UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS

**IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA
PREVENÇÃO E REPARO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO**

SÃO PAULO
2016

RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS

**IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA
PREVENÇÃO E REPARO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Rafael Cleison Silva dos

Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto / Rafael Cleison Silva dos Santos. -- São Paulo, 2016.

99 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Nome: Rafael Cleison Silva dos Santos

Título: Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus,

Dedico em especial, ao nosso criador, por ter permitido a realização deste trabalho.

À minha mãe,

Celeste (*in memoriam*), não há palavras para expressar a saudade, mas há a certeza de que comemora comigo esta conquista.

Às minhas irmãs e sobrinhas,

Rita, Renata, Rose, Camila, Caroline e Celeste, por dividirem comigo alegrias e dificuldades nessa conquista.

Ao meu grande amigo,

Elinaldo, que participou desta trajetória, pelo seu companheirismo e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco, minha orientadora, por ter sido muito dedicada comigo e envolvida na elaboração deste trabalho.

À professora Dra. Sônia Maria Junqueira Vasconcelos de Oliveira, pelas inúmeras contribuições durante a fase de qualificação do doutorado.

À professora Dra. Adriana de Souza Caroci, por seu conhecimento e importantes sugestões dadas no exame de qualificação do doutorado.

Às professoras Dra. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas e Dra. Margareth Ângelo, pela disponibilidade na Coordenação do Doutorado Interinstitucional (DINTER) entre a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Universidade de São Paulo (USP).

À professora Dra. Liudmila Myar Otero, ex-Coordenadora do Doutorado, por ter sido a idealizadora do projeto do DINTER/UNIFAP/USP.

Ao professor MSc. Clodoaldo Tentes Côrtes, colega de doutorado e parceiro no projeto de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, pela parceria desde o estudo piloto até o término deste trabalho.

Ao Enfermeiro Obstetra Jose Lucio Dantas Júnior Farias, ex-orientando e ex-residente em Enfermagem, pelas contribuições durante a coleta de dados e intervenção do estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da USP, pela oportunidade para cursar o Doutorado Interinstitucional.

As profissionais e puérperas do Hospital da Mulher Mãe Luzia, que contribuíram para a conclusão deste trabalho, um agradecimento especial.

EPÍGRAFE

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer” (Michel Odent)

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

RESUMO

Introdução: As taxas de episiotomia e lacerações perineais espontâneas no parto normal apresentam grande variação entre os diferentes serviços. Esses traumas perineais e as morbidades relacionadas podem ser prevenidos ou reduzidos com a adoção de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e no reparo perineal. Embora existam evidências científicas bem estabelecidas sobre prevenção e reparo do trauma perineal no parto, em nosso meio faltam estudos sobre a implementação destas evidências na prática. **Objetivo geral:** Promover as melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal. **Objetivos específicos:** 1) Avaliar a prática corrente na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal; 2) Implementar as melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal; 3) Avaliar o impacto da implementação dessas práticas nos desfechos maternos. **Método:** Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de evidências na prática clínica do Instituto Joanna Briggs. Foi conduzido no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, AP. Foram realizadas 74 entrevistas com enfermeiros e médicos obstetras e residentes de ambas as categorias e 70 entrevistas com mulheres que deram à luz nesse local. Foram também analisados dados de prontuários (n=555). Foi realizada uma intervenção educativa, por meio de um seminário para os profissionais, com a finalidade de apresentar e discutir as evidências científicas disponíveis e as melhores práticas em relação ao cuidado perineal no parto. O estudo foi realizado em três fases: pré-auditoria e auditoria de base (fase 1); implementação de boas práticas (fase 2, que corresponde à intervenção educativa); auditoria pós-implementação (fase 3). Os dados foram analisados mediante a comparação entre os resultados das fases 1 e 3, com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Em relação aos profissionais, a comparação entre as fases 1 e 3 mostrou que houve aumento da proporção de profissionais que raramente ou nunca incentivam o puxo dirigido (55,0% *versus* 81,2%; $p=0,009$), restringem a realização da episiotomia (83,3% *versus* 96,9%; $p=0,021$) e deixam as lacerações de primeiro grau sem reparo (61,9% *versus* 81,2%; $p=0,011$). Em relação às puérperas entrevistadas, além da posição litotômica no parto ter sido apontada pela maioria das mulheres na fase 1 (77,1%), foi também a mais frequente na fase 3 (97,1%), com diferença estatística significativa ($p=0,028$). Quanto à dor perineal após o parto (períodos de 1-2 dias, 10-12 dias e 30 dias), a frequência diminuiu no decorrer do pós-parto (94,0%, 66,7% e 63,6%, respectivamente, em cada período, na fase 1, e 79,0%, 57,1% e 38,5%, respectivamente, em cada período, na fase 3), com diferença estatisticamente para os diferentes períodos ($p=0,019$), mas sem diferença entre as fases 1 e 3. Os dados de prontuário das puérperas mostraram que menos mulheres tiveram a laceração perineal suturada (92,0%, na fase 1, e 82,1%, na fase 3; $p=0,039$) e mais profissionais utilizaram o fio ácido poliglicólico ou poliglactina 910 na mucosa (4,8%, na fase 1, e 28,1%, na fase 3; $p=0,006$) e na pele (10,2%, na fase 1, e 25,0%, na fase 3; $p=0,033$). Em relação às demais práticas e desfechos analisados, não houve diferença estatisticamente significativa antes e após a intervenção educativa. **Conclusão:** A metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas melhorou os cuidados e os desfechos perineais, incluindo menos profissionais enfermeiros e médicos que realizam puxos dirigidos e episiotomia de rotina e mais registros nos prontuários do uso do fio de sutura ácido poliglicólico ou poliglactina 910 na mucosa e na pele. Por outro lado, a pesquisa identificou lacunas na implementação de evidências e algumas inadequações no manejo do cuidado perineal, tais como, relatos de puérperas submetidas à posição de litotomia e falta de registros nos prontuários em relação à sutura das lacerações perineais. A continuidade das auditorias e novas intervenções educativas sobre a prática baseada em evidências podem melhorar o cuidado e os resultados de saúde materna.

