



Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto

Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study

Metodología de implantación de prácticas basadas en evidencias científicas en la asistencia al parto normal: estudio piloto

Clodoaldo Tentes Côrtes^{1,2}, Rafael Cleison Silva dos Santos^{1,2}, Adriana de Souza Caroci³, Sheyla Guimarães Oliveira¹, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de Oliveira⁴, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁴

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Amapá, Curso de Graduação em Enfermagem, Macapá, AP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Curso de Obstetrícia, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Presenting methodology for transferring knowledge to improve maternal outcomes in natural delivery based on scientific evidence. **Method:** An intervention study conducted in the maternity hospital of Itapecerica da Serra, SP, with 50 puerperal women and 102 medical records from July to November 2014. The PACES tool from Joanna Briggs Institute, consisting of pre-clinical audit (phase 1), implementation of best practice (phase 2) and Follow-up Clinical Audit (phase 3) was used. Data were analyzed by comparing results of phases 1 and 3 with Fisher's exact test and a significance level of 5%. **Results:** The vertical position was adopted by the majority of puerperal women with statistical difference between phases 1 and 3. A significant increase in bathing/showering, walking and massages for pain relief was found from the medical records. No statistical difference was found in other practices and outcomes. Barriers and difficulties in the implementation of evidence-based practices have been identified. Variables were refined, techniques and data collection instruments were verified, and an intervention proposal was made. **Conclusion:** The study found possibilities for implementing a methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery.

DESCRIPTORS

Evidence-Based Practice; Clinic Audit; Natural Childbirth; Obstetric Nursing.

Autor Correspondente:

Maria Luiza Gonzalez Riesco
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
riesco@usp.br

Recebido: 19/03/2015
Aprovado: 06/07/2015

INTRODUÇÃO

A importância de basear práticas de saúde na melhor evidência disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação é cada vez mais enfatizada na maioria dos países⁽¹⁻³⁾.

Os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, concluem que as mulheres brasileiras são expostas a intervenções desnecessárias. Para as mulheres que possuem situação socioeconômica desfavorecida houve maior utilização de procedimentos dolorosos, mas, por outro lado, elas tiveram mais acesso às boas práticas no trabalho de parto e parto. Sendo assim, considera-se importante empoderar as mulheres e promover práticas baseadas em evidências como estratégias para melhorar o modelo de assistência obstétrica, promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da sua população⁽⁴⁾.

O cuidado à saúde baseado em evidências se origina de questões clínicas relacionadas às necessidades de saúde. A partir dessas questões, o conhecimento e as evidências são gerados por meio da pesquisa. Os demais componentes desse processo são: 1) avaliação e síntese das evidências geradas pela pesquisa; 2) transferência e uso das evidências na prática; 3) avaliação do impacto do uso das evidências na melhoria da saúde⁽⁵⁾.

Embora a realização de pesquisas primárias e revisões sistemáticas sejam indispensáveis ao avanço científico na área da saúde, os componentes 2 e 3 desse processo constituem um grande desafio para a concretização do cuidado baseado nessas evidências científicas.

Diversas teorias que abordam a transferência do conhecimento, também denominada *ciência da tradução* ou *pesquisa translacional*, isolam esse processo do ciclo da Prática Baseada em Evidência (PBE) em duas modalidades: a transferência de resultados de pesquisas das ciências básicas ou de laboratório para desenvolver novas intervenções, testadas por ensaios clínicos, e a transferência do conhecimento já comprovado para uso na prática clínica. Enquanto a primeira modalidade de transferência se relaciona com o paradigma tradicional da pesquisa científica, a segunda envolve a participação ativa e a colaboração de todos os interessados no desenvolvimento metodológico para comunicar o conhecimento e articular as questões de pesquisa. As lacunas nessas duas modalidades de transferência constituem os principais obstáculos citados na literatura⁽¹⁾.

