiras obstétricas e nove médicos obstetras, 50 puérperas e 102 prontuários.

A coleta de dados foi realizada em três fases, no período de julho a novembro de 2014.

Na fase 1, foram realizadas entrevistas com os profissionais e com 25 puérperas e coletados os dados de 51 prontuários de puérperas não entrevistadas, com instrumentos estruturados, elaborados especificamente para o estudo, para identificação das práticas utilizadas na assistência ao parto normal no reparo do trauma perineal e avaliação preliminar dos desfechos. As puérperas foram entrevistadas, pessoalmente, entre um a dois dias de internação pós-parto, e por telefone, 10 a 12 dias e 30 dias após o parto. Houve participação da diretora do serviço, a qual autorizou a coleta dos dados e informou os profissionais sobre o projeto, como estratégia para aumentar a adesão.

A fase 2, relacionada a implementação de boas práticas, consistiu na intervenção educativa por meio de oficina, realizada para as enfermeiras e médicos obstetras. Esta oficina ocorreu em um único dia com duração de quatro horas, no auditório da prefeitura municipal, três semanas após a finalização da fase 1. Sua finalidade foi apresentar e discutir as evidências científicas e as melhores práticas em relação à promoção do parto normal disponíveis na literatura científica, com o objetivo de sensibilizar e atualizar os profissionais para a sua implementação. A programação consistiu na apresentação dos resultados da pré-auditoria clínica, realizada pela diretora da maternidade do PSMMZED, na discussão das evidências científicas e incluiu a projeção de vídeo ilustrativo sobre a técnica de sutura perineal. Foi disponibilizado material para leitura, com revisões sistemáticas da Cochrane e ensaios clínicos relevantes.

Na fase 3, referente a auditoria pós-implementação, foi realizada trinta dias após a oficina, mediante entrevistas com 25 puérperas, diferentes daquelas entrevistadas na fase 1, e coletados os dados de 51 prontuários, de puérperas não entrevistadas, utilizando os mesmos instrumentos da fase 1. Nessa fase, as puérperas foram entrevistadas, pessoalmente, entre um a dois dias de internação pós-parto. A finalidade foi avaliar o impacto da intervenção educativa na implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal e reparo do trauma perineal.

Foram incluídas no estudo algumas práticas e desfechos na assistência ao parto e nascimento. A análise dos dados foi realizada mediante a comparação entre os resultados das fases 1 e 3, antes e depois da intervenção. Na amostra de puérperas e de prontuários, foi utilizado o teste

exato de Fisher de modo bicaudal, considerando-se estatisticamente significantes os valores de  $p$  menores que 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e foi autorizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Itapeverica da Serra. Em todas as fases da pesquisa, a participação dos profissionais e das mulheres foi voluntária, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento da Menor, quando indicado.

## Resultados

Na Tabela 1, observa-se que entre as 25 puérperas participantes da pré-auditoria clínica, 24(96%) das parturientes tiveram ocitocina prescrito e após a intervenção houve uma diminuição para 20(80%), porém sem diferença estatística significativa.

Embora sem diferença estatisticamente significativa, a deambulação e a massagem durante o trabalho de parto foram os métodos não farmacológicos de alívio da dor mais empregados após a intervenção.

A posição semissentada ou sentada e de cócoras, foi adotada pela maioria das mulheres e a litotômica não foi utilizada por nenhuma das parturientes após a intervenção, com diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 3. Mais mulheres relataram puxo dirigido, 24(96%) versus 20(80%), após a intervenção, porém sem diferença estatística significativa.

Houve mais relato de dor espontânea na sutura perineal, 10(40%) contra 1(4%), na auditoria pós-intervenção, com diferença estatística significativa. Vale ressaltar que a proporção de mulheres com trauma perineal suturado foi maior na fase 3 do estudo.

Por outro lado, não houve aumento significativo de queixa dolorosa na sutura perineal quando realizou-se atividades, na auditoria pós-intervenção. A proporção de mulheres pouco satisfeitas ou insatisfeitas com as condições do períneo diminuiu, mas sem diferença estatisticamente significativa.

Com base nos dados dos prontuários, a Tabela 2 mostra que o uso do banho de chuveiro, deambulação e massagem para alívio da dor no trabalho de parto aumentou significativamente após a intervenção. Para as demais práticas e desfechos não houve diferença estatisticamente

significante.

**Tabela 1** Distribuição dos desfechos maternos identificados nas entrevistas com as puérperas na pré-auditoria clínica (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Itapecerica da Serra, SP, 2014.

Variável	Puérperas				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	N	%	
<b>Prescrição de ocitocina</b>	<b>25</b>		<b>25</b>		
Sim	24	96,0	20	80,0	0,189
Não	1	4,0	5	20,0	
<b>Métodos não farmacológicos de alívio da dor</b>					
Banho de chuveiro	18	72,0	17	68,0	1,000
Deambulação	12	48,0	17	68,0	0,252
Massagem	3	12,0	7	28,0	0,289
Bola de Bobath	5	20,0	5	20,0	1,000
<b>Posição no parto</b>	<b>25</b>		<b>25</b>		
Semissentada ou sentada	17	68,0	16	64,0	0,001
Litotômica	7	28,0	-	-	
Lateral	1	4,0	5	20,0	
Cócoras	-	-	4	16,0	
<b>Escolha da posição pela parturiente</b>	<b>25</b>		<b>25</b>		
Sim	7	28,0	7	28,0	1,000
Não	18	72,0	18	72,0	
<b>Puxo dirigido</b>	<b>25</b>		<b>25</b>		
Sim	20	80,0	24	96,0	0,189
Não	5	20,0	1	4,0	
<b>Uso de anestesia no parto</b>	<b>20</b>		<b>19</b>		
Sim	19	95,0	18	94,7	1,000
Não	1	5,0	1	5,3	
<b>Dor espontânea na sutura perineal</b>	<b>19</b>		<b>18</b>		
Sim	1	5,3	10	55,6	0,001
Não	18	94,7	8	44,4	
<b>Dor na sutura perineal às atividades</b>	<b>19</b>		<b>18</b>		
Andar ou sentar	8	42,1	5	27,8	0,633
Urinar ou evacuar	2	10,5	2	11,1	
Andar, sentar, urinar e evacuar	4	21,0	6	33,3	
Andar, sentar, urinar, evacuar e amamentar	1	5,3	3	16,7	
Sem dor	4	21,0	2	11,1	
<b>Analgésico pós-parto</b>	<b>19</b>		<b>18</b>		
Sim	11	57,9	12	66,7	0,737
Não	8	42,1	6	33,3	
<b>Satisfação com o reparo perineal</b>	<b>19</b>		<b>18</b>		
Muito satisfeita	1	5,3	2	11,1	0,653
Satisfeita	8	42,1	9	50,0	
Pouco satisfeita	4	21,0	2	11,1	
Insatisfeita	3	15,8	1	5,6	
Não sabe	3	15,8	4	22,2	

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste exato de Fisher

**Tabela 2** Distribuição dos desfechos maternos identificados nos prontuários na pré-auditoria clínica (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Itapecerica da Serra, SP, 2014.

Variável	Puérperas				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Infusão endovenosa de ocitocina</b>	<b>51</b>		<b>51</b>		
Sim	36	70,6	39	74,5	0,654
Não	15	29,4	12	25,5	
<b>Métodos não farmacológicos de alívio da dor</b>					
Banho de chuveiro	20	39,2	33	64,7	<b>0,000</b>
Deambulação	16	31,4	32	62,7	<b>0,000</b>
Massagem	15	29,4	28	54,9	<b>0,000</b>
Bola de Bobath	15	29,4	16	31,4	0,163
<b>Posição no parto</b>	<b>51</b>		<b>51</b>		
Semissentada ou sentada	33	64,7	40	78,4	0,678
Lateral	10	19,6	6	11,8	
Litotômica	1	2,0	1	2,0	
Sem registro	7	13,7	4	7,8	
<b>Períneo</b>	<b>51</b>		<b>51</b>		
Laceração	29	56,9	31	60,8	0,647
Íntegro	15	29,4	11	21,6	
Episiotomia com ou sem laceração	7	13,7	9	17,6	
<b>Grau da laceração perineal</b>	<b>29</b>		<b>31</b>		
Primeiro	20	69,0	25	80,0	0,382
Segundo	9	31,0	6	20,0	
<b>Reparo das lacerações perineais</b>	<b>29</b>		<b>31</b>		
Sim	3	10,3	13	41,9	0,235
Não	1	3,4	-	-	
Sem registro	25	86,3	18	58,1	

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste exato de Fisher

## Discussão

No presente estudo, apresentou-se uma metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal. Para isso, foi realizado este estudo piloto, com intervenção educativa, como estratégia para auxiliar no planejamento de outra pesquisa em relação às demandas do campo, à validação das técnicas e instrumentos de coleta de dados, à amostragem, às intervenções propostas e ao refinamento das variáveis.

Esta é a primeira pesquisa realizada no município de Itapecerica da Serra, São Paulo para testar o método de implementação de práticas baseadas em evidências científicas relacionadas ao parto normal. A partir dos resultados, identificou-se que embora o HMMZED tenha protocolos para adoção das melhores práticas, ainda apresenta algumas inadequações na assistência ao parto normal, pois estes não são segui-

dos por todos os profissionais.

Apesar da apresentação prévia do projeto para os profissionais, como estratégia para o aumento da adesão, encontrou-se dificuldades na coleta de dados, tanto entre as enfermeiras como entre os médicos, porém a equipe médica apresentou maior resistência. Assim, para a fase 1, foi necessário realizar a entrevista com os profissionais em cada turno de trabalho. Além disso, vale mencionar que na avaliação preliminar dos desfechos maternos, que foi realizada por meio de entrevistas com as puérperas, encontrou-se algumas barreiras, tais como, o telefone chamava e ninguém atendia, em outras os números eram inexistentes ou o telefone era de parentes e, nesses casos, para evitar que essa fase da pesquisa se estendesse, excluiu-se as puérperas que não foi possível o contato telefônico.

A implementação de boas práticas foi realizada por meio de oficina. Na oportunidade, a diretora da maternidade apresentou e discutiu as estatísticas da pré-auditoria com os profissionais de saúde, considerando a experiência profissional e pessoal de cada participante. Posteriormente, foram apresentadas as evidências científicas atuais sobre as melhores práticas em relação à promoção do parto normal. Durante a oficina, foi disponibilizada uma “pasta de evidências”, onde continha material impresso para leitura, na língua inglesa e portuguesa, para que os profissionais pudessem consulta-la.

Nesse ponto, é importante destacar que houve pouca participação das enfermeiras e menos ainda, dos médicos na oficina, apesar do incentivo financeiro para os médicos, previamente articulado junto a Autarquia Municipal de Saúde e da certificação oferecida para cada participante. Diante dessa barreira encontrada, acredita-se que a utilização do apoio de um médico facilitador do local do estudo, treinado e aberto a mudanças, possa ajudar a melhorar a adesão desses profissionais em futuro estudo, pois alguns relataram que não gostariam de ser treinados por enfermeiros.

Sobre a fase 2 do projeto, destaca-se na compreensão de que varia muito a eficácia das intervenções educativas destinadas à implementar cuidados eficazes e reduzir os procedimentos desnecessários.

Na fase 3 do projeto, foi realizada trinta dias após a implementação das melhores práticas, e conduzida de modo semelhante à fase 1 de pré-auditoria, as entrevistas com as puérperas só ocorreram entre um a

dois dias após o parto. Os dados obtidos na fase de pré-auditoria foram comparados com os da pós-auditoria, através de análise estatística para avaliar o impacto que a implementação da intervenção educativa teve nos desfechos maternos no local do estudo. Devido a baixa adesão dos profissionais e em razão do tempo limitado do estudo piloto, não foi possível realizar a fase 3, entre os médicos e enfermeiros, e isso impossibilitou a comparação das práticas dos profissionais que participaram das fases 1 e 2.

Em relação aos desfechos maternos identificados nas entrevistas com as puérperas, uma das práticas com diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 3 foi a posição no parto. Verificou-se que as posições semissentada, sentada ou de cócoras, foram adotadas pela maioria das puérperas no período expulsivo, enquanto a litotômica não foi referida por nenhuma após a intervenção e havia sido utilizada em 28% dos partos na pré-auditoria. A posição lateral teve aumento de 4% para 20% enquanto a de cócoras ocorreu somente na auditoria pós-intervenção (16%). Na revisão sistemática sobre diferentes posições da parturiente no período expulsivo, sem anestesia epidural, e que incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres os autores concluíram que houve benefícios para a posição vertical em partos normais: redução significativa nos partos assistidos e menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal<sup>(2)</sup>.

Outro resultado que mostrou diferença estatística na entrevista foi a queixa de dor espontânea na sutura perineal. Alguns trabalhos referem que o tipo de sutura e o fio utilizado no reparo perineal, entre outros fatores, parecem estar relacionados à dor nessa região. Revisão sistemática da Biblioteca Cochrane que comparou dois métodos de sutura empregados na episiotomia e lacerações de segundo grau, observou que a técnica de sutura contínua foi associada a menos dor, menor necessidade de analgesia e remoção da sutura comparada à técnica tradicional interrompida<sup>(3)</sup>. Quanto ao material para sutura, outra revisão sistemática demonstrou que o catégute comparado ao fio absorvível sintético, aumentou a queixa de dor perineal no puerpério imediato<sup>(4)</sup>.