PALAVRAS-CHAVE: Prática clínica baseada em evidências. Episiotomia. Lacerações. Périneo. Parto. Enfermagem Obstétrica.

Santos RCS. Implementation of evidence-based practice to prevent and repair perineal trauma on childbirth [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Episiotomy rates and spontaneous perineal trauma in normal birth have considerable variation among different health care services. These perineal traumas and related morbidity may be prevented or restricted adopting evidence-based practices during childbirth and perineal repair. Although the well established evidence on perineal trauma prevention and repair, in Brazil there are few studies on the implementation of this evidence in practice. **Objectives:** Promote the best evidence-based practices for perineal trauma prevention and repair in normal birth; Assess the current practice in perineal trauma prevention and repair in normal birth; Implement the best evidence-based practices on perineal trauma prevention and repair in normal birth; Assess the impact of these implementation on maternal outcomes. **Methods:** Quasi-experimental intervention study before and after, according to Institute Joanna Briggs methodology implementation of evidence in clinical practice. It was conducted 74 interviews with nurses, obstetricians, residents of both categories and 70 with post-partum women who have had birth at Hospital da Mulher Mãe Luzia, in Macapá, AP, Brazil. It was also analyzed 555 patient data records. The educational intervention was a seminar for professionals, to present and discuss the best evidence-based practice available in relation to perineal care during labour and birth. The study was conducted in three stages: pre-audit and base audit (phase 1); implementation of best practices (phase 2: educational intervention); post-implementation audit (phase 3). Data were analysed comparing the results of phases 1 and 3, with significance level of 5%. The Research Ethics Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo approved the study. **Results:** Concerning professionals, the comparison between phases 1 and 3 showed an increased proportion of professionals who rarely or never encourage direct pushing (55.0% *versus* 81.2%; $p=0.009$), perform episiotomy (83.3% *versus* 96.9%; $p=0.021$) and leave first-degree lacerations without repairing (61.9% *versus* 81.3%; $p=0.011$). Concerning post-partum women, besides the lithotomy position have been most frequent referred by women in the phase 1 (77.1%), it was also the most frequent position in phase 3 (97.1%), with statistical difference ($p=0.028$). Related to perineal pain 1-2 days, 10-12 days and 30 days after childbirth, the frequency decreased (94.0%, 66.7% and 63.6%, respectively, in each period, in phase 1, and 79.0%, 57.1% and 38.5%, respectively, in each period in phase 3), with statistical difference considering all periods ($p=0.019$), but no difference between phases 1 and 3. Concerning patient data records, less women had perineal lacerations sutured (92.0%, in phase 1, and 82.1%, in phase 3; $p=0.039$) and more women had perineal mucosa (4.8%, in phase 1, and 28.1%, in phase 3; $p=0.006$) and perineal skin (10.2%, in phase 1, and 25.0%, in phase 3; $p=0.033$) sutured by polyglycolic acid and polyglactin 910. Concerning other analyzed practices and outcomes, no one had statistical significant difference before and after the educational intervention. **Conclusion:** The evidence-based practice implementation methodology improved the childbirth care and perineal outcomes, such as less nurses and obstetricians performing directed pushes and routine episiotomies, and more records about the use of polyglycolic acid and polyglactin 910 to suture perineal mucosa and skin. On the other hand, it was identified gaps in evidence implementation and some inappropriate perineal care management, such as women submitted to lithotomy position during birth and lack of records in suturing perineal tears. On-going audits and educational interventions on evidence-based practice can improve the childbirth care and maternal outcomes.