Traduzir o conhecimento em ação no cuidado em saúde é processo complexo, dinâmico, em constante evolução. Vários modelos têm sido descritos, porém uma abordagem padrão aceitável ainda precisa ser amplamente adaptada. Independentemente da abordagem ou modelo utilizado, existem, essencialmente, três lacunas críticas associadas à transferência do conhecimento para melhorar os desfechos em saúde e a qualidade dos serviços. A lacuna um diz respeito à distância entre as *necessidades de conhecimento* identificadas pelos pacientes, profissionais de saúde, governos e organizações, e o trabalho realizado por cientistas e pesquisadores. Essa lacuna é um componente vital da pesquisa translacional e tem sido trabalhada por poucos grupos, à exceção do *National Institute for Health Research* no Reino Unido. A

lacuna dois refere-se à distância entre as pesquisas teórica, epidemiológica ou de laboratório e a pesquisa clínica. Essa é a lacuna mais comumente abordada em âmbito internacional com significativa produção em diversos países; porém, para muitos, é aqui que a pesquisa translacional começa e termina. A lacuna três é considerada fundamental, mas raramente é abordada; refere-se à distância entre a aplicação clínica dos resultados das pesquisas e o desenvolvimento de condutas, ações e políticas de saúde⁽¹⁾.

Também, na Enfermagem, um dos principais desafios para o cuidado baseado em evidências é a sua implementação. Interpretações errôneas e alegações do tipo *a prática baseada em evidências não tem nada de novo, leva à enfermagem massificada, desconsiderando o cuidado individualizado e existe uma ênfase excessiva nos ensaios clínicos randomizados e nas revisões sistemáticas irrelevantes para a enfermagem* apresentam barreiras e são, muitas vezes, responsáveis pela dificuldade de promover mudanças na prática profissional⁽⁶⁾. Em geral, essas alegações relacionam-se à falta de motivação e de convicção quanto ao valor da pesquisa para a prática de enfermagem. No entanto, existem, também, barreiras relacionadas à falta de suporte organizacional, de autonomia do enfermeiro para cuidar e de educação permanente para a mudança comportamental.

Introduzir práticas que estão baseadas em evidências científicas exige mais que conhecimento e convicções, pois implica mudanças de comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento.

Tradicionalmente, a educação é a abordagem mais usada para estimular mudanças e melhoria. A eficácia das intervenções educativas destinadas a implementar cuidados eficazes e reduzir os procedimentos desnecessários varia. Abordagens em pequena escala, como as oficinas, capacitação, reuniões educativas em que a participação é geralmente ativa e a educação interativa podem ser mais eficazes, no entanto pouca evidência de pesquisa suporta isso⁽⁷⁾.

É crescente o consenso de que não basta produzir evidências de eficácia das intervenções e práticas, ou mesmo evidências de custo-efetividade para que o melhor cuidado no parto e nascimento seja prestado⁽⁸⁾. Por sua vez, as contribuições das sínteses de evidências – revisões sistemáticas e meta-análises – devem ser destacadas⁽⁹⁾. Diversos serviços – hospitais, maternidades e centros de parto normal (CPN) – vêm incorporando os resultados desses estudos e as enfermeiras e obstetrias têm uma participação importante na sua implementação na assistência ao parto e nascimento.

O objetivo deste trabalho é 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. Tem, ainda, como finalidade servir de estudo piloto para testar os instrumentos, técnicas e intervenções para uma futura pesquisa para melhorar os resultados maternos e neonatais.

MÉTODO

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de

evidências científicas na prática clínica do Instituto Joanna Briggs (JBI) sediado em Adelaide, Austrália. Essa metodologia consiste em um processo de auditoria clínica e adota a ferramenta PACES - *Practical Application of Clinical Evidence System* ou Sistema de Aplicação Prática de Evidência Clínica, que compreende três fases: 1) pré-auditoria clínica; 2) implementação de boas práticas; 3) auditoria pós-implementação.

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, ou seja, os usuários e os profissionais do serviço, em especial, os *profissionais-chave*. Estes representam as pessoas envolvidas no processo gerencial e assistencial, das quais dependem as barreiras e facilidades encontradas na instituição para o desenvolvimento do projeto. São exemplos os diretores e coordenadores, que possibilitam as condições necessárias ao projeto, os líderes e estudantes, que contribuem para disseminar o projeto, e os usuários que fornecem o *feedback* relacionado aos resultados. Ainda nesta fase, os critérios para auditoria/avaliação devem ser identificados e a auditoria de base é realizada para obter os parâmetros a serem avaliados após a implementação das práticas. Com uso do PACES, é gerada a amostra de profissionais e usuários e os critérios e parâmetros que são analisados.

Na fase 2, o PACES disponibiliza um software, denominado *Getting Research Into Practice* (GRIP), utilizado para documentar as barreiras encontradas, as estratégias para a implementação das práticas e os recursos necessários para superar os obstáculos.