Merece comentar que a proporção de puérperas com trauma perineal suturado foi cerca de quatro vezes maior na fase 3 do estudo comparada a fase 1, embora os resultados não mostrem diferença estatística. No entanto, essa variável por se tratar de anotação de prontuário médi-



co, não é possível assegurar a sua confiabilidade considerando o elevado número de ausência de registro nas duas fases da pesquisa.

Os demais desfechos relatados pelas puérperas, como necessidade de analgésico e satisfação com o reparo perineal, entre outros, não apresentaram diferença estatística significativa. No entanto, vale comentar que a satisfação com o períneo obteve melhores impactos na auditoria pós-intervenção, sobretudo, entre as que ficaram muito satisfeitas (aumento de 5,3% para 11,1%) e pouco satisfeitas (redução de 21% para 11,1%). Assim, entende-se que os resultados mais relevantes para esses desfechos podem ser explicados pela atuação, quase que exclusiva, das enfermeiras obstétricas no CPN e pelo empenho delas na implementação das práticas baseadas em evidências, pois demonstraram melhor conhecimento comparado aos médicos, que participaram em menor número da oficina. Nesse sentido, em outro estudo<sup>(5)</sup>, realizado na cidade de São Paulo, como o mesmo método, encontrou-se achados semelhantes no que diz respeito ao empenho da equipe de enfermagem na implementação das práticas baseadas em evidências.

Outros dois estudos avaliaram intervenções educativas que ensinavam parteiras e médicos a realizarem reparo perineal de segundo grau e se estas melhorariam a prática clínica. O primeiro<sup>(6)</sup>, foi utilizado um *workshop* prático com o objetivo de avaliar o impacto do curso na prática corrente dos profissionais utilizando um questionário aplicado antes e três meses depois do curso. A maioria dos participantes melhorou sua prática e relatou ter usado técnicas baseadas em evidências científicas para o reparo da mucosa vaginal, dos músculos perineais e da pele após o treinamento. No segundo<sup>(7)</sup>, um módulo de educação multiprofissional interativo destinado a melhorar os conhecimentos e as habilidades clínicas de parteiras e médicos para implementar o manejo na avaliação de episiotomia e lacerações perineais de segundo grau baseados em evidências, fez melhorar significativamente as práticas baseadas em evidências no que diz respeito a avaliação e reparo dos traumas perineais e alguns dos resultados clínicos secundários relevantes para as mulheres.

No entanto, no atual estudo, os resultados, identificados nos prontuários, mostraram que após a intervenção proposta, as taxas de lacerações perineais aumentaram de 56,9% para 60,8% e a taxa de episiotomia de 13,7% para 17,6%, sem diferença estatística significativa. Além

disso, não foi possível mensurar quantas puérperas necessitaram de reparo por falta do registro dessa informação em alguns prontuários, como citado anteriormente. Esses dados indicam que a implementação de práticas baseadas em evidências, por meio da oficina, não melhorou alguns desfechos avaliados. Dentre os fatores envolvidos, acredita-se que a baixa adesão dos profissionais, durante a oficina de boas práticas, pode não ter contribuído com mais resultados significantes; a crença de alguns deles de que a episiotomia protege o períneo contra outras morbidades; e também o decréscimo de emprego da posição lateral no parto (19,6% para 11,8%).

O resultado do presente estudo é semelhante ao encontrado em outros realizados na Ásia. Em um deles, os autores<sup>(8)</sup> analisaram, antes e depois de um treinamento com evidências científicas, as práticas de episiotomia e trauma perineal, na Tailândia, Indonésia, Filipinas e Malásia, e relataram o aumento na taxa de episiotomia em alguns centros participantes da pesquisa. No entanto, cada um implementou sua intervenção com ênfases variadas sobre práticas específicas, dependendo das necessidades percebidas; e identificaram uma série de barreiras para a prática da episiotomia restrita, que incluíam: medo de lacerar, dificuldade em reparar as lacerações em comparação com cor preparação do períneo, a aplicabilidade da pesquisa realizada em uma população diferente, falta de tempo e necessidade de treinar a equipe jovem. Por outro lado, embora a intervenção proposta, em nosso estudo, tenha mostrado o aumento das taxas de lacerações perineais e episiotomia, mais estudos são necessários para avaliar com segurança outros fatores que contribuem para o trauma perineal durante o parto. Um desses fatores, foi descrito em estudo realizado, no Irã, onde os autores<sup>(8)</sup> compararam a incidência desses traumas nos métodos de parto "Hands-on" (uso das mãos para o controle da cabeça fetal durante o parto) e "Hands-off" (sem uso das mãos), e mostraram o aumento de episiotomia e lacerações perineais relacionado com o uso do método "Hands-on".

A análise dos prontuários mostrou que a prática dos métodos não farmacológicos de alívio da dor aumentou significativamente após a intervenção. Constatou-se que o banho de chuveiro passou de 39,2% para 64,7%, a movimentação durante o trabalho de parto de 31,4% para 62,7% e a massagem de 29,4% para 54,9%. Essas práticas são consideradas um método terapêutico simples, de baixo custo e fácil

aplicabilidade, que ajudam a parturiente a diminuir a tensão, o medo e a sensação dolorosa, além de proporcionar conforto e favorecer a formação de vínculo com a equipe de enfermagem.

O banho com água morna, seja de aspensão ou de imersão, é uma intervenção que vem sendo muito utilizada na assistência ao parto. O banho quente é uma estratégia não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que produz efeito local e geral, razão pela qual é considerado tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica. Quando realizado na temperatura média de 37°C, está positivamente associado com o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações uterinas e, conseqüente, na correção da distocia uterina<sup>(9)</sup>.

Além dos efeitos positivos da higiene física, o banho de chuveiro, por seu custo benefício e fácil implementação, é uma abordagem não farmacológica para alívio da dor, que proporciona autonomia à parturiente, fornece apoio contínuo do cuidador e uma experiência mais positiva no parto<sup>(10)</sup>.

O estímulo às posições não supinas e liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto são práticas consideradas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. A Organização Mundial da Saúde, recomenda que, tanto no primeiro quanto no segundo período do parto, as mulheres devem adotar a posição que melhor lhes agrada, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais devem estimular a posição verticalizada que causa menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto e menos traumatismo vaginal ou perineal no expulsivo<sup>(11,12)</sup>, embora também exista estudo que não encontrou relação entre essas variáveis<sup>(13)</sup>.

Uma revisão sistemática com 5.218 parturientes sintetizou os achados de 25 estudos sobre posições maternas e deambulação durante o primeiro período do parto. Os autores concluíram que há evidências importantes que a deambulação e as posições verticais na fase de dilatação, reduz a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de analgesia epidural, e parece não estar associada ao aumento dos efeitos negativos sobre mães e bebês. Recomendam que, se possível, as mulheres devem ser encorajadas e apoiadas para deambular e

usar as posições verticais de sua escolha, pois isso pode melhorar o progresso do trabalho de parto e levar a melhores resultados materno-fetais<sup>(14)</sup>.

Por sua vez, a massagem e o toque na mulher durante o trabalho de parto ativa o córtex primitivo, libera ocitocina e endorfina, atuando no portal da dor, por estímulo dos mecanorreceptores<sup>(15)</sup>. Ainda com o propósito de elucidar os efeitos da massagem e outros métodos não farmacológicos, como a reflexologia, foi desenvolvida uma revisão sistemática. Essa revisão da Cochrane sintetizou que as mulheres nas quais foram utilizadas massagens referiram menos dor e ansiedade durante o parto, quando comparada com mulheres que receberam cuidados habituais. Os autores concluíram que a massagem pode ter um papel importante na redução da dor, melhorando a experiência das parturientes. No entanto, ratificam a necessidade de novas investigações sobre essa abordagem<sup>(16)</sup>.

A maioria dos desfechos maternos registrados nos prontuários, mostraram maior frequência após a intervenção, portanto os autores consideram que em alguns casos, podem ter havido maior utilizações de práticas, mas em outros casos houveram maior registro.

Pode-se considerar como uma das limitações deste estudo a falta de cálculo amostral e a não aleatorização das puérperas, o que poderia não ser representativa da população alvo. Outra limitação é a perda de algumas informações, pois uma parte dos dados são coletados através de fonte de dados secundária. Além disso, a fase 3 ficou incompleta, ou seja, sem entrevista com os profissionais e com puérperas após a alta, em razão do tempo limitado para o estudo.

## **Conclusão**

O impacto deste projeto de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal foi considerado positivo, pois os dados relativos às entrevistas das puérperas, após a intervenção, mostraram mais uso da posição vertical no parto, maior uso da posição lateral e nenhum uso da posição litotômica; em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, houve mais mulheres que deambularam e mais que receberam massagens; redução de dor nos pontos ao andar ou sentar e maior satisfação com o reparo perine-

al. Por outro lado, mais mulheres referiram dor espontânea no local suturado. Em relação aos dados do prontuário, houve diminuição do uso da posição lateral e aumento do uso de ocitocina, aumento do trauma perineal, maior necessidade de analgesia e maior registro de uso não farmacológicos de alívio da dor e mais puérperas que foram submetidas ao reparo de lacerações perineais.

## Referências

1. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): 716-24.
2. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 16(5).
3. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (11).
4. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 16(6).
5. Shimoda GT, et al. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2015; 13(2).
6. Khaled M, et al. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Medicine*. 2013; (11).
7. Ho JJ, et al. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obs-*

tet. 2010; 111(1-9).

8. Rozita R, Sussan S, Huak CY, Sharif NH. A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2014.

9. Benfield RD, et al. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010; 12(1).

10. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013; 42(1).

11. Scarabotto LB, Riesco MLG. Factors related to perineal trauma in normal births in nulliparous. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2006.

13. Schirmer J, Fustinoni SM, Basile ALO. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semisitting birth positions: a randomized study. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(6).

14. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2013; (8).

15. Odent M. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint Germain; 2002.

16. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for painmanagement in labour. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012; (2).

## **3.2 Implementação de evidências científicas no cuidado perineal no parto**

### **Introdução**

Em 2016, foi concluída a primeira tese de doutorado, no método JBI<sup>(1)</sup>, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, na maternidade pública de Macapá, Amapá. O objetivo geral deste estudo foi implementar práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal. Os objetivos específicos foram: avaliar as práticas utilizadas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal; avaliar o impacto da implementação dessas práticas nos desfechos perineais.

O estudo foi realizado de julho de 2015 a março de 2016, no CPN do Hospital da Mulher Mãe-Luzia (HMML), em Macapá, Amapá, instituição do Sistema Único de Saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. A população foi constituída por enfermeiros, médicos e residentes de ambas as categorias do HMML e por puérperas atendidas nesse serviço.

Os profissionais elegíveis foram todos os enfermeiros (n=42) e médicos (n=29) que atenderam os seguintes critérios de inclusão: possuir o título de especialista em obstetrícia, estar cursando especialização ou ser residente nessa especialidade; atuar na assistência direta ao parto normal. Para participar da fase 3, também foi critério de inclusão ter participado da fase 2. A amostra final de profissionais que participaram das fases 1, 2 e 3 foi de 42 (25 enfermeiros e 17 médicos), 32 e 32 (20 enfermeiros e 12 médicos), respectivamente.

A amostra de puérperas foi composta por dois conjuntos de mulheres: puérperas internadas e prontuários de mulheres que deram à luz no HMML. Foram incluídas na amostra de puérperas internadas, 35 mulheres que deram à luz antes e 35 que deram à luz após a intervenção (fases 1 e 3, respectivamente), totalizando 70 mulheres, conforme os seguintes critérios: não ser de etnia indígena; ter risco obstétrico habitual; ter sido internada na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical de até 8 centímetros; ter dado à luz por via vaginal; estar acessível por telefone para entrevistas com 10-12 dias e 30 dias pós-parto.

A amostra de puérperas internadas foi por conveniência e o tamanho amostral foi calculado considerando a taxa de episiotomia da região Norte, de 48,6%, menor taxa regional do país<sup>(8)</sup>. Para compor a amostra intencional de prontuários de mulheres, foram considerados todos os prontuários daquelas que tiveram alta no período de um mês antes da intervenção (n=424) e no período de um mês após a intervenção (n=440). Considerando os critérios de inclusão (não ser de etnia indígena; ter risco obstétrico habitual; ter sido internada na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical de até 8 centímetros; ter dado à luz por via vaginal), a amostra final de prontuários foi 291, na fase 1, e 264, na fase 3.

Na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1), foram realizadas as seguintes atividades: constituição da equipe de auditoria; definição dos critérios de auditoria; avaliação preliminar dos desfechos perineais e identificação das práticas utilizadas na prevenção e reparo do trauma perineal.