KEYWORDS: Evidence-based practice. Episiotomy. Lacerations. Perineum. Childbirth. Midwifery.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Fluxograma de coleta de dados, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016. 41
- Figura 2** Fluxograma de profissionais, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016. 46
- Figura 3** Fluxograma de puérperas, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016. 47
- Figura 4** Fluxograma de prontuários, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016. 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos profissionais entrevistados na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.	49
Tabela 2	Caracterização das puérperas entrevistadas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.	50
Tabela 3	Caracterização das puérperas segundo o prontuário na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.	50
Tabela 4	Distribuição das práticas utilizadas no parto pelos profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	52
Tabela 5	Distribuição das práticas utilizadas e dos desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	54
Tabela 6	Distribuição da dor perineal segundo os dias pós-parto identificada nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	55
Tabela 7	Distribuição do uso de analgésico segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	56
Tabela 8	Distribuição da infecção ou deiscência perineal segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	57
Tabela 9	Distribuição da satisfação com o reparo perineal segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	58
Tabela 10	Distribuição das práticas e dos desfechos perineais identificados nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.	59

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DINTER	Doutorado Interinstitucional
GEE	Equações de Estimção Generalizadas
GRIP	Getting Research Into Practice
HMML	Hospital da Mulher Mãe Luzia
HSCSL	Hospital São Camilo e São Luís
JB	Instituto Joanna Briggs
KT	Knowledge Translation
PSMMZED	Pronto Socorre e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACES	Practical Application of Clinical Evidence System
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Amapá
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Problema	16
1.2	Justificativa e relevância	17
1.3	Períneo e trauma perineal no parto	18
1.4	Epidemiologia do trauma perineal no parto	22
1.5	Reparo do trauma perineal no parto	23
1.6	Translação do conhecimento	25
1.7	Pesquisas translacionais no cuidado do trauma perineal no parto	28
1.8	Hipótese	30
2	FINALIDADE	31
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4	MÉTODO	32
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local de estudo	33
4.3	População e amostra	34
4.4	Fases do estudo e coleta de dados	35
4.4.1	Fase 1: Auditoria clínica e auditoria de base	35
4.4.2	Fase 2: Implementação das melhores práticas	38
4.4.3	Fase 3: Auditoria pós-implementação	39
4.5	Variáveis do estudo	42
4.6	Análise dos dados	43
4.7	Aspectos éticos	44
4.8	Estudo piloto	44
5	RESULTADOS	46
5.1	Caracterização dos profissionais e das puérperas	48
5.2	Análise inferencial das práticas no parto e dos desfechos maternos	50
6	DISCUSSÃO	60
6.1	Prevenção do trauma perineal no parto	60
6.2	Reparo do trauma perineal no parto	66

6.3	Limitações do estudo	73
6.4	Implicações para a prática e a pesquisa	73
7	CONCLUSÃO	74
8	REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A	FORMULÁRIO DOS PROFISSIONAIS	81
APÊNDICE B	FORMULÁRIO DAS PUÉRPERAS	84
APÊNDICE C	FORMULÁRIO DO PRONTUÁRIO	87
APÊNDICE D	PROGRAMAÇÃO DA OFICINA SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO PERINEAL	89
APÊNDICE E	TCLE DOS PROFISSIONAIS	90
APÊNDICE F	TCLE DAS PUÉRPERAS > 18 ANOS	91
APÊNDICE G	TCLE DO RESPONSÁVEL DAS PUÉRPERAS < 18 ANOS	92
APÊNDICE H	TERMO DE ASSENTIMENTO	93
ANEXO 1	PÁGINA INICIAL DO PACES online	94
ANEXO 2	MODELO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	95
ANEXO 3	PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	96
ANEXO 4	AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MULHER	99

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, há um crescente reconhecimento da necessidade de traduzir conhecimento de pesquisas para a prática clínica e políticas de saúde. A importância de basear decisões sobre o uso de intervenções, distribuição de serviços e orientações políticas nos serviços de saúde contemporâneos na melhor evidência disponível é um conceito estabelecido. No entanto, a literatura demonstra que o conhecimento gerado pelas pesquisas, geralmente, é subutilizado nestas áreas (Pentland et al., 2011; Pereira, 2013).