A fase 3 baseia-se nos critérios e parâmetros identificados na fase 1.

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 Itapeverica da Serra, São Paulo. O CPN, caracterizado pelo 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 anestesista e um pediatra, além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

As enfermeiras obstétricas realizam todos os partos normais sem distócia. Os médicos obstetras são responsáveis por internar as parturientes, assistir os partos operatórios e distócicos e avaliar as intercorrências. Os profissionais são orientados a seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, evitando o uso rotineiro de episiotomia e infusão intravenosa de ocitocina. São utilizados métodos não medicamentosos para alívio da dor e a interação entre mãe e filho na primeira meia hora de vida é estimulada. A dieta é livre, e a mulher permanece com um acompanhante de sua escolha.

A população foi constituída por puérperas e prontuários de mulheres atendidas no serviço.

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

Na fase 1, pré-auditoria clínica, foram realizadas entrevistas 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. Houve participação da diretora do serviço, a qual autorizou a coleta dos dados e, como estratégia para aumentar a adesão, informou os profissionais sobre o projeto.

A fase 2, relacionada à implementação de boas práticas, consistiu na intervenção educativa por meio de oficina realizada para as enfermeiras e médicos obstetras. Participaram da oficina 15 profissionais, sendo seis enfermeiras obstétricas e nove médicos obstetras. Essa 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 Biblioteca Cochrane e ensaios clínicos relevantes.

Na fase 3, referente à auditoria pós-implementação, foi realizada 30 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. Nesse estágio, 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 as seguintes práticas e desfechos na assistência ao parto e nascimento: prescrição, administração e indicação para infusão endovenosa de ocitocina; métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, como: banho de chuveiro, deambulação, massagem e uso de bola de Bobath; posição no parto; escolha da posição no parto pela parturiente; tipo de puxo; uso de anestesia no parto; trauma perineal; reparo perineal; técnica e fio de sutura utilizado; dor espontânea na sutura perineal, ou seja, sem realizar atividades; dor na sutura perineal às atividades diárias; necessidade de analgesia pós-parto e satisfação da mulher com o reparo perineal.

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 (CAAE: 31700414.50000.5392) e foi autorizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Itapeçerica 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

As Tabelas 1 e 2 mostram os resultados da análise das práticas e desfechos maternos identificados nos 102 prontuários e nas entrevistas com 50 puérperas entre um a dois dias de pós-parto.

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 es-

tatística significativa. Embora, também, não tenha havido 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, sentada ou 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 se realizaram atividades na auditoria pós-intervenção. A proporção de mulheres pouco satisfeitas ou insatisfeitas com as condições do períneo diminuiu, mas sem diferença estatisticamente significativa.

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 – Itapeçerica da Serra, SP, Brasil, 2014.

| Variável | Puérperas | | | | Valor-p* |
|--|-----------|------|-----------|------|--------------|
| | Fase 1 | | Fase 3 | | |
| | n | % | n | % | |
| Prescrição de ocitocina | 25 | | 25 | | |
| Sim | 24 | 96,0 | 20 | 80,0 | 0,189 |
| Não | 1 | 4,0 | 5 | 20,0 | |
| Métodos não farmacológicos de alívio da dor | | | | | |
| 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 |
| Posição no parto | 25 | | 25 | | |
| 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 | |
| Escolha da posição pela parturiente | 25 | | 25 | | |
| Sim | 7 | 28,0 | 7 | 28,0 | 1,000 |
| Não | 18 | 72,0 | 18 | 72,0 | |
| Puxo dirigido | 25 | | 25 | | |
| Sim | 20 | 80,0 | 24 | 96,0 | 0,189 |
| Não | 5 | 20,0 | 1 | 4,0 | |
| Uso de anestesia no parto | 20 | | 19 | | |
| Sim | 19 | 95,0 | 18 | 94,7 | 1,000 |
| Não | 1 | 5,0 | 1 | 5,3 | |
| Dor espontânea na sutura perineal | 19 | | 18 | | |
| Sim | 1 | 5,3 | 10 | 55,6 | 0,001 |
| Não | 18 | 94,7 | 8 | 44,4 | |

continua...