A equipe de auditoria foi estabelecida a partir de reuniões prévias com os interessados. Incluiu o diretor geral, o diretor clínico e a diretora técnica do HMML; a coordenadora de enfermagem e o chefe de obstetrícia; o Núcleo de Educação Permanente do hospital; o próprio pesquisador e um enfermeiro residente.

Para determinar os níveis de cumprimento das recomendações, as práticas obstétricas e os desfechos perineais relacionados ao parto, foram utilizados critérios de auditoria relacionados com: posição no parto; puxos dirigidos; manobra de Kristeller, prevenção do trauma perineal; taxas de episiotomia e laceração espontânea; avaliação e classificação da laceração; reparo de laceração de primeiro grau; técnica de sutura do trauma perineal; tipo de fio; anestesia no reparo perineal; dor perineal espontânea e às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar, amamentar, dispareunia); satisfação da puérpera com o reparo perineal.

Realizaram-se entrevistas com os profissionais e as puérperas, por meio de formulário estruturado e duração de aproximadamente 10 minutos. Para a entrevista com os profissionais, foi necessário ir ao hospital nos três turnos, em horário pré-agendado, durante seu período de trabalho, em diferentes dias da semana. As entrevistas com as puérperas foram realizadas face-a-face no hospital, durante a internação, e por telefone, após a alta hospitalar, entre 10-12 dias e 30 dias pós-parto.



Para concluir a fase 1 da pesquisa, os dados foram coletados em prontuários de puérperas não entrevistadas. Os prontuários (n=424) das puérperas com altas ocorridas no mês de julho de 2015 foram solicitados à equipe do SAME uma semana antes do início da auditoria de base e a amostra foi selecionada (n=291), considerando os mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas.

Três semanas depois de encerrada a pré-auditoria e auditoria de base (fase 1), foi realizada uma intervenção educativa intitulada “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal” (fase 2), destinada aos profissionais que constituíram a população desta pesquisa, com a finalidade de apresentar os resultados da avaliação preliminar das práticas de cuidado perineal no parto normal utilizadas no local do estudo e discutir as evidências científicas sobre as melhores práticas em relação ao manejo do trauma perineal, considerando a experiência profissional de cada participante.

A apresentação das evidências foi feita por meio da projeção de diapositivos e de vídeo ilustrativo sobre sutura perineal, com ênfase na técnica de sutura contínua. O Seminário ocorreu pela manhã e foi repetido à tarde, para possibilitar a participação de todos os profissionais envolvidos. Teve duração de quatro horas, em cada período, e na oportunidade, foram disponibilizadas pastas com material de leitura atualizado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, incluindo as principais revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane e ensaios clínicos randomizados indexados à Biblioteca Virtual de Saúde, devidamente traduzidos para a língua portuguesa.

A auditoria pós-intervenção (fase 3) foi iniciada 60 dias após o término da fase 2, com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção proposta na implementação de boas práticas assistenciais no cuidado do trauma perineal. Os dados da auditoria pós-intervenção foram coletados do mesmo modo que na fase 1, com amostras independentes de mulheres e prontuários, conforme descrito anteriormente.

A análise inferencial dos dados foi feita mediante comparação entre os resultados da fase 1 com a fase 3. Foi utilizado o modelo de Equações de Estimação Generalizadas (GEE) para a amostra de profissionais e para as variáveis coletadas em mais de um momento pós-parto, na amostra de puérperas. Para as variáveis coletadas uma única vez no pós-parto e para a amostra de prontuários, foi utilizado o teste exato de

Fisher. Todas as análises foram realizadas no SPSS 22, na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor- $p=0,05$ ).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 31700414.50000.5392; parecer 698.421, de 10/06/2014). Foi obtida a autorização do HMML e a participação dos profissionais e das mulheres foi voluntária, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento, quando indicado, observando-se as normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta as repostas dos profissionais sobre a frequência da utilização de práticas na assistência ao parto. Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, houve aumento da proporção de profissionais que raramente ou nunca incentivam o puxo dirigido ( $p=0,009$ ), restringem a realização da episiotomia ( $p=0,021$ ) e deixam as lacerações de primeiro grau sem reparo ( $p=0,011$ ).

A Tabela 2 mostra as respostas das puérperas sobre as intervenções obstétricas e desfechos perineais que ocorreram durante o parto. A posição litotômica no parto, além de ter sido adotada pela maioria das mulheres na fase 1, foi mais frequente na fase 3, com diferença estatística significativa ( $p=0,028$ ).

Na Tabela 3 é apresentada a queixa de dor perineal espontânea ou às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar) e a satisfação das puérperas com o reparo perineal. Pode-se verificar que a frequência de dor espontânea nas puérperas é pequena ou ausente, em todos os períodos pós-parto.

Em relação à dor às atividades, a frequência diminui no decorrer do pós-parto, com diferença estatisticamente para os diferentes períodos ( $p=0,019$ ), mas sem diferença entre as fases 1 e 3. Vale destacar que todas as puérperas, em ambas as fases do estudo, negaram dispareunia, tanto no período de 10-12 dias como 30 dias após o parto.

Os resultados relativos aos dados dos prontuários são apresentados na Tabela 4. Inicialmente, vale destacar o elevado número de prontuá-

rios sem registro para todas as variáveis estudadas, em ambas as fases.

As únicas práticas obstétricas em que houve diferença estatisticamente significativa foram a realização do reparo da laceração perineal e o tipo de fio usado na sutura da mucosa e da pele. Proporcionalmente, menos mulheres tiveram a laceração perineal suturada ( $p=0,039$ ) e mais profissionais utilizaram o fio Vicryl® na mucosa ( $p=0,006$ ) e na pele ( $p=0,033$ ).

**Tabela 1** - Distribuição das práticas utilizadas no parto pelos profissionais na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Práticas utilizadas no parto	Profissionais				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Recomenda posição litotômica no parto</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	12	37,5	0,059
Raramente ou nunca	20	47,6	20	62,5	
<b>Incentiva puxos dirigidos</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	6	18,8	<b>0,009</b>
Raramente ou nunca	23	55,0	26	81,2	
<b>Utiliza técnica de prevenção do trauma perineal</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	29	69,0	19	59,0	0,425
Raramente ou nunca	13	31,0	13	41,0	
<b>Realiza episiotomia</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	7	16,7	1	3,1	<b>0,021</b>
Raramente ou nunca	35	83,3	31	96,9	
<b>Realiza o reparo da laceração de 1º grau</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	16	38,1	6	18,8	<b>0,011</b>
Raramente ou nunca	26	61,9	26	81,2	
<b>Realiza exame retal após reparo de 3º ou 4º graus</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	26	61,9	23	71,9	0,232
Raramente ou nunca	16	38,1	9	28,1	
<b>Técnica de sutura na mucosa</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Interrompida	3	7,0	3	9,4	0,250
Contínua simples	13	31,0	13	40,6	
Contínua ancorada	26	62,0	16	50,0	
<b>Técnica de sutura no plano muscular</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Interrompida	23	54,8	17	53,1	0,932
Contínua simples	7	16,6	7	21,9	
Contínua ancorada	12	28,6	8	25,0	
<b>Técnica de sutura na pele</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Interrompida	23	54,8	16	50,0	0,641
Contínua simples	10	23,8	13	40,6	
Contínua ancorada	5	12,0	1	3,1	
Intradérmica	4	9,4	2	6,3	
Fio de sutura na mucosa	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	7	16,7	6	18,7	0,864
Categute simples	10	23,8	7	21,9	
Categute cromado	25	59,5	19	59,4	
<b>Fio de sutura no plano muscular</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	6	14,3	7	21,9	0,125

Categute simples	5	11,9	6	18,7	
Categute cromado	31	73,8	19	59,4	
<b>Fio de sutura na pele</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	12	28,5	6	18,8	
Categute simples	18	43,0	13	40,6	0,089
Categute cromado	12	28,5	13	40,6	

Fonte: Dados da pesquisa.. \*GEE

**Tabela 2** - Distribuição das práticas utilizadas e dos desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Puérperas entrevistadas				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Posição litotômica no parto</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Sim	27	77,1	34	97,1	<b>0,028</b>
Não	8	8,6	1	2,9	
<b>Puxo dirigido</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Sim	8	22,9	9	25,7	1,000
Não	27	77,1	26	74,3	
<b>Manobra de Kristeller</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Sim	2	5,7	5	14,3	0,428
Não	33	94,3	30	85,7	
<b>Períneo</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Laceração espontânea	21	60,0	13	37,1	0,155
Íntegro	12	34,3	17	48,6	
Episiotomia	2	5,7	5	14,3	
<b>Reparo perineal</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	
Sim	17	73,9	14	77,8	1,000
Não	6	26,1	4	22,2	
<b>②Anestesia no reparo perineal</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	
Sim	14	82,4	13	92,9	0,607
Não	3	17,6	1	7,1	

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste exato de Fisher

**Tabela 3** - Distribuição da dor perineal e da satisfação com o reparo perineal segundo os dias pós-parto identificada nas entrevistas com as puérperas na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
<b>Dor perineal 1-2 dias pós-parto*</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Espontânea	-	-	1	7,0
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	16	94,0	11	79,0
Sem dor	1	6,0	2	14,0
<b>Dor perineal 10-12 dias pós-parto*</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Espontânea	-	-	2	14,3
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	8	66,7	8	57,1
Sem dor	4	33,3	4	28,6
Não atendeu telefone	5	-	-	-
<b>Dor perineal 30 dias pós-parto*</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Espontânea	-	-	-	-
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	7	63,6	5	38,5
Sem dor	4	36,4	8	61,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-
<b>Satisfação com o reparo perineal 1-2 dias pós-parto†</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Satisfeita/Muito satisfeita	4	26,7	8	66,7
Insatisfeita/Pouco satisfeita	11	73,3	4	33,3
Não sabe	2	-	2	-
<b>Satisfação com o reparo perineal 10-12 dias pós-parto†</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Satisfeita/Muito satisfeita	6	54,5	10	71,4
Insatisfeita/Pouco satisfeita	5	45,5	4	28,6
Não sabe	1	-	-	-
Não atendeu telefone	5	-	-	-
<b>Satisfação com o reparo perineal 30 dias pós-parto†</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Satisfeita/Muito satisfeita	7	63,6	8	61,5
Insatisfeita/Pouco satisfeita	4	36,4	5	38,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-

Fonte: Dados da pesquisa. \*GEE: valor-p=0,019 (entre os dias); valor-p=0,450 (entre as fases 1 e 3)  
 †GEE: valor-p=0,413 (entre os dias); valor-p=0,220 (entre as fases 1 e 3)

**Tabela 4** - Distribuição das práticas e dos desfechos perineais identificados nos prontuários na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p -Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Púérperas segundo o prontuário				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Posição litotômica no parto</b>	<b>291</b>	<b>100</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	
Sim	74	57,4	63	62,4	
Não	55	42,6	38	37,6	0,527
Sem registro	162		163		
<b>Períneo</b>	<b>236</b>	<b>100</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	
Laceração espontânea	147	62,3	105	61,0	
Íntegro	73	30,9	51	29,7	0,642
Episiotomia	16	6,8	16	9,3	
Sem registro	55	-	92	-	
<b>Grau da laceração perineal</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	
Primeiro	40	38,8	30	42,9	
Segundo	57	55,4	36	51,4	0,905
Terceiro	6	5,8	4	5,7	
Sem registro	44	-	35	-	
<b>Reparo das lacerações perineais</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	
Sim	126	92,0	78	82,1	
Não	11	8,0	17	17,9	0,039
Sem registro	10	-	10	-	
<b>Tipo de fio de sutura na mucosa</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	3	4,8	9	28,1	
Categute simples	5	8,1	3	9,4	0,006
Categute cromado	54	87,1	20	62,5	
Sem registro ou não se aplica	156	-	181	-	
<b>Tipo de fio de sutura no músculo</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	3	6,1	5	20,8	
Categute simples	3	6,1	3	12,5	0,087
Categute cromado	43	87,8	16	66,7	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	
<b>Tipo de fio de sutura na pele</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	
Vicryl®	5	10,2	6	25,0	
Categute simples	19	38,8	3	12,5	0,033
Categute cromado	25	51,0	15	62,5	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste exato de Fisher

## Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que em relação às práticas obstétricas utilizadas pelos profissionais para a prevenção do trauma perineal no parto, após a intervenção, houve menos profissionais referindo utilizar puxos dirigidos e episiotomia, com diferença estatisticamente significante. Antes da intervenção, a maioria dos profissionais acreditava que essas práticas poderiam beneficiar a parturiente e não

sabia informar suas bases científicas. Os puxos dirigidos e o uso rotineiro de episiotomia durante o segundo estágio do parto são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, aumentam a frequência de trauma e dor perineal após o parto e devem ser eliminadas<sup>(2-3)</sup>.

Estudo transversal<sup>(4)</sup>, realizado em São Paulo, com 317 primíparas, concluiu que o puxo dirigido está relacionado, principalmente, à laceração na região perineal posterior. Ensaio clínico randomizado<sup>(5)</sup>, realizado no Reino Unido, com 3.681 mulheres, utilizou uma intervenção educativa com obstetras e médicos para a implementação da avaliação e do reparo de lacerações perineais de segundo grau e episiotomias, com base em evidências científicas, e concluiu que após o treinamento, a maioria dos profissionais relatou ter usado práticas fundamentadas em evidências, incluindo a episiotomia seletiva.