A prática de saúde baseada em evidências pode ser conceituada como a tomada de decisão clínica que considera a melhor evidência disponível, o contexto no qual o cuidado é prestado, a preferência do cliente e o julgamento do profissional de saúde (Sackett, 1996). Esta evidência é, então, avaliada, sintetizada e transferida para os serviços e profissionais de saúde que, em seguida, a utilizam e avaliam o seu impacto sobre os resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional (Pearson et al., 2005; Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Nesse sentido, tem sido proposto que o cuidado à saúde baseado em evidências (descrito como um processo que deriva de dúvidas, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades de cuidados de saúde por pacientes, profissionais, governos e organizações) apresenta quatro componentes principais: a) geração das evidências em saúde; b) síntese das evidências; c) transferência das evidências; d) implementação das evidências (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Vários modelos de transferência do conhecimento para melhorar os desfechos em saúde e a qualidade dos serviços têm sido descritos, mas de acordo com Pearson, Jordan e Munn (2012), três lacunas críticas persistem: lacuna 1 (da necessidade de conhecimento à descoberta), devida à distância entre as necessidades de conhecimento e o trabalho que os cientistas e pesquisadores desenvolvem; lacuna 2 (da descoberta à aplicação clínica), devida à distância entre a pesquisa teórica, epidemiológica ou de laboratório e a pesquisa clínica; lacuna 3 (da aplicação clínica à ação), devida à distância entre a aplicação clínica dos resultados das pesquisas e o desenvolvimento de condutas, ações e políticas de saúde.

Nas diversas áreas do cuidado à saúde, o uso de evidências científicas é muito importante; porém na assistência prestada à mulher durante a gravidez e o parto seu uso é crucial, pois as práticas adotadas têm um efeito sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, durante processos fisiológicos.

Nas últimas décadas, pesquisas na área da saúde materna buscam solução para

diversos problemas, dentre os quais, destacam-se os traumas perineais obstétricos e as morbidades pós-parto relacionadas a esses traumas. Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir e avaliar o trauma perineal com certo nível de habilidade e competência e assegurar que as estruturas e os tecidos envolvidos sejam reparados corretamente, com técnica e material adequados para promover a cicatrização e reduzir as morbidades pós-parto (Kettle, Dowswell, Ismail, 2013).

Enquanto a literatura recomenda traduzir o conhecimento em ação ou prática, em nossa realidade, falta que os gestores locais ofereçam oportunidades de formação ou treinamento padrão para os profissionais adotarem as evidências científicas disponíveis na prevenção, avaliação e reparo do trauma perineal.

No Brasil, a principal política no âmbito da saúde materna e perinatal, denominada Rede Cegonha, tem considerado as evidências científicas sobre as práticas assistenciais no parto e nascimento como benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetriz. Além disso, a preservação da integridade corporal no parto é parte das diretrizes para a implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal (CPN), no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Nessa compreensão, vale mencionar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1996, um guia com resultados de revisões sistemáticas e estudos de meta-análise com recomendações para assistência ao parto normal (Organização Mundial da Saúde, 1996), que foram incorporadas e atualizadas pelo Ministério da Saúde em 2001 (MS) (Brasil, 2003).

Em ambos os documentos, as práticas na assistência ao parto normal são classificadas em quatro categorias, e incluem algumas das principais práticas relacionadas, direta ou indiretamente, ao trauma perineal no parto, descritas a seguir:

- a) Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:
  - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- b) Categoria B - práticas claramente prejudiciais/inefazes e que devem ser eliminadas:
  - Uso rotineiro da posição de litotomia (decúbito dorsal com pernas afastadas e apoiadas);
  - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do parto;
  - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do parto;
  - Uso liberal ou rotineiro de episiotomia (incisão cirúrgica do períneo);

- Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.

c) Categoria C - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão:

- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto;

- Manipulação ativa do feto no momento do parto.

d) Categoria D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:

- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.

1.1 Problema

Em relação ao cuidado perineal, estudos sobre a epidemiologia e prevenção do trauma perineal no parto vêm sendo realizados há mais de duas décadas, em diversas regiões do mundo, incluindo o Brasil. Vários destes estudos são pesquisas primárias e revisões sistemáticas, as quais produziram evidências científicas que permitem a adoção de práticas, recomendadas pela OMS e MS, para reduzir as taxas de trauma perineal, mas que nem sempre são seguidas por todos os profissionais de saúde.