...continuação

| Variável | Puérperas | | | | Valor-p* |
|---|-----------|------|-----------|------|----------|
| | Fase 1 | | Fase 3 | | |
| | n | % | n | % | |
| Dor na sutura perineal às atividades | 19 | | 18 | | |
| Andar ou sentar | 8 | 42,1 | 5 | 27,8 | |
| Urinar ou evacuar | 2 | 10,5 | 2 | 11,1 | |
| Andar, sentar, urinar e evacuar | 4 | 21,0 | 6 | 33,3 | 0,633 |
| Andar, sentar, urinar, evacuar e amamentar | 1 | 5,3 | 3 | 16,7 | |
| Sem dor | 4 | 21,0 | 2 | 11,1 | |
| Analgésico pós-parto | 19 | | 18 | | |
| Sim | 11 | 57,9 | 12 | 66,7 | 0,737 |
| Não | 8 | 42,1 | 6 | 33,3 | |
| Satisfação com o reparo perineal | 19 | | 18 | | |
| Muito satisfeita | 1 | 5,3 | 2 | 11,1 | |
| Satisfeita | 8 | 42,1 | 9 | 50,0 | |
| Pouco satisfeita | 4 | 21,0 | 2 | 11,1 | 0,653 |
| Insatisfeita | 3 | 15,8 | 1 | 5,6 | |
| Não sabe | 3 | 15,8 | 4 | 22,2 | |

*Teste exato de Fisher

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 au-

mentou, significativamente, após a intervenção. Para as demais práticas e desfechos, não houve diferença estatisticamente significativa.

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

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

continua...

...continuação

| Variável | Puérperas | | | | Valor-p* |
|--|-----------|------|-----------|------|----------|
| | Fase 1 | | Fase 3 | | |
| | n | % | n | % | |
| Reparo das lacerações perineais | 29 | | 31 | | |
| Sim | 3 | 10,3 | 13 | 41,9 | |
| Não | 1 | 3,4 | - | - | 0,235 |
| Sem registro | 25 | 86,3 | 18 | 58,1 | |

*Teste exato de Fisher

As variáveis *administração e indicação para infusão endovenosa de ocitocina e técnica e fio de sutura utilizados no reparo perineal* não foram analisadas em razão da falta de registro nos prontuários.

DISCUSSÃO

No presente estudo, apresentou-se uma metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, que consistiu em três fases: 1) pré-auditoria clínica; 2) implementação de boas práticas; 3) auditoria pós-implementação. Essa pesquisa permitiu testar a referida metodologia, obtendo os parâmetros a serem avaliados após a implementação de intervenções educativas sobre as melhores práticas na assistência ao parto normal.

Em relação aos desfechos maternos identificados nas entrevistas com as puérperas, observou-se que uma das práticas com diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 3 foi a posição adotada pela mulher no parto. As posições semissentada, sentada ou de cócoras foram adotadas pela maioria das puérperas no período expulsivo enquanto a litotômica não foi referida por nenhuma delas após a intervenção, sendo que essa posição havia sido utilizada em 28% dos partos na pré-auditoria. A adoção da posição lateral aumentou cinco vezes, enquanto a de cócoras ocorreu somente na auditoria pós-intervenção. Na revisão sistemática sobre diferentes posições da parturiente no período expulsivo sem anestesia epidural que incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres, os autores concluíram que houve benefícios para a posição vertical em partos normais, pois se verificou uma redução significativa nos partos assistidos e menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal⁽¹⁰⁾.

Outro resultado que mostrou diferença estatística na entrevista com as puérperas 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 de 16 estudos, com 8.184 mulheres de oito países, 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⁽¹¹⁾. Quanto ao material para sutura, outra revisão sistemática com 18 estudos e 10.171 mulheres demonstrou que o catégute comparado ao fio absorvível sintético aumentou a queixa de dor perineal no puerpério imediato⁽¹²⁾.

Merece comentar que a proporção de puérperas com trauma perineal suturado foi cerca de quatro vezes maior na fase 3 do estudo comparada à fase 1, embora os resultados não mostrem diferença estatística. No entanto, por se tratar de anotação de prontuário, não é possível assegurar a confiabilidade dessa variável, 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 das puérperas 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 e maior interesse, comparado ao dos médicos que participaram em menor número da oficina.