Outras práticas de prevenção do trauma perineal referidas pelos profissionais foram a proteção manual do períneo e a massagem perineal com óleo vegetal, realizadas durante o período expulsivo. Para essas práticas ainda há pouca evidência disponível na literatura para apoiá-las. Em 2011, uma revisão sistemática<sup>(6)</sup> avaliou técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto para reduzir o trauma perineal, em oito ensaios clínicos com 11.651 mulheres, e a utilização de compressas mornas sobre o períneo foi a única técnica associada.

As práticas utilizadas e os desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas mostraram que aumentou a adoção da posição litotômica no parto, com diferença estatística significativa. É importante mencionar que este achado foi oposto à referência dos profissionais, que relataram menor uso desta posição. Este resultado indica que a intervenção educativa não foi capaz de melhorar essa prática para cuidados baseados em evidências científicas. A facilidade dessa posição para o profissional visualizar o canal do parto e tracionar a criança durante o período expulsivo são alguns dos principais argumentos para a manutenção dessa prática e resistência às evidências.

Revisão sistemática<sup>(7)</sup> sobre diferentes posições no período expulsivo, sem anestesia epidural, incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres; os autores concluíram que na posição vertical, houve redução na prática da episiotomia. Contudo, é importante destacar que a melhor posição para uma boa experiência no parto é aquela esclarecida e de livre escolha da mulher.

Em concordância com os achados “Nascer no Brasil”<sup>(8)</sup>, nossa realidade é semelhante à do restante do país, com muitas intervenções obstétricas, em que os profissionais não sabem justificar cientificamente essas práticas, expondo as mulheres ao risco de trauma perineal.

Por outro lado, no presente estudo, após a intervenção, diminuiu o relato de mulheres com laceração espontânea e aumentou o relato de períneo íntegro, porém sem diferença estatisticamente significativa. Assim, entende-se que esses desfechos perineais mais favoráveis podem ser explicados pela adesão dos enfermeiros às práticas baseadas em evidências, com maior interesse no uso da técnica “*hands off*”, que foi apresentada e discutida na intervenção educativa, como alternativa para prevenir o trauma perineal. Revisão sistemática<sup>(9)</sup> com cinco ensaios clínicos randomizados (n=6.816 mulheres) e sete ensaios não randomizados (n=108.156 mulheres), realizada com a finalidade de avaliar o efeito da técnica “*hands on*” versus “*hands off*”, concluiu que as evidências sobre a eficácia da proteção perineal durante o parto para reduzir o risco de trauma ainda é insuficiente, e a realização de novos ensaios é urgentemente necessária.

Sobre o resultado das práticas utilizadas e os desfechos perineais identificados nos prontuários, inicialmente, é importante destacar que houve elevado número de impressos sem registros das variáveis estudadas, em ambas as fases de auditoria. Sobre essa limitação, acredita-se que a grande demanda de usuárias atendidas no local do estudo pode ser responsável pela dificuldade dos profissionais em registrar todos os cuidados relacionados à assistência ao parto, incluindo as práticas obstétricas e os desfechos perineais.

Em relação às práticas de reparo do trauma perineal no parto, identificadas nas entrevistas com os profissionais, os resultados mostraram que, após a intervenção, houve menos profissionais referindo o reparo da laceração de primeiro grau. Vale mencionar que durante o Seminário realizado com os profissionais foi orientado pela decisão destes em realizar ou não o reparo dessas lacerações, com base em uma revisão sistemática<sup>(10)</sup>, em que os autores afirmam que as evidências são limitadas e que a decisão em suturar pode ser baseada na avaliação clínica do profissional e na preferência das mulheres. Por outro lado, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal<sup>(3)</sup> orienta que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a



cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas.

Em nosso estudo, outros resultados indicaram que, após a intervenção, mais participantes mudaram suas práticas para cuidados baseados em evidências, pois houve adesão efetiva dos profissionais em classificar o trauma perineal, uma vez que todos referiram realizar essa classificação. Estudo<sup>(11)</sup> publicado em 2012 destacou a inadequada classificação do trauma perineal entre os profissionais que prestam assistência ao parto, pois variáveis anatômicas da região vulvoperineal podem interferir nessa classificação, especialmente, nos casos de lacerações terceiro e quarto graus, que, em geral, são subestimadas. A classificação do trauma perineal tem sido proposta e aceita, internacionalmente, em primeiro grau (envolve pele e mucosa); segundo grau (estende-se aos músculos perineais); terceiro grau (envolve o esfíncter anal e é subclassificada em 3a: lesiona menos que 50% da extensão do esfíncter anal externo; 3b: lesiona mais que 50% da extensão do esfíncter anal externo; 3c: lesiona toda a extensão do esfíncter anal externo e interno); quarto grau (estende-se ao epitélio anal)<sup>(12)</sup>.

Houve também melhora na prática dos profissionais (enfermeiros e médicos) em relação à realização de exame retal, que referiram realizá-lo mais frequentemente. Este achado destaca que a intervenção educativa foi eficaz na transferência de conhecimento, porque alguns participantes referiram que não tinham certeza de sua responsabilidade nesse exame, e consideravam desnecessário. É recomendável que o exame retal seja realizado nos casos de trauma de terceiro e quarto graus, para verificar se sutura não foi, inadvertidamente, inserida através da mucosa retal<sup>(11)</sup>.

No atual estudo, verificou-se uma melhoria na utilização da técnica de sutura contínua não ancorada para o reparo perineal, em todos os planos teciduais, após a intervenção. Em revisão sistemática<sup>(13)</sup> com meta-análise de 16 ensaios clínicos randomizados e quase randomizados, incluindo 8.184 mulheres com episiotomia ou laceração de segundo grau, os resultados confirmaram a evidência de que a técnica de sutura contínua, em comparação com a técnica interrompida, está associada com menos dor, menor uso de material, de analgesia e de remoção de sutura, o que pode melhorar a cicatrização. Evidências mais recentes apontam que a sutura contínua no reparo dos tecidos perineais está associada com o aumento da satisfação e da sensação de normalidade

da mulher<sup>(3,6)</sup>.

Outro achado na entrevista com os profissionais foi o uso do fio de sutura Vicryl<sup>®</sup>, em todos os planos teciduais, após a intervenção, exceto, para a sutura da pele, em que a proporção do uso do fio categute cromado aumentou. Este resultado foi parcialmente satisfatório porque, apesar da escassez de material sintético de sutura disponível no local do estudo, durante a auditoria pós-implementação, houve o aumento de profissionais referindo usá-lo na mucosa e no plano muscular. Embora, o fio categute seja o tipo de fio mais usado em nosso meio, há evidências mais recentes<sup>(3,6)</sup> de que o material de sutura sintético de absorção rápida, em especial, o ácido poliglicólico e a poliglactina 910 (Vicryl Rapide<sup>®</sup>), está associado a menor dor perineal no puerpério, menos deiscência e menor necessidade de nova sutura do períneo até três meses após o parto, quando comparado a sutura realizada com categute.

Em relação às perguntas feitas às puérperas que tiveram reparo do trauma perineal, a queixa de dor perineal espontânea foi pequena ou ausente, nos três momentos no período pós-parto: 1 a 2 dias, 10 a 12 dias e 30 dias. A frequência dos relatos de dor às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar) também diminuiu no decorrer do pós-parto, com diferença estatisticamente para os diferentes períodos. A dor perineal é um sintoma de morbidade comumente relatado, altamente associado com o trauma perineal, principalmente a episiotomia, que tende a diminuir com o passar dos dias. Estudo transversal<sup>(2)</sup> realizado com 473 mulheres, com o objetivo de identificar a ocorrência de associação entre trauma perineal e dor, concluiu que o reconhecimento da associação entre a dor e trauma perineal é importante para aprimorar o uso de evidências científicas relacionadas à técnica de sutura e o tipo de fio utilizado.

Em relação às práticas e desfechos perineais encontrados nos registros dos prontuários, após a intervenção, houve menos registros de mulheres suturadas e mais registros do uso de fio Vicryl<sup>®</sup> no reparo da mucosa e da pele, com diferença estatisticamente significativa. No entanto, considerando a significativa ausência de registros nos prontuários, os resultados sugerem que esses dados são subestimados e que mais mulheres podem ter sido suturadas. Por outro lado, da mesma forma que mais profissionais relataram usar o fio de sutura Vicryl<sup>®</sup> na

mucosa e músculo, também houve mais registros nos prontuários de uso desse material de sutura para mucosa e pele. Logo, podemos supor que, após a intervenção, houve uma melhora significativa para o uso dessa prática, que é baseada em evidências científicas disponíveis<sup>(3,6)</sup>.

Neste trabalho, que foi parte da tese de doutorado<sup>(14)</sup> desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a falta de registros das práticas nos prontuários foi uma limitação importante. Outras limitações foram a amostra de puérperas internadas, que foi feita por conveniência, sem aleatorização; as dificuldades na coleta de dados e na participação dos profissionais, principalmente, os médicos; a escassez de material sintético de sutura disponível no local do estudo durante a pesquisa; e a falta de um treinamento prático durante a intervenção educativa, para melhorar a habilidade de avaliação e classificação do trauma perineal.

Ainda assim, os achados confirmam a importância da educação permanente e padronizada para a manutenção do cuidado baseado em evidências, conforme recomenda a literatura, e trazem contribuições para o conhecimento e a prática clínica dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitos cuidados são empíricos e que existem evidências que podem prevenir morbidades. Além disso, o estudo aponta para a importância e a necessidade de aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários. Há ainda a possibilidade metodológica para a implementação dos resultados de pesquisas na prática clínica. Apesar das barreiras e dificuldades, as auditorias permitem a identificação oportuna de potenciais falhas na assistência, de modo que os gestores locais possam estabelecer estratégias para a sua melhoria.

## **Conclusão**

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal melhorou, no local do estudo, os cuidados para mulheres submetidas ao parto vaginal a termo e os desfechos perineais, incluindo menos enfermeiros e médicos que realizam puxos dirigidos e episiotomia de rotina, menos relatos de puérperas com dor perineal pós-parto e mais registros, nos prontuá-

rios, do uso do fio de sutura Vicryl® na mucosa e na pele. Por outro lado, a pesquisa identificou lacunas na implementação de boas práticas assistenciais e algumas inadequações no manejo do cuidado perineal, tais como, profissionais que não realizam a sutura de lacerações de primeiro grau, mais relatos de puérperas submetidas à posição de litotomia e menos registros nos prontuários de sutura das lacerações perineais. Uma intervenção educativa sobre a prática baseada em evidências pode resultar em melhorias no cuidado e nos resultados de saúde materna.

## Referências

1. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):716-24.
2. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp):39-44.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília; 2016.
4. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev eEferm UERJ*, 2014; 22(3): 402-8.
5. Ismail KM, Kettle C, McDonald SE, Tohill S, Thomas PW, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Med*. 2013; 11:209.
6. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12): CD006672.
7. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of

labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD002006.

8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura Pereira M, et al. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Publica.* 2014; 30(Suppl 1): S1-16.

9. Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2015; 122(9): 1157-65.

10. Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (8): CD008534.

11. Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? a UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12:57.

12. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1): CD000081.

13. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(11):CD000947.

14. Santos RCS. Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

## **3.3 Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto**

### **Introdução**

Em 2017, foi defendida a segunda tese de doutorado, no método JBI<sup>(1)</sup>, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, na maternidade pública de Macapá, Amapá. O objetivo geral deste outro estudo foi avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

Este estudo foi conduzido de julho de 2015 a março de 2016, no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), maternidade pública de referência no estado do Amapá, localizada em Macapá, que presta atendimentos às mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico. Possui mais de 160 leitos, com média mensal de 650 partos em 2015 (66,5% normais e 33,5% cesarianas).

Os dados foram obtidos por entrevista com os profissionais da equipe de saúde e puérperas e consulta aos prontuários das mulheres atendidas no HMML. Do total de 71 profissionais, 42 participaram da auditoria de base (25 enfermeiros e 17 médicos); 32 da intervenção educativa (20 enfermeiros e 12 médicos); e os mesmos 32 compuseram a amostra da auditoria pós-intervenção. Os critérios de inclusão desses profissionais foram: ser enfermeiro obstétrico, médico obstetra, residente de enfermagem ou medicina e atuar na assistência ao parto normal no HMML.

O tamanho amostral de puérperas foi definido por meio de teste de prevalência para estudos tipo antes e depois, considerando-se a taxa do uso de ocitocina na região norte do Brasil de 22,8%<sup>(2)</sup> e um estimador de redução desta taxa de 15%. Desta forma estimou-se que seriam necessárias 280 mulheres (140 antes da intervenção e 140 depois). Os critérios de inclusão foram: admitida na fase ativa ou pródromos de trabalho de parto e até oito centímetros de cérvix-dilatação; ter tido gestação de risco habitual e parto normal atual; não ser indígena e portadora de necessidades especiais.