À exceção da taxa de episiotomia, as estatísticas sobre as demais práticas na assistência ao parto e as morbidades relacionadas ao cuidado do trauma perineal têm sido negligenciadas nos serviços.

No entanto, é sabido que prevenir o trauma perineal no parto tem impacto contra as principais morbidades decorrentes, especialmente, sangramento, dor, infecção, deiscência e dispareunia (Carroli, Mignini, 2012). Outras possíveis consequências que podem ser evitadas são equimose, hematoma, fístula retal, incontinência urinária e anal. Aspectos como sofrimento psíquico, prejuízos na amamentação, experiência negativa no parto e futura insatisfação sexual da mulher e do parceiro são desfechos que podem ser minimizados, promovendo-se a integridade perineal. Além disso, é também importante que médicos e enfermeiros sejam capazes de reparar o trauma perineal usando métodos de sutura e materiais associados com menor dor perineal de curto prazo, tal como recomendado pelas revisões sistemáticas (Kettle, Dowswell, Ismail, 2010, 2013).

Contudo, apesar de todo o conhecimento acumulado em relação aos aspectos

mencionados, pouca atenção é dada a este importante aspecto no manejo do cuidado perineal no parto normal, uma vez que muitos profissionais utilizam rotineiramente práticas consideradas como prejudiciais à integridade perineal, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas.

Nesse sentido, a necessidade de mudar a nossa realidade tornou-se a questão norteadora do presente estudo: Qual o impacto de uma intervenção educativa de melhores práticas na prevenção e no reparo do trauma perineal no parto normal na prática clínica de enfermeiros e médicos que atuam na assistência ao parto?

1.2 Justificativa e relevância

O despertar para o tema proposto foi considerado ao observar a prática clínica na assistência à mulher durante o parto normal no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), em Macapá, Amapá, durante a atuação dos profissionais vinculados ao Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, dado que é frequente a ocorrência de traumas perineais. Identificou-se também que a maioria desses traumas ocorre em condições específicas: o parto assistido na posição litotômica, sob o apelo de puxos dirigidos dos profissionais à parturiente e o uso de ocitocina intravenosa. Estas condutas na assistência ao parto favorecem o aumento da pressão na região perineal inferior, culminando com a ocorrência do trauma espontâneo ou na decisão desse profissional em realizar a episiotomia.

Neste sentido, ao considerar o parto uma condição fisiológica e o constante número de intervenções desnecessárias na assistência à parturiente, entende-se que após a intervenção proposta neste estudo pode-se melhorar a capacidade dos participantes para realizar o cuidado perineal, isto é, prevenir, classificar e reparar o trauma com base nas evidências científicas e, principalmente, oferecer à mulher uma experiência de parto humanizada.

Em consonância com o enunciado acima, este trabalho possui 1) relevância acadêmica porque, além do trauma perineal representar um indicador de morbidade para a puérpera, em nosso meio, faltam estudos sobre a implementação destas evidências na prática; 2) relevância social, pois os principais indicadores de impacto pretendidos são o aumento do uso da posição no parto de escolha da mulher; redução do uso do puxo dirigido; redução da taxa de episiotomia e de infusão de ocitocina na segunda fase do parto; adoção do fio sintético na técnica contínua de sutura na mucosa vaginal e no plano muscular; adoção fio sintético na técnica contínua intradérmica de sutura na pele; redução da taxa de laceração perineal

espontânea de segundo, terceiro e quarto graus e aumento da taxa de integridade perineal.

1.3 Períneo e trauma perineal no parto

O períneo é a região anatômica correspondente ao assoalho pélvico, formada pelo conjunto de partes moles que fecham até abaixo do fundo da pélvis menor, a cavidade pélvica. A região perineal pode ser subdividida em anterior e posterior, que é o limite inferior da pelve feminina (Kettle, 2005). Os principais músculos do períneo são: a) região anterior: bulbocavernoso, isquiocavernoso, transverso superficial e profundo do períneo; b) região posterior: esfíncter anal externo e interno, levantador do ânus e isquiococcígeo.