Um estudo longitudinal, realizado no Reino Unido em 22 serviços de maternidade, que considerou a intervenção de um programa de treinamento para obstetras e médicos e, também, apoiou a implementação da avaliação e do reparo de lacerações perineais de segundo grau e episiotomias, baseando-se em evidências científicas para melhoria da prática clínica, concluiu que a maioria dos participantes melhorou sua experiência e relatou ter usado práticas fundamentadas em evidências científicas para o reparo perineal após o treinamento. Portanto, os resultados mostraram que a intervenção educacional melhorou, significativamente, o conhecimento dos profissionais sobre as melhores práticas de reparo perineal baseadas em evidências, concluindo que a educação permanente e padronizada é essencial para a manutenção da melhoria do cuidado⁽¹³⁾.

No entanto, no atual estudo, os resultados identificados nos prontuários mostraram que após a intervenção proposta, as taxas de lacerações perineais e de episiotomia aumentaram em torno de quatro pontos percentuais, porém 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, tanto médicos como enfermeiras obstétricas, durante a oficina de boas práticas pode não ter contribuído com mais resultados significantes, modificando a crença de alguns deles de que a episiotomia protege o períneo contra outras morbidades e, também, ao decréscimo de emprego da posição lateral no parto (19,6% para 11,8%).

O resultado do presente estudo é semelhante ao encontrado por um *survey* retrospectivo realizado em nove serviços, de quatro países do Sudeste Asiático, que analisou as práticas de episiotomia antes e depois de uma intervenção multicomponente. Os autores avaliaram a influência do treinamento no emprego de evidências sobre a prática de episiotomia e trauma perineal. Nesse estudo, alguns centros participantes da pesquisa relataram aumento na taxa de episiotomia, pois cada centro implementou sua intervenção com ênfases variadas sobre práticas específicas, dependendo das necessidades percebidas. Eles identificaram uma série de barreiras para a prática da episiotomia restritiva, que incluía: medo de lacerar, dificuldade em reparar as lacerações em comparação com episiotomias, a falta de preparo do períneo, a aplicabilidade da pesquisa realizada em uma população diferente, falta de tempo e necessidade de treinar a equipe jovem⁽¹⁴⁾.

Houve, também, mudança nas práticas obstétricas no ensaio clínico randomizado controlado com 600 nulíparas que comparou as técnicas de proteção perineal (*hands on* - técnica intervencionista de proteção perineal e *hands off* - técnica expectante de proteção perineal) com a redução de traumas perineais, no Irã, pois os autores concluíram que na técnica *hands on* houve mais casos de episiotomia e laceração perineal de terceiro grau do que na técnica *hands off*⁽¹⁵⁾.

A análise dos prontuários mostrou que a prática dos métodos não farmacológicos de alívio da dor foi mais adotada após a intervenção. Constatou-se que o banho de chuveiro, a movimentação durante o trabalho de parto e a massagem foram mais frequentemente praticadas, com aumento estatisticamente significativo, que variou entre 25% e 31%. Essas práticas são consideradas um método terapêutico simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, que ajudam a parturiente na diminuição da tensão, do medo e da sensação dolorosa, além de proporcionar conforto e favorecer a formação de vínculo com a equipe de enfermagem.

O banho com água morna, seja de aspersão 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 com 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, esse banho está associado ao alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, na melhora no padrão das contrações uterinas e, conseqüentemente, na correção da distocia uterina⁽¹⁶⁾.

Além dos efeitos positivos da higiene física, o banho de chuveiro, por seu custo-benefício e fácil implementa-

ção, 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⁽¹⁷⁾.

O estímulo às posições não supinas e à liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto são práticas 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 adotem a posição de sua preferência, 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^(2,18).

Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane 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 de que a deambulação e as posições verticais na fase de dilatação reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de analgesia epidural, e isso parece não estar associado ao aumento dos efeitos negativos sobre mães e bebês. É recomendado que, se possível, as mulheres sejam 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⁽¹⁹⁾.

Por sua vez, ensaio clínico randomizado realizado com 95 participantes, entre homens e mulheres, demonstrou que a massagem aumenta os níveis sanguíneos de ocitocina e diminui os de hormônios adrenocorticotrófico e beta-endorfina⁽²⁰⁾. 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 realizadas 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⁽²¹⁾.

Neste estudo, identificou-se que apesar do PSMMZED ter protocolos para adoção das melhores práticas, estes não são seguidos por todos os profissionais e o serviço apresenta inadequações na assistência ao parto normal.