A amostra de prontuários na auditoria de base foi selecionada das altas de puérperas ocorridas 30 dias antes do início desta fase. Foram

aplicados os mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas, selecionando 291 prontuários. Na auditoria pós-intervenção, a amostra foi de 264 prontuários, selecionada a partir das altas ocorridas 60 dias após a fase 2.

A coleta de dados ocorreu em três fases: inicialmente (entre julho e setembro de 2015), realizou-se uma auditoria de base, constituição de uma equipe, definição dos critérios de auditoria e avaliação preliminar dos desfechos e das práticas empregadas no trabalho de parto e parto normal antes da implementação das evidências. A equipe de auditoria envolveu pessoas ligadas ao processo gerencial e assistencial, os “profissionais-chave”, composta por diretores geral, técnico e clínico do HMML, gerente de obstetrícia, todos médicos; coordenadora de Enfermagem e responsável do Núcleo de Educação Permanente.

Como critérios de auditoria considerou-se algumas práticas e desfechos maternos que podem indicar a utilização das melhores evidências científicas como, aumento da taxa de parto normal, do número de acompanhantes de escolha da mulher; da frequência da posição de parto de escolha pela mulher e de posições verticalizadas; redução da taxa de amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina intravenosa, de puxo dirigido e da manobra de Kristeller. Nesta fase, realizou-se também entrevistas com os profissionais do serviço e puérperas internadas no alojamento conjunto, com 1-2 dias pós-parto. As perguntas foram relativas ao acompanhante de escolha da mulher, amniotomia, ocitocina, posições de parto, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Foram coletados dados dos prontuários de puérperas.

Na fase 2 (outubro de 2015), foi realizada uma intervenção educativa denominada “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal”, para os profissionais que participaram da auditoria de base. Neste seminário, apresentou-se a avaliação preliminar dos resultados encontrados na auditoria de base e das melhores práticas de assistência ao parto, que foram discutidas à luz das evidências científicas com os profissionais. Os diretores do HMML foram facilitadores na exposição e discussão das práticas. Além disso, disponibilizou-se material de leitura atualizado para todos os profissionais do seminário.

Contudo, apenas 18 (11 enfermeiros e 7 médicos) dos 42 profissionais da auditoria de base participaram desta fase. Assim, entre outubro

e novembro de 2015, propôs-se outra estratégia com banners, contendo a síntese das evidências, no próprio ambiente de trabalho para abranger os demais profissionais. Mais 14 profissionais (9 enfermeiros e 5 médicos) participaram desta intervenção, totalizando 32 participantes.

A fase 3 ocorreu 60 dias depois da fase 2, e realizou-se uma auditoria utilizando os mesmos instrumentos e critérios da fase 1, para identificar a aplicação das práticas discutidas no seminário e comparar com os resultados encontrados na auditoria de base.

A análise dos dados foi realizada calculando as frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas e as medidas de dispersão das variáveis quantitativas. Realizou-se análise inferencial mediante comparação dos resultados das fases 1 e 3. Para as variáveis qualitativas (comparação entre proporções) utilizou-se o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. Na amostra de profissionais, que envolveu variáveis categóricas, utilizou-se a metodologia de Modelos Lineares Generalizados para medidas repetidas, pelo teste *Generalized Estimating Equations* (GEE)<sup>(3)</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Parecer n.º 698.421/2014. A participação dos profissionais e usuárias do serviço foi voluntária, após leitura, esclarecimentos e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido ou de Assentimento.

## Resultados

Na entrevista com as puérperas, a auditoria pós-intervenção mostrou que houve aumento estatístico da presença do acompanhante de livre escolha, redução estatística de amniotomia, da posição litotômica e infusão de ocitocina (Tabela 1).



**Tabela 1** - Práticas identificadas nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016.

Variável	Puérperas				p-Valor*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Presença do acompanhante</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	117	83,6	131	93,6	
Não	12	8,6	9	6,4	<b>0,002</b>
Não era de sua escolha	11	7,8	0	0,0	
<b>Realização de amniotomia</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	74	52,5	50	35,7	
Não	66	47,5	90	64,3	<b>0,005</b>
<b>Escolha da posição do parto</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	79	56,4	84	60,0	
Não	61	43,6	56	40,0	0,545
<b>Posição no parto</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Litotômica	105	75,0	71	50,7	
Vertical/cócoras	15	10,7	59	42,1	
Lateral	12	8,6	7	5,0	<b>&lt;0,001</b>
Quatro apoios	8	5,7	3	2,2	
<b>Uso de ocitocina</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	84	60,0	60	42,9	
Não	56	40,0	80	57,1	<b>0,004</b>
<b>Incentivo ao puxo dirigido</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	111	79,3	70	50,0	
Não	29	20,7	70	50,0	<b>&lt;0,001</b>
<b>Manobra de Kristeller</b>	<b>140</b>		<b>140</b>		
Sim	29	20,7	14	10,0	
Não	111	79,3	126	90,0	<b>0,013</b>

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste Qui-quadrado

Na entrevista com os profissionais, identificou-se diminuição estatística da prescrição ou administração de ocitocina, após a intervenção. Nas demais práticas, não houve diferença estatística (Tabela 2).

Na análise dos prontuários, houve um grande número de registros sem informações. Contudo, após a intervenção, verificou-se diferença estatisticamente significativa na realização de amniotomia e no uso da posição lateral durante o parto (Tabela 3).

**Tabela 2** - Práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016.

Variável	Profissionais				p-Valor*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Possibilita presença do acompanhante</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	41	97,6	32	100	
Raramente/nunca	1	2,4	0	0,0	0,325
<b>Realiza amniotomia</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	12	28,6	6	18,7	
Raramente/nunca	30	71,4	26	81,3	0,320
<b>Possibilita escolha da posição de parto</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	33	78,6	27	84,4	
Raramente/nunca	9	21,4	5	15,6	0,521
<b>Recomenda posição litotômica</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	19	45,2	11	34,4	
Raramente/nunca	23	54,8	21	65,6	0,343
<b>Recomenda posição lateral</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	22	52,4	18	56,3	
Raramente/nunca	20	47,6	14	43,7	0,741
<b>Recomenda posição vertical</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	17	40,5	13	40,6	
Raramente/nunca	25	59,5	19	59,4	0,990
<b>Prescreve/administra ocitocina</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	19	45,2	5	15,6	
Raramente/nunca	23	54,8	27	84,4	<b>0,005</b>
<b>Orienta/incentiva puxo dirigido</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	18	42,9	7	21,9	
Raramente/nunca	24	57,1	25	78,1	<b>0,054</b>
<b>Realiza/incentiva manobra de Kristeller</b>	<b>42</b>		<b>32</b>		
Sempre/na maioria das vezes	2	4,8	0	0,0	
Raramente/nunca	40	95,2	32	100	0,716

Fonte: Dados da pesquisa. \*Teste GEE

**Tabela 3** - Práticas identificadas nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Macapá, AP, Brasil, 2015 - 2016.

Variável	Puérperas				p-Valor
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	N	%	
<b>Presença de acompanhante</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Sim	13	4,5	44	16,7	
Não	0	0,0	3	1,1	1,000*
Sem registro	278	95,5	217	82,2	
<b>Realização de amniotomia</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Sim	130	44,7	40	15,2	
Não	141	48,4	178	67,4	<0,001†
Sem registro	20	6,9	46	17,4	
<b>Posição no parto</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Litotômica	74	25,4	63	23,9	
Vertical/cócoras	20	6,9	24	9,1	
Lateral	31	10,6	9	3,4	0,013*
Quatro apoios	4	1,4	5	1,9	
Sem registro	162	55,7	163	61,7	
<b>Prescrição de ocitocina</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Sim	151	51,9	131	49,6	
Não	140	48,1	133	50,4	0,593‡
<b>Administração de ocitocina</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Sim	150	51,5	122	46,2	
Não	141	48,5	142	53,8	0,209‡
<b>Manobra de Kristeller</b>	<b>291</b>		<b>264</b>		
Sim	2	0,7	2	0,8	1,000†
Não	0	0,0	0	0,0	
Sem registro	289	99,3	262	99,2	

Fonte: Dados da pesquisa. \* Teste Fisher. † Teste Qui-quadrado

## Discussão

Este estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, teve como base o modelo de auditoria clínica e buscou avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Na área obstétrica, poucas pesquisas dedicaram-se a explorar esta temática, embora seja de grande relevância clínica e acadêmica.

O modelo de assistência encontrado nos hospitais brasileiros resulta em mulheres, sobretudo aquelas de risco obstétrico habitual, sendo expostas a intervenções desnecessárias e sem qualquer evidência que as justifique<sup>(2)</sup>. Assim, o protocolo desta pesquisa definiu algumas práticas e desfechos maternos que representam a utilização das melhores evidências na atenção ao parto e são recomendados pela OMS. No HMML, tais mudanças eram fundamentais diante do quadro constata-

do na auditoria de base, isto é, altos índices de intervenções sem recomendação científica ou mesmo consideradas iatrogênicas.

Embora este estudo tenha resultado em melhora na prática clínica, as evidências científicas na assistência ao parto não foram totalmente implementadas, possivelmente porque este é um processo complexo e contínuo, que envolve mudanças e superação de barreiras nos âmbitos individual e institucional, como indicado por outros pesquisadores<sup>(4,5)</sup>.

A literatura científica aponta diversos fatores que dificultam a implementação de evidências na prática clínica. No âmbito organizacional, as principais barreiras são a falta de tempo, instalações inadequadas e a falta de apoio<sup>(6)</sup>. No serviço onde esta pesquisa foi conduzida, encontrou-se sobrecarga de trabalho dos profissionais, pequeno número de leitos para a alta demanda de partos e falta de infraestrutura física. Destarte, a implementação de evidências poderia ter alcançado maior sucesso se houvesse um contexto organizacional que apoiasse a prática baseada em evidências.

No âmbito individual, as barreiras incluem falta de conhecimento sobre os métodos e resultados de pesquisa e atitude negativa em relação à prática baseada em evidências<sup>(6)</sup>. Soma-se a isso a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem romper com o atual paradigma de assistência ao parto<sup>(7)</sup>, provavelmente, porque foram formados previamente às políticas de humanização e à prática baseada em evidências. Ademais, a educação médica ainda não está voltada para a formação de profissionais habilitados a prestar assistência integral, de qualidade e humanizada, visto que se inclinam para reproduzir a utilização de práticas intervencionistas<sup>(7,8)</sup>.

A concorrência imposta por outras prioridades de saúde, a escassez de recursos, a falta de motivação para implementar e sustentar as mudanças na prática assistencial e a disseminação ineficaz dos resultados são fatores que contribuem para a retomada da prática anterior após a finalização de uma intervenção de pesquisa<sup>(5)</sup>.

Existe grande número de estratégias que podem contribuir para uma efetiva implementação de mudanças na prática clínica, que são baseadas em diferentes teorias sobre comportamento humano, mudança profissional e desempenho organizacional. A literatura sugere que, por meio da combinação destas diferentes abordagens, mudanças reais e sustentáveis podem ser alcançadas<sup>(9)</sup>.

Após a intervenção educativa, houve um incremento de 8,3% na taxa de parto normal, possivelmente estimulado pela discussão acerca da implementação das práticas baseadas em evidências científicas no seminário. Entretanto, em razão das limitações do delineamento do estudo, não é possível afirmar que este foi o único determinante para esta mudança, uma vez que dados adicionais, como a situação de risco das mulheres durante a progressão do trabalho de parto e as indicações para realizar a cesariana, não foram analisados. De qualquer forma, notou-se que mais profissionais passaram a adotar práticas que contribuem para viabilizar o parto normal, tais como a presença de acompanhante, redução da amniotomia e da infusão de ocitocina.

A auditoria pós-intervenção revelou aumento significativo do número de mulheres que tiveram acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. O apoio individual tem efeitos clínicos benéficos para a mulher e seu bebê comprovados por evidência científica, resultando em trabalho de parto mais curto, maior possibilidade de ter parto espontâneo, menor necessidade de analgesia, menos neonatos com índice de Apgar baixo no quinto minuto e relatos de insatisfação com o parto que deveria ser garantido para toda mulher<sup>(10)</sup>.

No Brasil, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no parto é garantida, há mais de dez anos, pela Lei Federal n.º 11.108, de 7 de abril de 2005<sup>(11)</sup>. Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou, por meio da Resolução Normativa n.º 387, que os atendimentos obstétricos no setor privado devem cobrir despesas do acompanhante, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, independente do seguro saúde<sup>(11)</sup>.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto também reforça a recomendação para que as mulheres tenham acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoa de fora da rede social da mulher<sup>(12)</sup>. A OMS classifica esta prática como demonstradamente útil e que deve ser estimulada, uma vez que contribui para a humanização do cuidado e para a redução de intervenções obstétricas desnecessárias<sup>(13)</sup>.

Não obstante, é importante destacar que, nos últimos anos, houve dificuldade na legitimação da garantia desse direito no Brasil, sobretudo por resistência dos profissionais à presença do acompanhante, falta de estrutura física, recursos humanos e materiais nas instituições de saúde

e falta de apoio e diretrizes institucionais para a implementação da Lei do Acompanhante<sup>(8)</sup>.