O trauma perineal no parto se define como qualquer dano que sucede nos genitais, seja de maneira espontânea em forma de rompimento (laceração) ou devido a uma incisão cirúrgica (episiotomia). A laceração perineal é uma solução de continuidade dos tecidos vulvares e perineais, com extensão e profundidade variáveis que pode ocorrer durante o parto, com maior frequência durante a abertura vaginal, quando da passagem da cabeça do recém-nascido, especialmente, quando se o desprendimento cefálico ocorre rapidamente. A laceração perineal pode ser única ou múltipla e é classificada de acordo com os tecidos lesados, em virtude da intensidade e gravidade, aceitas internacionalmente: a) primeiro grau: ocorre o rompimento da pele e ou da mucosa da vulva e da vagina; b) segundo grau: são lesões que, além das citadas como de primeiro grau, se estendem aos músculos e fáscias do assoalho perineal; c) terceiro grau: quando o rompimento que afeta os músculos e fáscias, envolve o esfíncter anal; está sub-classificada 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: é o rompimento mais abrangente, que se estende ao epitélio anal (Kettle, 2005; Carroli, Mignini, 2012).

Segundo Colacioppo, Riesco e Koiffman (2011), os fatores relacionados ao trauma perineal podem ser divididos em: a) condições maternas: idade, etnia, paridade, cicatriz anterior e altura do períneo; b) condições fetais: peso, perímetro cefálico, apresentação e variedade de posição fetal; c) condições assistenciais: posição materna, duração expulso, uso de ocitocina, puxos dirigidos, uso de hialuronidase e proteção perineal.

Revisão sistemática da Colaboração Cochrane sobre posição no segundo período do parto para as mulheres sem anestesia peridural (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012) encontrou em mulheres primigestas e multíparas redução da episiotomia, aumento de lacerações

perineais segundo grau, aumento estimado da perda de sangue maior que 500 ml. Por isso, as mulheres devem ter a possibilidade de fazer escolhas sobre as posições de parto em que pode querer assumir para o nascimento de seus bebês.

Diferentes técnicas de proteção perineal e intervenções vêm sendo usadas durante o pré-natal e o parto para evitar o trauma perineal. Estas intervenções incluem massagem perineal (com ou sem óleos vegetais), compressas mornas e técnicas de manejo perineal (“hands off” ou “hands on”). Mas, não há evidências sólidas corroborando para a indicação dessas técnicas.

Em 2013, uma revisão sistemática da Colaboração Cochrane sobre massagem do períneo no pré-natal para reduzir o trauma perineal (Beckmann, Stock, 2013) foi realizada. A massagem digital do períneo durante esse período tem sido sugerida como uma possível forma de permitir que o tecido perineal possa expandir mais facilmente durante o parto e, assim, reduzir a probabilidade de trauma perineal (principalmente a episiotomia) e de dor perineal em curso. Geralmente, a técnica é bem aceita pelas mulheres, e pode ser realizada tanto por elas quanto por seus parceiros uma vez ou duas vezes por semana a partir da 35ª semana de gestação.

Em 2011, foi conduzida uma revisão sistemática da Colaboração Cochrane sobre técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto para reduzir o trauma perineal (Aasheim et al., 2011), em que a utilização de compressas mornas sobre o períneo foi a única técnica associada com diminuição da ocorrência de trauma perineal. O procedimento mostrou-se tão aceitável para as mulheres que tem sido recomendado pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (2016), para reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau.

Ensaio clínico randomizado que comparou os métodos “hands-off” e “hands-on” para reduzir lacerações perineais (Rozita et al., 2014) concluiu que o método “hands-off” no parto vaginal oferece vantagens para a saúde da mãe, porque este método mostra redução de episiotomia e lacerações de terceiro grau. Portanto, sugerem que o método “hands-off” oferece uma alternativa segura para o controle do períneo no parto.

A outra forma de trauma perineal, a episiotomia, é a ampliação cirúrgica do orifício vaginal por uma incisão do períneo durante o período expulsivo do parto. Este procedimento é feito com tesoura ou bisturi e exige reparação por sutura (Grahram, 1997).

Embora não seja conhecida exatamente quando a prática da episiotomia começou, um relatório atribuído a Ould, em 1741, sugeriu a abertura cirúrgica do períneo como meio de

salvar a vida de uma criança e evitar lacerações graves perineais. A episiotomia de rotina vem sendo utilizada desde meados da década de 1920, com a recomendação de dois ginecologistas renomados, De Lee e Pomeroy, em 1915 e 1918, respectivamente. Foi indicada como método profilático de traumas perineais, para redução da ocorrência de retocele e cistocele e do relaxamento da musculatura pélvica e com o intuito de reduzir a morbimortalidade neonatal devida a traumas intracranianos em neonatos, durante o parto fórceps. Ainda na década de 1920, a episiotomia de rotina ganha como aliado a utilização do fórceps profilático, que segundo De Lee, “pouparia a mulher do esforço do parto e período expulsivo prolongado, preservaria a integridade da musculatura pélvica e do introito vulvar, preveniria o prolapso uterino e as lacerações graves”. De Lee e Pomeroy defenderam, ainda, que a episiotomia restituía o estado virginal da mulher. A técnica passou, então, a ser reproduzida nos cursos de obstetrícia, caracterizando seu uso rotineiro na maioria das instituições de saúde, inclusive no Brasil (Amorin, Katz, 2008).