Estudo de auditoria clínica conduzido com 9.550 prontuários de parturientes, em nove hospitais de quatro países do Sudeste Asiático, mostrou que poucas práticas no cuidado perinatal auditadas foram consistentes com as melhores evidências disponíveis. Essa auditoria foi utilizada para a proposição de um projeto de implementação da prática clínica baseada em evidências, denominado SEA-ORCHID (*South East Asia Optimising Reproductive and Child Health In Developing countries*). Os autores constataram limitações em razão da falta de registros adequados das práticas no prontuário; no entanto, consideram que essa limitação foi

minimizada pela padronização dos prontuários em relação às práticas estudadas e pela coleta prospectiva dos dados⁽²²⁾.

No presente estudo, a melhora dos desfechos maternos, registrados nos prontuários na auditoria pós-intervenção (fase 3), pode ser decorrente tanto da maior utilização de boas práticas obstétricas como da melhora nos próprios registros. Esta é uma limitação relacionada a fontes de dados secundárias. Outras limitações são a falta de cálculo do tamanho amostral, a amostra por conveniência e a não aleatorização das puérperas incluídas na pesquisa.

A metodologia utilizada considera importante a participação dos profissionais nas fases 1 e 3, mediante entrevistas ou observação das práticas adotadas. Contudo, os profissionais participaram apenas das fases 1 e 2, pois embora o projeto tenha sido previamente apresentado às enfermeiras obstétricas e aos médicos, como estratégia para o aumento da adesão, houve dificuldades na coleta de dados. Os questionários elaborados especialmente para coletar informações sobre a prática desses profissionais foram respondidos somente na fase 1, com muita resistência da equipe médica, mesmo com a disponibilidade dos pesquisadores em realizar as entrevistas em todos os turnos de trabalho. Por esse motivo, os dados obtidos dos profissionais não integraram este estudo.

Conforme referido no Método, a fase 2 consistiu na oficina sobre boas práticas no parto normal. Nessa oportunidade, a diretora da maternidade apresentou as estatísticas da pré-auditoria (fase 1) aos profissionais. Ainda como limitação, é importante destacar que a participação dos profissionais foi restrita (cinco enfermeiras obstétricas e dois médicos), mesmo que tenha sido fornecido certificado de participação e oferecida remuneração aos médicos pela Autarquia Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, para participarem fora do horário de trabalho. Acredita-se que o apoio de um médico facilitador no local do estudo, capacitado e receptivo a mudanças possa ajudar na adesão destes profissionais, pois alguns médicos relataram que não gostariam de ser treinados por enfermeiros.

Vale ainda considerar que, além de barreiras relacionadas ao modelo de assistência ao parto e do próprio serviço para a implementação de boas práticas, as experiências educacionais prévias dos profissionais e as diferentes estratégias didáticas também devem ser consideradas. Nesse sentido,

o impacto das intervenções educativas para mudar o comportamento dos profissionais pode variar, considerando que este é formado muito mais por crenças, atitudes e experiências que pelas evidências científicas⁽²³⁾.

Outro aspecto fundamental refere-se à manutenção das boas práticas após sua implementação. Estudo sobre implementação de cuidados na prevenção do trauma mamilar para a promoção do aleitamento materno, realizado em um hospital universitário, em São Paulo, utilizando a mesma ferramenta PACES do JBI, enfatiza que o compromisso de manutenção das práticas baseadas em evidências deve ser contínuo, para sustentar essas melhorias no futuro⁽²⁴⁾.

Finalmente, vale destacar que este estudo piloto trouxe contribuições que para auxiliar no planejamento, amostragem, validação de técnicas e instrumentos de coleta de dados, definição das intervenções e refinamento das variáveis para a pesquisa que será realizada em uma maternidade pública do Amapá.

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, 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 receberam massagens, tiveram redução de dor nos pontos ao andar ou sentar e referiram maior satisfação com o reparo perineal. Por outro lado, mais mulheres referiram dor espontânea no local suturado.

Em relação aos dados dos prontuários, houve diminuição do uso da posição lateral, aumento do uso de ocitocina, aumento do trauma perineal, maior necessidade de analgesia, maior registro de uso não farmacológicos de alívio da dor e mais puérperas que foram submetidas ao reparo de lacerações perineais.