No HMML, a estrutura do antigo centro obstétrico, atual CPN, não oferecia condições físicas para instalar satisfatoriamente as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais do serviço. Em 2014, essa estrutura sofreu mudanças para adequação da ambiência prevista na atual política de assistência à mulher, da Rede Cegonha/MS. Assim, as modificações no espaço associadas à intervenção educativa, realizada neste estudo, podem justificar o aumento do relato da presença do acompanhante de escolha da mulher no parto.

A redução da taxa de amniotomia após a intervenção foi um achado inesperado, pois, no HMML, esta prática era realizada associada à infusão de ocitocina sob a justificativa de reduzir o tempo de permanência das mulheres no centro de parto, em razão da elevada demanda por atendimento. A amniotomia antes da dilatação cervical completa é, frequentemente, utilizada para acelerar o trabalho de parto, mas a eficácia desta intervenção não foi comprovada e permanece como objeto de debate e investigação.

Dois revisões sistemáticas, sem metanálise, foram conduzidas para avaliar a efetividade do manejo ativo do trabalho de parto. A primeira, com 5.390 mulheres, avaliou se este tipo de manejo reduz o número de cesáreas em gestação de risco habitual e se melhora a satisfação da mulher. As práticas incluíram a amniotomia de rotina, infusão de ocitocina e apoio individual no trabalho de parto. Os autores concluíram que o manejo ativo está associado a pouca redução na taxa de cesariana, mas é altamente prescritivo e intervencionista, sendo necessários mais estudos para avaliar aceitabilidade deste manejo pelas parturientes<sup>(14)</sup>.

A segunda revisão concluiu que não há evidências de que a amniotomia esteja associada à redução da duração do período de dilatação, taxa de cesariana, satisfação materna e índice de Apgar no quinto minuto<sup>(15)</sup>. Portanto, não deve ser adotada rotineiramente como parte da assistência à parturiente.

Quanto à posição de parto, houve redução significativa no uso da litotomia e aumento expressivo na adoção das verticalizadas, pós-intervenção. Tal achado pode se justificar pela maior participação das enfermeiras obstétricas no seminário. Além disso, notou-se que, na prática diária, houve maior adesão dessas profissionais em orientar as

mulheres quanto às diferentes posições no parto e a possibilitar a sua livre escolha.

Nossos resultados coincidem com os achados do estudo realizado no Brasil, no qual os autores observaram que, após uma intervenção educativa com os profissionais da maternidade, as posições verticalizadas foram adotadas por todas as parturientes, enquanto a litotômica deixou de ser utilizada, com diferença estatística<sup>(1)</sup>.

Na assistência humanizada, recomenda-se à mulher a liberdade de escolha de posição no trabalho de parto e parto, entretanto, no Brasil, a posição litotômica continua sendo utilizada no período expulsivo na maioria das parturientes<sup>(2)</sup>.

Estudo mostra que, quando as mulheres adotam posições verticais, os benefícios físicos e psicológicos incluem menor duração do trabalho de parto, menos intervenções e dor severa e maior satisfação com o parto<sup>(16)</sup>. Revisão sistemática concluiu que ainda não é possível estimar os riscos e benefícios das diferentes posições no parto, em razão da baixa qualidade metodológica dos estudos disponíveis. Assim, cada mulher deve ter a possibilidade de optar pela posição que queira assumir no parto. Contudo, na posição verticalizada, sem anestesia peridural, há redução significativa dos partos assistidos, menor frequência de episiotomia e aumento de lacerações perineais de segundo grau<sup>(17)</sup>.

A pós-auditoria revelou também redução estatística no número de mulheres submetidas à infusão de ocitocina no trabalho de parto. Tal desfecho pode ser explicado pelo impacto do seminário e pela introdução de outras práticas na assistência ao parto, como o incentivo à deambulação, banhos mornos e oportunidade da livre escolha de posição, sobretudo as verticais, que permitem acelerar o trabalho de parto.

Revisão sistemática que avaliou a utilização de ocitocina para acelerar o progresso lento da dilatação *versus* redução nas taxas de cesariana e morbidade materna e fetal, constatou que não houve diferença estatística na frequência de cesarianas e nos resultados maternos e neonatais adversos comparados ao uso tardio ou não. Em contrapartida, observou-se que o emprego precoce da droga resultou em hiperestimulação uterina associada às alterações cardíacas fetais e redução do trabalho de parto em cerca de duas horas<sup>(18)</sup>. Assim, a infusão de ocitocina no período de dilatação não deve ser adotada como rotina, mas poderia estar restrita a situações em que há necessidade da correção da dinâmica ute-

rina<sup>(13)</sup>. Desse modo, os resultados alcançados, após a intervenção educativa, parecem favorecer o alinhamento entre as práticas assistenciais e as evidências científicas, no serviço onde esta pesquisa foi conduzida.

Puxos dirigidos e manobra de Kristeller também foram significativamente reduzidos, após a intervenção educativa. Ao compararmos os resultados das puérperas entrevistadas com aqueles dos profissionais, os dados dessas práticas revelam concordância parcial, pois somente o puxo dirigido indicou uma diminuição estatística.

Independente da dilatação cervical completa, é prática frequente nas maternidades estimular a parturiente a fazer força, impedindo que ela obedeça seus próprios impulsos, desrespeitando, assim, a fisiologia do parto<sup>(13)</sup>. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto recomenda os puxos espontâneos no período expulsivo em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos<sup>(12)</sup>.

Revisão bibliográfica recente que avaliou a morbidade materna e neonatal associada ao tipo de puxo utilizado no período expulsivo constatou que os grupos não diferiram quanto às lesões perineais, episiotomias ou tipo de parto. Apenas um estudo encontrou maior escore de Apgar no quinto minuto e melhor pH da artéria umbilical no grupo do puxo espontâneo. Concluiu-se que a baixa qualidade metodológica dos estudos e as diferenças entre os protocolos não justificam uma recomendação de um determinado tipo de puxo<sup>(19)</sup>.

A justificativa dos profissionais em orientar puxos longos e dirigidos tem como finalidade encurtar o período expulsivo<sup>(13)</sup>. Contudo, a revisão sistemática que investigou a interferência do puxo dirigido no expulsivo concluiu que não há diferença na duração deste período e nas taxas de trauma perineal ao comparar com puxos espontâneos<sup>(20)</sup>. Portanto, a mulher deve ser estimulada a seguir seus próprios impulsos.

Quanto à manobra de Kristeller, outros autores estudaram 8.097 mulheres submetidas ao parto normal, com objetivo de verificar os efeitos dessa manobra. Os autores constataram que, apesar da menor duração do segundo período, houve aumento importante do risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência urinária seis meses após o parto. No RN, houve distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto, de sequelas fetais como hipoperfusão e paralisia cerebral<sup>(21)</sup>.

As práticas e os desfechos maternos identificados nas entrevistas



dos profissionais mostraram que, após a intervenção, todos eles relataram possibilitar a presença do acompanhante de escolha da mulher “sempre ou na maioria das vezes”, mas sem diferença estatística, pois quase todos já o faziam antes da intervenção. Esse achado foi semelhante ao encontrado nas entrevistas das mulheres. Assim, pode-se inferir que a intervenção educativa melhorou essa prática, ratificando a manutenção das evidências científicas.

Em relação à amniotomia, embora tenha ocorrido diminuição do número de profissionais que referiam realizar este procedimento “sempre ou na maioria das vezes”, este resultado não foi significativo. Esse achado difere daquele obtido nas entrevistas das puérperas, provavelmente devido ao pequeno número de profissionais entrevistados.

Vale destacar que, em virtude da falta do amnioskópio no cenário deste estudo, a amniotomia é utilizada como método de avaliação do aspecto do líquido amniótico, fato que pode ter contribuído para a manutenção das taxas elevadas do procedimento e a dificuldade na mudança da prática assistencial.

Quanto à posição para o parto, diferente do relato das puérperas, não houve diferença significativa na redução da taxa de litotomia. Constata-se também que as entrevistas dos profissionais e das puérperas revelaram que não houve diferença significativa na possibilidade de escolha da posição do parto pela parturiente, mostrando que a definição da posição ainda é centrada no profissional.

Estudo em dois hospitais da Nigéria que teve como objetivo identificar a relação entre posições de parto e trauma perineal, revelou elevadas taxas de litotomia. As mulheres que adotaram essa posição (85%) relataram não ser útil para o progresso do parto, mas não tinham possibilidade de escolha devido à imposição dos profissionais. As parteiras utilizaram essa prática em 98% dos partos, justificando condição imposta pela instituição. O uso rotineiro da posição litotômica é uma cultura médica incorporada nesses hospitais e as parteiras são educadas e treinadas para assistir as mulheres nesta posição<sup>(22)</sup>.

O cuidado mais efetivo é aquele no qual a parturiente é a figura central e suas necessidades são valorizadas em detrimento das exigências dos profissionais ou das instituições.

A prescrição/administração de ocitocina no parto indicou diminuição estatística, após a intervenção. Vale ressaltar que, nos anos que an-

tecederam a intervenção, este fármaco era prescrito, rotineiramente, associado à amniotomia, para o manejo ativo do parto, sobretudo pelo profissional médico, sob a justificativa de reduzir o tempo da mulher no centro obstétrico, em razão da alta demanda por atendimento.

A administração de ocitocina associada ou não à amniotomia precoce não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem<sup>(12)</sup>.

Revisão sistemática que comparou a dose inicial baixa contra alta dose de ocitocina apontou que a maior dosagem do medicamento reduziu, significativamente, a duração do parto ( $\pm 3,5h$ ), a taxa de cesariana e aumentou a de parto vaginal. Concluiu-se que não há evidências suficientes para recomendar a utilização de altas doses de ocitocina em mulheres com progressão lenta do trabalho de parto e mais pesquisas devem avaliar esse efeito<sup>(23)</sup>.

Assim como nas entrevistas com as puérperas, houve redução significativa em orientar ou incentivar puxos dirigidos e manobra de Kristeller, após a intervenção educativa. A diminuição dessas intervenções, embora satisfatória, não permitiu alcançar o critério de auditoria definido, inicialmente. A manutenção dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller mostra que ainda há resistência dos profissionais em modificar o modelo de assistência intervencionista baseado em crenças ou experiências prévias. Como o hospital é de ensino, este cenário é ainda mais preocupante, dado que pode resultar na perpetuação deste modelo de atenção ao parto.

Desde o planejamento deste estudo, tinha-se conhecimento que haveria dificuldade em resgatar informações dos prontuários, sobretudo algumas práticas que, embora realizadas, frequentemente são ocultadas, principalmente em razão do risco que representam para a parturiente e conceito, como, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Outras como uso de ocitocina, amniotomia, posição adotada no parto e presença de acompanhante foram escolhidas por serem importantes indicadores na área obstétrica e, em geral, registradas no prontuário. Para algumas dessas variáveis, a quantidade e a qualidade dos registros foram deficientes, limitando a discussão dos achados deste estudo.

Após a intervenção educativa, o registro da presença do acompanhante aumentou, mas sem diferença estatística, provavelmente porque esta informação ainda não constava em mais de 80% dos prontuários.

Por outro lado, todos os profissionais entrevistados na fase 3 relataram possibilitar a presença do acompanhante “sempre ou na maioria das vezes” e mais de 90% das puérperas informaram ter a presença de um acompanhante no trabalho de parto.

Quanto à prática de amniotomia, constatou-se que houve uma diminuição nos registros em prontuários, após a intervenção, com diferença significativa. Esse resultado equipara-se aos relatos das puérperas, mas diverge daqueles dos profissionais. Vale esclarecer que se considerou como amniotomia não efetuada sempre que havia descrição no prontuário sobre a bolsa amniótica íntegra na admissão, sem referência de ruptura artificial até o parto. Além disso, na auditoria pós-intervenção, verificou-se mais do que o dobro da falta de registros dessa prática comparado à auditoria de base.

O registro da integridade das membranas é um dado importante na evolução do trabalho de parto frente as repercussões negativas da rotura artificial na saúde materna e fetal. Há evidências de que efeitos indesejáveis podem resultar desta intervenção, como incremento de desacelerações precoces dos batimentos cardíacos fetais e maior risco de infecção fetal e puerperal<sup>(12)</sup>. Assim, é essencial estimular o registro desta informação no prontuário.

Quanto às posições adotadas no período expulsivo, os registros nos prontuários mostraram que, após a intervenção educativa, houve diminuição da posição litotômica, enquanto as verticais/cócoras aumentou, com diferença significativa. Este achado corrobora os relatos das puérperas, mas não os dos profissionais, provavelmente, devido ao pequeno número de profissionais entrevistados.

Os registros nos prontuários concernentes à prescrição de ocitocina no trabalho de parto revelaram que essa prática proporcionalmente foi reduzida após a intervenção educativa, mas sem diferença estatística. Na auditoria pós-intervenção, constatou-se que a utilização da ocitocina, no período de dilatação, reduziu a frequência em todas as fontes da coleta de dados auditadas, ou seja, puérperas, profissionais e prontuários. Destaca-se que, para esta variável, os registros estavam disponíveis nos prontuários.