Atualmente, três técnicas de episiotomia são descritas na literatura: mediana (também conhecida como perineotomia), lateral e médio-lateral, sendo a perineotomia mais utilizada na América do Norte, enquanto a médio-lateral é amplamente empregada na Europa e América Latina (Neme, 2006).

A perineotomia é realizada com uma incisão que se estende da margem posterior do introito vaginal, segue a linha média do períneo até o limite do ânus e favorece uma melhor ampliação do canal de parto. Esse tipo de incisão apresenta menor perda sanguínea, menor queixa dolorosa pós-parto e nas relações sexuais e um aspecto estético mais favorável, porém pode favorecer um prolongamento da incisão e rompimento do esfíncter anal. É contraindicada em casos de períneo curto e macrosomia fetal (Neme, 2006).

A episiotomia médio-lateral consiste em uma incisão a partir da linha média em um ângulo de 45°, em direção à tuberosidade isquiática, abrangendo pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e, alguns casos, fibras internas do músculo levantador do ânus. A razão de esta ser a técnica mais utilizada deve-se ao fato de apresentar menor risco de lesão ao esfíncter e à mucosa retal, em relação à mediana. No entanto, causa deformidades na musculatura e posterior desconforto pós-parto e dispareunia, além de redução da força muscular do períneo. Essas desvantagens da episiotomia médio-lateral fizeram com que a perineotomia se popularizasse na América do Norte, a partir de 1930, com o advento de pesquisas que exaltavam as vantagens da técnica, além dos resultados satisfatórios para as parturientes (Neme, 2006).

Quanto à episiotomia lateral, esta não é mais utilizada devido à maior frequência de sangramento, em região extremamente vascularizada, e ao risco de lesão dos feixes internos do músculo levantador do ânus (Pereira, Pinto, 2011).

Dentre as justificativas do emprego da episiotomia de rotina estão: prevenção do trauma perineal grave e das lesões desnecessárias do polo cefálico do neonato, do relaxamento do assoalho pélvico, da retocele, cistocele e, incontinência urinária, bem como o reparo facilitado, por evitar lacerações irregulares, além da aceleração do parto (Cumin, Faria, Soler, 2007). No entanto, a indicação desta técnica não é sustentada pelas evidências científicas atuais, ainda que sejam observados benefícios apontados na literatura. Foi somente a partir da década de 1980, que a utilização rotineira da episiotomia começou a ser questionada por diversos estudos (Graham, 1997).

Nessa perspectiva, observou-se que não existem vantagens clinicamente significativas e que os riscos relacionados com a episiotomia são relevantes, pois sua prática indiscriminada favorece inúmeras complicações como: extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematomas, dispareunia, fistulas retovaginais, endometriose na cicatriz, disfunção sexual, aumento do índice de infecção, além de lesão do tecido muscular, nervos, vasos, mucosa e pele (Hartmann et al., 2005; Pereira, Pinto, 2011).

Amorin e Katz (2008) reiteram que, relacionado ao emprego da episiotomia, não há redução da incidência de asfixia nos partos com ou sem episiotomia; não há proteção do assoalho pélvico materno e não previne incontinência urinária ou fecal e prolapso genital; a perda sanguínea é mais volumosa; o procedimento comporta-se como uma laceração de segundo grau (quando não realizada pode ocorrer integridade perineal ou surgirem lacerações da região anterior do períneo), mas de bom prognóstico; aumenta o dano perineal; aumenta a chance de dor pós-parto e dispareunia; além de acarretar custos hospitalares mais altos.

Cumin, Faria e Soler (2007) acrescentam que, relacionado ao feto, a episiotomia de rotina não previne lesões no polo cefálico fetal e não melhora os escores de Apgar. Amorin e Katz (2008) afirmam ainda que o procedimento não favorece o parto no caso de distocia de ombros, uma vez que se trata de distocia óssea e não desproporção com o períneo materno, além de não apresentar benefícios no parto de prematuros.