Propõe-se a implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, utilizando a mesma metodologia do JBI a fim de melhorar as práticas de profissionais de saúde de uma maternidade pública na cidade de Macapá, Amapá, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Apresentar metodologia de transferência do conhecimento para melhorar desfechos maternos no parto normal com base em evidências científicas. **Método:** Estudo de intervenção realizado em maternidade de Itapeçerica da Serra, SP, com 50 puérperas e 102 prontuários de julho a novembro de 2014. Utilizada a ferramenta PACES, do Instituto Joanna Briggs, que consiste de pré-auditoria clínica (fase 1), implementação de boas práticas (fase 2) e auditoria pós-implementação (fase 3). Analisaram-se os dados, comparando resultados das fases 1 e 3 com teste exato de Fisher e nível de significância 5%. **Resultados:** A posição vertical foi adotada pela maioria das puérperas com diferença estatística entre as fases 1 e 3. Pelos prontuários, verificou-se um aumento significativo de banho, deambulação e massagem para alívio da dor. Nas demais práticas e desfechos, não houve diferença estatística. Identificaram-se barreiras e dificuldades para a implementação da prática baseada em evidências. Realizou-se refinamento das variáveis e validação das técnicas e instrumentos de coleta de dados e da intervenção proposta. **Conclusão:** O estudo apontou possibilidades da metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal.

DESCRITORES

Prática Clínica Baseada em Evidências; Auditoria Clínica; Parto Normal; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Presentar metodología de transferencia del conocimiento para mejorar los resultados maternos en el parto normal en base a evidencias científicas. **Método:** Estudio de intervención llevado a cabo en maternidad de Itapeçerica da Serra, SP, con 50 puérperas y 102 fichas clínicas de julio a noviembre de 2014. Se utilizó la herramienta PACES, del Instituto Joanna Briggs, que consiste de pre auditoría clínica (fase 1), implantación de buenas prácticas (fase 2) y auditoría post implantación (fase 3). Se analizaron los datos, comparando resultados de las fases 1 y 3 con prueba exacta de Fisher y nivel de significación del 5%. **Resultados:** La posición vertical fue adoptada por la mayoría de las puérperas con diferencia estadística entre las fases 1 y 3. Por las fichas, se verificó un incremento significativo de baño, deambulación y masaje para alivio del dolor. En las demás prácticas y resultados, no hubo diferencia estadística. Se identificaron las barreras y dificultades para la implantación de la práctica basada en evidencias. Se hizo el refinamiento de las variables y la validación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos y la intervención propuesta. **Conclusión:** El estudio señaló posibilidades de la metodología de implantación de prácticas basadas en evidencias científicas en la asistencia al parto normal.

DESCRITORES

Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Auditoría Clínica; Parto Normal; Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

- 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* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 19]:792519. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/792519/>
- 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.
- Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital birth center in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 19];44(3):812-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_37.pdf
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl. 1:S17-32.
- Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207-15.
- Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Wensing M, Grol R. Educational interventions. In: Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Oxford: Elsevier; 2005.
- Riesco MLG, Oliveira SMJV. Enfermagem baseada em evidências científicas: um enfoque assistencial. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas. PROENF: saúde materna e neonatal. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Pearson A. Evidence synthesis and its role in evidence-based health care. *Nurs Clin North Am*. 2014;49(4):453-60.
- 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.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD000947.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD000006.
- Ismail KMK, Kettle C, Macdonald 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.
- Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;111(1-9):13-8.
- Rezaei R, Saatsaz S, Chan YH, Nia HS. A comparison of the "hands-off" and "hands-on" methods to reduce perineal lacerations: a randomised clinical trial. *J Obstet Gynaecol India*. 2014;64(6):425-9.
- Benfield RD, Hortobagyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010;12(1):28-36.
- 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):19-28.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID: 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24].
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2013;(8):CD003934.
- Morhenn V, Beavin LE, Zak PJ. Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotropin hormone in humans. *Altern Ther Health Med*. 2012;18(6):11-8.
- 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):CD009290.
- Sea-Orchid Study Group. Laopaiboon M, Lumbiganon P, McDonald SJ, Henderson-Smart DJ, Green S, Crowther CA. Use of evidence-based practices in pregnancy and childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing countries project. *PLoS One*. 2008;3(7):e2646.

23. Bastos MHS. Developing and pilot-testing an educational intervention to reduce the routine performance of episiotomy in Brazil [thesis]. London: Thames Valley University, 2011. Available from: <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.534484>.
24. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32.