Esses achados são coincidentes com aqueles do estudo que implementou intervenções na assistência ao parto normal, com o objetivo de investigar possíveis mudanças nas práticas dos profissionais. Os auto-

res demonstraram diminuição de algumas práticas importantes, entre as quais, uso liberal da ocitocina e ruptura artificial de membranas após a intervenção, com diferença estatística<sup>(30)</sup>.

A ausência dos critérios de auditoria pré-definidos no JBI para as práticas implementadas foi uma limitação importante nesse estudo. Outras limitações foram a elevada falta de registros das práticas nos prontuários, a coleta não randomizada de puérperas entrevistadas e a dificuldade no recrutamento dos profissionais.

Nossos achados trazem contribuições para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, eliminam os cuidados empíricos, rotineiros e desnecessários à mulher e melhoram a prática clínica.

## **Conclusão**

Nossos resultados permitem inferir que a metodologia de implementação de evidências científicas melhorou algumas práticas obstétricas e desfechos maternos. A taxa de parto normal aumentou significativamente. Nos outros desfechos, as melhoras encontradas variaram de acordo com a fonte de informação. Na perspectiva das puérperas, houve aumento significativo da presença do acompanhante de livre escolha no trabalho de parto e da posição vertical/cócoras. Redução significativa da amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina, dos puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Na perspectiva dos profissionais, as práticas que apresentaram diminuição estatística foram prescrição/administração de ocitocina no trabalho de parto e incentivo/orientação aos puxos dirigidos. Análise dos prontuários mostra redução estatística de amniotomia e da posição litotômica, com consequente aumento das posições verticais/cócoras.

## **Referências**

1. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): 716-25.

2. Leal MC, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.
3. Guimarães LSP, Hirakata VN. Uso do modelo de equações de estimações generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*. 2012; 32(4): 503-11.
4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012.
5. Bick D, Chang YS. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev Enf USP*. 2014; 48(4): 583.
6. Shifaza F, Evans D, Bradley H. Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators to Implement EBP in the Maldives. *Adv Nurs*. 2014.
7. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Text Context Nursing*. 2012; 21(2): 329-37.
8. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Text Context Nursing*, 2014; 23(2): 270-7.
9. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. Chichester: John Wiley; 2013.
10. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;15;7.
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa n.º 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos

privados de assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

13. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

14. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (9).

15. Wei S, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (8).

16. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth.* 2012; 25(3): 100-6

17. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 16(5).

18. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, 2013; (10).

19. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecol Obstet Fertil.* 2016; 44(10): 578–83.

20. Lemos A, et al. Pushing/bearing down methods for the second

stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (10).

21. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014; 40(4): 946-53.

22. Diorgu FC, et al. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth;* 2016.

23. Kenyon S, et al. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (7).

24. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Translating evidence into practice in childbirth: a case from the Occupied Palestinian Territory. *Women Birth.* 2013; 26: 82-9.

## 3.4 Implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal

### Introdução

Em 2021, defendeu-se a dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, no método JBI<sup>(1)</sup>, sendo a primeira realizada na maternidade pública de Santana, Amapá. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras.

O estudo foi conduzido de maio a novembro de 2019, no centro obstétrico da maternidade do Hospital Estadual de Santana (HES), uma instituição do SUS, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA), localizada no município de Santana, à 17 km da capital do Estado. No centro obstétrico, há uma sala de pré-parto com três camas sem divisórias e uma sala de parto com duas mesas para assistência no período expulsivo. O alojamento conjunto da maternidade possui 35 leitos instalados. O HES atende apenas mulheres de risco habitual obstétrico. Em janeiro de 2020, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) registrou 220 partos, sendo 73% partos normais e 27% cirúrgicos. A equipe obstétrica conta com 14 parteiros, quatro enfermeiros e 10 médicos.

A população desta pesquisa foi constituída por 12 parteiros (quatro enfermeiros e oito médicos) do HES. Os profissionais elegíveis foram aqueles que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro ou médico; possuir o título de especialista em obstetrícia ou estar cursando especialização ou ser residente nessa especialidade; e atuar na assistência direta ao parto normal nos últimos 12 meses. Apenas dois profissionais foram excluídos porque não participaram das intervenções propostas.

Na fase 1 da pesquisa ou pré-auditoria, foram realizadas as seguintes atividades: a) constituição da equipe de auditoria; b) definição dos critérios de auditoria; c) Auditoria de base.

a) *Equipe de auditoria*: a equipe de auditoria foi estabelecida a partir de reuniões prévias com o diretor geral do HES (autorizou a auditoria e a



intervenção), a coordenadora de enfermagem e o chefe de obstetrícia (foram comunicados sobre o projeto para aumentar a adesão entre os participantes), o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do HES (colaborou na logística da intervenção proposta na implementação das práticas), enfermeiros da maternidade do HES (colaboradores na logística das reuniões, auditoria e intervenção) e os próprios pesquisadores responsáveis pela auditoria, intervenção, coordenação e supervisão do projeto.

b) *Crêterios de auditoria*: para determinar os nı́veis de cumprimento das recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistêncı́a ao Parto Normal (DNAPN/MS)<sup>(2)</sup>, foram utilizados alguns crêterios de auditoria estabelecidos a partir de reuniões prėvias como equipe de auditoria e divididos em práticas e intervenções, a saber: *práticas obstétricas*: deambulação ou movimentação; banho de chuveiro; avaliação do trauma perineal (classificaçāo da laceraçāo); uso do anestésico (episiotomia e reparo de lacerações); uso de ocitocina na terceira fase do parto; conduta ativa na terceira fase do parto; técnica de proteçāo manual do perı́neo; ingestāo de líquidos e alimentos; clampeamento do cordāo umbilical apés o 1º minuto; reparo de todas as lacerações perineais, inclusive, de 1º grau; exame retal apés o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau; presença do acompanhante de livre escolha da mulher; massagem de relaxamento; posiçāo no parto de escolha da mulher; uso da sutura contı́nua nāo ancorada na mucosa e no músculo; uso da técnica de sutura contı́nua intradérmica na pele; posiçāo no parto de cócoras; posiçāo no parto de quatro; posiçāo no parto lateral; uso do fio sintético absorvı́vel na sutura perineal; compressa morna no perı́neo para prevenir trauma; *intervenções obstétricas*: uso do fio biológico categutê na sutura perineal; técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos; posiçāo no parto supina ou semi-supina (litotômica); puxos dirigidos; uso da manobra de kristeller; uso de amniotomia de rotina; uso de ocitocina de rotina na primeira fase; episiotomia de rotina.

c) *Auditoria de base*: para identificar as práticas obstétricas recomendadas ou realizadas por parteiros do Hospital Estadual de Santana, antes da intervençāo educativa, realizou-se 12 entrevistas face-a-face com os parteiros (quatro enfermeiros e oito médicos), através de um questionário estruturado (Apêndice A), entre os meses de maio e junho de 2019. O questionário possui 29 questōes e cinco opçōes de respostas

tipo “escala de *Liker*”: "nunca", "raramente", "as vezes", "maioria das vezes" e "sempre", atribuídas a valores lineares numéricos de 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente. As entrevistas ocorreram no tempo médio de 15 minutos para cada profissional, no hospital, nos diferentes turnos e dias da semana.

Optou-se, nesta pesquisa, por respostas tipo *Likert* porque serem esquemas psicométricos de pontuação de itens muito populares para tentar quantificar as opiniões, interesses ou eficácia percebida de uma intervenção<sup>(3)</sup>.

As perguntas do questionário dos profissionais estão relacionadas aos critérios de auditoria estabelecidos a partir das recomendações das DNAPN/MS.

Os dados da auditoria de base permitiram avaliar o impacto da intervenção educativa nas práticas obstétricas dos profissionais, na fase 3 da pesquisa, em conformidade com as DNAPN/MS.

Na fase 2, foram realizadas duas intervenções educativas direcionadas aos profissionais de saúde envolvendo “auditoria e *feedback*” e “diretrizes de prática clínica”, recomendadas pela *Cochrane collaboration*<sup>(4)</sup> em sua taxonomia de intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento de profissionais de saúde. Assim, a fase 2 foi iniciada logo após cada entrevista, onde apresentou-se e discutiu-se as evidências científicas de acordo com os critérios de auditoria e as recomendações das DNAPN/MS.

No *feedback*, de tempo variável entre 10 e 15 minutos, um resumo verbal do desempenho dos profissionais pôde incluir as recomendações na prática clínica. Além disso, em agosto de 2019, 12 *banners*, medindo 120 x 90 centímetros, foram fixados em forma de adesivos na recepção da maternidade e nas salas de parto para reforçar aos profissionais àquelas recomendações das DNAPN/MS (Foto 1 e 2).

Foto 1 - Banners na recepção da maternidade do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

A estratégia de intervenção educativa com *banners* foi proposta porque sabe-se que em relação à outras já utilizadas e avaliadas, ainda há pouca evidência sobre o seu impacto na translação de conhecimento<sup>(5,6)</sup>.

Foto 2 - Banners na sala de pré-parto e de parto do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Contudo, neste ponto, é importante destacar que, entre 48h e 72h, após o início da exposição dos *banners*, nove foram “removidos” por um profissional médico que atua na assistência ao parto no local do estudo, restando apenas três na recepção maternidade do HES, que foram, finalmente, “descartados” no dia 18 de setembro de 2019, isto é, no 48º dia de intervenção em uma reforma do HES.

Na fase 3 ou pós-auditoria e, considerando que o JBI não estabelece prazos fixos para que a pós-auditoria ocorra, foi proposto, inicialmente,

que a terceira fase da pesquisa fosse iniciada 90 dias após o término da fase 2, isto é, a partir de 1º de novembro de 2019. No entanto, considerando a interrupção da fase 2, a pós-auditoria foi iniciada 60 dias após a data da intervenção, a partir de 1º de outubro de 2019, com a finalidade de comparar os resultados.

Nesta fase, os pesquisadores entrevistaram nove profissionais (quatro enfermeiros e cinco médicos) daqueles que participaram da pré-auditoria e que atuaram na assistência ao parto, durante o período em que os *banners* estavam disponíveis no HES, utilizando-se os mesmos instrumentos (questionário de repetição) e critérios de inclusão. Portanto, nas fases 1 e 3, foram utilizadas amostras dependentes de profissionais.

Os dados foram tabulados utilizando o *software Microsoft® Office Excel*, versão 2013, constituindo o banco de dados de cada etapa do estudo. A análise descritiva e inferencial foi realizada no *software IBM SPSS®*, versão 25.0. Para a análise descritiva foram calculados o *Ranking Médio*<sup>(7)</sup> e *Ranking Médio Total*<sup>(8)</sup> da escala tipo *Likert*, apresentados em tabelas, em ordem decrescente, de acordo com a frequência de recomendação ou realização pelos profissionais.

A análise inferencial foi feita mediante a comparação entre os resultados da etapa 1 com a etapa 3 (antes e depois da intervenção). Inicialmente foi testada a aderência dos dados aos padrões de normalidade e homogeneidade pelos testes de Shapiro-Wilk e Levene. Após, para testar as diferenças entre os critérios de auditoria foi utilizado o *teste t de Student*. Diferenças foram consideradas significativas quando o p-valor foi menor que 0,05 para um intervalo de confiança de 95%.

Para analisar a escala tipo *Likert* foi utilizado o cálculo do *Ranking Médio (RM)*, que é a soma dos valores de um a cinco atribuídos para cada critério, dividida pelo número de sujeitos respondentes. Desta forma, o RM foi obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{RM} = \Sigma \text{VC} / \text{NT}, \Sigma = \text{soma}; \text{VC} = \text{valores de cada critério}; \text{NT} = \text{n}^\circ \text{ total de respondentes}$$

No RM<sup>(7)</sup>, considera-se que o escore do RM > três demonstra profissionais mais favoráveis à recomendação ou realização das práticas ou das intervenções obstétricas, enquanto que o escore do RM < três indi-

ca profissionais menos favoráveis. O escore do RM = três representa o “ponto neutro” na escala tipo *Likert*, isto é, profissionais nem mais e nem menos favoráveis à recomendação ou realização de práticas ou intervenções obstétricas.

Além disso, verificou-se também o *Ranking* Médio Total (RMT)<sup>(8)</sup>, que é a soma dos valores sumativos de todos os critérios, dividida pelo número de sujeitos respondentes. No RMT<sup>(8)</sup>, todas as escalas verdadeiras devem necessariamente incluir perguntas múltiplas sobre um determinado tópico cuja pontuação sumativa reflete a escala ou a medida. O RMT foi obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{RMT} = \Sigma \text{VSC} / \text{NT}, \Sigma = \text{soma}; \text{VSC} = \text{valores sumativos de todos os critérios}; \text{NT} = \text{n}^\circ \text{ total de respondentes}$$

Desta forma, para as práticas obstétricas, o RMT poderia variar de 21 a 105, pois cada respondente atribuiu uma nota de um a cinco para os 21 critérios de auditoria e a soma dessas notas gerou um valor, que quanto mais próximo de 105, melhores são as práticas de assistência ao parto (de acordo com as DNAPN/MS), e quanto mais próximo de 21, mais em desacordo elas estão. Para as intervenções obstétricas, segue-se a mesma lógica, nota de um a cinco para cada um dos oito critérios de auditoria, com RMT que vai de oito a 40, onde quanto mais próximo o valor de 40, mais intervenções desnecessárias o parteiro recomenda ou realiza, e quanto mais próximo de oito, menos intervenções.

A variável independente foi a intervenção educativa (fase 2) do estudo, visando à implementação das práticas recomendadas pelas DNAPN/MS.

Foram consideradas como variáveis dependentes todos os critérios de auditoria estabelecidos, avaliados e comparados antes e após a intervenção educativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sob o parecer nº 2.853.419. Também foi solicitada a autorização do NEPS/HES antes do início da coleta de dados. Em todas as etapas do estudo, a participação dos profissionais foi voluntária, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando-se as normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, as práticas obstétricas que tiveram diferença estatística na recomendação foram ‘uso do fio sintético absorvível na sutura perineal’ ( $p=0,003$ ) e ‘compressa morna no períneo como técnica de prevenção do trauma’ ( $p=0,031$ ). Para as práticas de ‘banho de chuveiro’, ‘avaliação do trauma perineal’, ‘clameamento do cordão umbilical’, ‘exame retal’, ‘massagem de relaxamento’, ‘posição no parto de escolha da mulher’ e ‘uso de suturas contínuas’, houve adesão favorável ( $RM>3,00$ ) dos profissionais e aumento na diferença média, mas sem significância estatística entre as fases 1 e 3 (Tabela 1).

A recomendação do uso da manobra de Kristeller foi a única intervenção obstétrica em que houve diferença estatística ( $p=0,023$ ), entre as fases 1 e 3 do estudo. Houve ainda adesão favorável ( $RM>3,00$ ) dos profissionais para as intervenções ‘uso do fio biológico catagute na sutura perineal’, ‘uso da técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos’ e ‘posição no parto litotômica’, mas, com redução na diferença média e sem significância estatística entre as fases 1 e 3 (Tabela 2).

De acordo com o *Ranking* médio total, houve aumento de 7,5% da proporção de profissionais favoráveis à recomendação de práticas obstétricas, após a exposição dos *banners*, porém, sem diferença estatística significativa ( $p=0,176$ ). Por outro lado, reduziu em 15,8% a proporção de profissionais recomendando intervenções obstétricas desnecessárias, com diferença estatística ( $p=0,024$ ) (Tabela 3).

**Tabela 1** - *Ranking* Médio da escala *Likert* das práticas obstétricas recomendados ou realizados por obstetras do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.

Práticas obstétricas	Fase 1	Fase 3	Diferença média	p-valor*
	RM <i>Likert</i>	RM <i>Likert</i>		
Deambulação ou movimentação	4,92	4,56	-0,36	0,370
Banho de chuveiro	4,67	5,00	0,33	0,144
Avaliação do trauma perineal (classificação da laceração)	4,50	5,00	0,50	0,217
Uso do anestésico (episiotomia e reparo de lacerações)	4,42	3,89	-0,52	0,381
Uso de ocitocina na terceira fase do parto	4,33	3,44	-0,88	0,164
Conduta ativa na terceira fase do parto	4,33	4,33	0	1,000
Técnica de proteção manual do períneo	4,17	3,44	-0,72	0,260
Ingestão de líquidos e alimentos	4,00	4,00	0	1,000
Clampeamento do cordão umbilical após o 1º minuto	4,00	4,56	0,56	0,162
Reparo de todas as lacerações perineais, inclusive, de 1º grau	3,67	3,33	-0,34	0,455
Exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau	3,42	3,78	0,36	0,675
Presença do acompanhante de livre escolha da mulher	3,00	2,00	-1,00	0,202
Massagem de relaxamento	3,00	4,00	1,00	0,116
Posição no parto de escolha da mulher	2,75	4,00	1,25	0,06
Uso da sutura contínua não ancorada na mucosa e no músculo	2,58	3,44	0,86	0,240
Uso da técnica de sutura contínua intradérmica na pele	2,58	3,44	0,86	0,240
Posição no parto de cócoras	2,33	2,56	0,23	0,651
Posição no parto de quatro	2,00	2,22	0,22	0,680
Posição no parto lateral	1,83	2,11	0,28	0,586
Uso do fio sintético absorvível na sutura perineal	1,25	3,00	1,75	<b>0,003</b>
Compressa morna no períneo para prevenir trauma	1,00	2,33	1,33	<b>0,031</b>

Fonte: Dados da pesquisa. \**Teste t de Student*

**Tabela 2** - *Ranking* Médio da escala *Likert* das intervenções obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.

Intervenções obstétricas	Fase 1	Fase 3	Diferença média	p-valor*
	RM <i>Likert</i>	RM <i>Likert</i>		
Uso do fio biológico catagute na sutura perineal	4,83	4,44	-0,39	0,130
Técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos	3,58	3,11	-0,47	0,479
Posição no parto supina ou semi-supina (litotômica)	3,67	3,22	-0,45	0,341
Puxos dirigidos	2,67	1,89	-0,78	0,145
Uso da manobra de Kristeller	2,42	1,78	-0,64	<b>0,023</b>
Uso de amniotomia de rotina	2,33	1,78	-0,55	0,189
Uso de ocitocina de rotina na primeira fase do parto	1,92	1,56	-0,40	0,337
Episiotomia de rotina	1,42	1,44	0,02	0,929

Fonte: Dados da pesquisa. \**Teste t de Student*

**Tabela 3** - *Ranking* médio total das práticas e intervenções obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.

Ranking médio total	RMT	RMT	Dife- rença relativa	p-valor
	Fase 1 (n=12)	Fase 3 (n=9)		
Práticas obstétricas	68	73,1	7,5%	0,176
Intervenções obstétricas	22,8	19,2	-15,8%	<b>0,024</b>

\**Teste t de Student*

## Discussão

Em relação às práticas obstétricas avaliadas neste estudo, os resultados mostram que após o período de intervenção com os *banners*, houve diferença estatística no aumento da proporção favorável de profissionais que recomendam ‘a sutura perineal com fio sintético absorvível’ e ‘a técnica de compressa morna no períneo’.

Para essas duas práticas, que também foram enfatizadas nos *banners* como recomendadas pelas DNAPN/MS, os profissionais compreenderam a importância de recomendá-las para reduzir morbidades maternas associadas ao trauma perineal. Mas, ainda há material indisponível ou inadequado e faltam treinamentos ou atualização para os profissionais no local do estudo.

O uso de suturas sintéticas absorvíveis de lacerações e episiotomias de primeiro e segundo grau resultam em menor probabilidade de dor perineal até o terceiro dia pós-parto, de dispareunia e de deiscência, do que as suturas de catégute<sup>(9,10)</sup>. O tempo que leva para a sutura sintética ser absorvida é preocupante, mas se for utilizado o material de sutura de poliglactina-910 de absorção rápida, se reduz a necessidade de remoção dessa sutura<sup>(11)</sup>.

Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane<sup>(12)</sup> com 15.181 mulheres, concluiu que o uso de compressa morna pode reduzir a ocorrência de lesões perineais de terceiro e quarto grau. O procedimento mostrou-se aceitável para as mulheres e tem sido recomendado por entidades internacionais<sup>(13,14)</sup> para os cuidados na segunda fase do trabalho de parto.

Embora sem diferença estatística, outras oito práticas obstétricas tiveram aumento na proporção favorável de profissionais em recomendá-las, após a exposição dos *banners*. Esses achados foram considerados satisfatórios porque essas práticas eram incipientes e raramente foram



utilizadas no local do estudo.

No que diz respeito às intervenções obstétricas, os resultados mostram que após a exposição dos *banners*, só houve diferença estatística na redução de profissionais favoráveis à recomendação da ‘manobra de Kristeller’. Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane,<sup>(15)</sup> com 3.948 mulheres, concluiu que não há evidências suficientes para o uso rotineiro da manobra de Kristeller, que além de não ser recomendada pela OMS é considerada como violência obstétrica,<sup>(16,17)</sup> visto que caracteriza-se como um procedimento sem evidências sólidas para apoiá-lo, podendo acarretar traumas físicos e psicológicos à mulher.

Mesmo sem diferença estatística, houve redução de profissionais recomendando ‘o uso do fio biológico categute na sutura perineal’, ‘a técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos’ e ‘a posição no parto litotômica’, após a exposição dos *banners*. Essa redução foi considerada importante porque envolve àquelas intervenções com maiores morbidades maternas. Em outros estudos<sup>(10,18,19)</sup> que utilizaram o método JBI para implementar práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, os autores observaram que para essas intervenções, após a exposição dos *banners*, enfermeiros e médicos foram menos favoráveis, mas sem significância.

Na análise do *ranking* médio total, podemos inferir que após a intervenção educativa com os *banners*, mais práticas obstétricas baseadas em evidências científicas foram observadas na conduta clínica dos profissionais entrevistados, sem significância estatística, ao passo que menos mulheres foram expostas às intervenções obstétricas, com significância.

Nossos achados foram corroborados com outros estudos<sup>(20-22)</sup> que avaliaram possíveis melhorias nos indicadores obstétricos dos profissionais enfermeiros e médicos, em comparação às DNAPN/MS, cujos resultados mostraram aumento na proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas consideradas prejudiciais.

Os resultados dessa pesquisa trazem contribuições aos profissionais que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitas práticas são empíricas e que existem evidências que podem reduzir ou prevenir morbidades maternas e melhorar a experiência da mulher no parto.

As principais limitações do estudo incluem a pequena amostra de profissionais, a escassez de tecnologias não farmacológicas e não

invasivas na maternidade, o extravio de parte dos *banners* por um médico e a abordagem com apenas duas intervenções educativas, ao invés de multifacetada.

## Conclusão

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que as intervenções educativas com “auditoria e *feedback*” e “diretrizes de prática clínica” com uso de *banners* podem aumentar a recomendação por profissionais às práticas obstétricas baseadas em evidências científicas. O estudo confirmou a importância da educação continuada, do maior envolvimento dos profissionais obstetras e de infraestrutura disponível para a manutenção do cuidado baseado em evidências. A amostra foi pequena, mas a população total elegível do hospital era de 14 profissionais. Sugerimos novas pesquisas com mais intervenções educativas multifacetadas para avaliar sua eficácia na assistência ao parto normal.

## Referências

1. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(5): 716-25.
2. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Bishop PA, Herron RL. Use and misuse of the Likert item responses and other ordinal measures. International Journal of Exercise Science, 2015; 8(3): 297-2015.
4. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). The EPOC taxonomy of health systems interventions. [Internet]. 2016. [cited 2020 abr 20]; Available from: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>

5. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*, 2019; 17(1): 58-71.
6. Wensing M, *et al.* Educational Implementation Strategies. Improving Patient Care, 2020; 221-233. In: Wensing M, Grol R, Grimshaw J (Ed.). *Improving patient care: The implementation of change in health care*. Wiley-Blackwell: Hoboken; 2020.
7. Oliveira LH. Cálculo de ranking médio para Likert: análise dos dados. [dissertação]. Varginha (MG): Faculdade Cenecista de Varginha, Varginha, MG, 2005.
8. Carifio J, Perla R. Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical education*, 2008; 42(12): 1150-1152.
9. Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*, 2015; 3:1401.
10. Santos RCS, Riesco MLG. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaúcha Enferm*, 2016; 37(esp): e68304
11. Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013.
12. Aasheim V, *et al.* Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017.
13. World Health Organization. WHO recommendations:intrapartuum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
14. American College of ObstetriciansAnd Gynecologists. Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 2016; 165: 1-15.

15. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017.
16. Andrade POM, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2016; 16(1): 29-37.
17. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*, 2015; 5(1): 57-68.
18. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26, n.esp.
19. Santos RCS. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm. Foco*, 2017; 8(1): 27-31
20. Leal MC, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Public*, 2019; 35(7)e00223018.
21. Lopes GDC, et al. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019; 27:e3139.
22. Alves TCM, et al. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm. Foco*, 2019; 10(4): 54-60.



## **Método de implementação de práticas obstétricas baseadas em evidências: a realidade do parto normal em Macapá e Santana, Amapá: ensaios ao modelo JBI**

O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil ainda caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções obstétricas em todos os períodos clínicos do parto. Sabe-se que essas intervenções podem ser prevenidas ou reduzidas com a adoção de práticas baseadas em evidências científicas. A educação continuada de profissionais de saúde tem sido um dos métodos utilizados para melhorar os serviços de saúde. A eficácia dessas intervenções educativas em saúde tornou-se um importante campo de pesquisa científica por si só. Idealmente, essas intervenções devem ser baseadas em evidências, assim como na prática clínica. Este livro resume experiências realizadas nas maternidades de MACAPÁ e SANTANA, no AMAPÁ, na tentativa de melhorar a prática clínica de enfermeiros e médicos que atuam na assistência direta ao parto e nascimento.