Em suma, desde que se generalizou a assistência hospitalar ao parto até os dias de hoje, a prática da episiotomia se tornou um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, sem qualquer evidência científica de sua eficácia.

Nesse sentido, uma revisão Cochrane (Carrolli, Mignini, 2012) foi conduzida para

avaliar os efeitos do uso da episiotomia restritiva em comparação com a de rotina, durante o parto vaginal, e concluiu que o uso restrito parece ter uma série de benefícios em comparação com a prática rotineira, tais como: menor trauma perineal na região posterior do períneo, menor necessidade de sutura e menos complicações. Por outro lado, uma consequência do uso restrito de episiotomia, sobretudo, entre primíparas, é o aumento no risco de trauma espontâneo perineal na região anterior, mas que pode ser prevenido ou reduzido, com a adoção de práticas durante o parto, mesmo que, para algumas dessas recomendações, não existam estudos conclusivos quanto à sua efetividade.

Contudo, atualmente, também se discute tanto a utilização da episiotomia seletiva quanto sua frequência, suas indicações, suas complicações e suas vantagens frente à alternativa, que é não a realizar (Amorim et al., 2014). Estes autores utilizaram um protocolo de não episiotomia combinado com a episiotomia seletiva como estratégia de proteção perineal; encontraram uma taxa de períneo íntegro em torno de 60% e apenas 23% de mulheres que necessitaram de sutura, entre as que foram submetidas a não episiotomia. Contudo, este foi um estudo não controlado com uma amostra isolada e os autores sugerem a necessidade de um ensaio clínico randomizado, comparando uma política de não realização de episiotomia com uma política de episiotomia seletiva.

Nesse ponto, há de se mencionar os estudos de Melo et al. (2014) e Amorim et al. (2015) que foram conduzidos para avaliar os resultados maternos e perinatais em mulheres submetidas a um protocolo de episiotomia seletiva *versus* não realização de episiotomia. Os autores afirmam que um protocolo de não realização de uma episiotomia parece ser seguro para o binômio mãe-neonato e aponta para a necessidade de investigar se há, de fato, qualquer indicação de episiotomia na prática obstétrica atual. E recomendam que mais pesquisas devem avaliar a necessidade de episiotomia nas situações comumente descritas como indicações (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, partos instrumentais, macrosomia, distocia de ombro, e segundo estágio do trabalho de parto prolongado).

1.4 Epidemiologia do trauma perineal no parto

Estima-se que aproximadamente 70% das mulheres que têm um parto vaginal vão sofrer algum grau de trauma perineal, e três quartos dessas vão necessitar de sutura para facilitar a cicatrização do tecido interrompido (Bick et al., 2012; Ismail et al., 2013).

No entanto, as taxas de episiotomia apresentam grande variação, com valores de 9,7%

(Norte da Europa - Suécia) a 100% (Taiwan), com taxas menores em países de língua inglesa (América do Norte - Canadá: 23,8% e Estados Unidos: 32,7%), permanecendo elevadas em muitos países (América do Sul - Equador: 96,2%; Ásia - China: 82%; e África - África do Sul: 63,3%). Quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das estatísticas de episiotomia identificadas é superior a 65% (Graham et al., 2005). No Brasil, dados do inquérito nacional “Nascer no Brasil”, um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.940 puérperas (das quais 56,6% foram classificadas com risco obstétrico habitual), realizado no período de fevereiro de 2011 e outubro de 2012, encontrou que a episiotomia foi realizada em 53,5% das mulheres, sendo 48% na região norte (Leal et al., 2014).

No entanto, no Brasil, alguns estudos mostram taxas de episiotomia menores que a média nacional e taxas de integridade perineal entre 28,6% e 32,4%, dependentes das características de cada serviço. Em estudo transversal com 6.365 partos ocorridos entre 1999 e 2001, no Hospital Geral de Itapecerica da Serra (SP), foi mostrado que 25,9% das mulheres foram submetidas à episiotomia, 28,6% tiveram a integridade perineal preservada e 45,5% tiveram laceração espontânea (Riesco et al., 2011).

Dados de outro estudo realizado na cidade de São Paulo (SP), que comparou os resultados de 1.316 partos ocorridos em CPN e no hospital de referência, entre 2003 e 2006, mostrou taxa de episiotomia de 25,7% e 32,9%, respectivamente; considerando-se exclusivamente as primíparas, as taxas variaram de 41,8% a 49,7%, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois locais. Quanto às lacerações espontâneas de segundo e terceiro graus, as taxas foram de 7,5% e 6,6% no CPN e no hospital, respectivamente (Lobo et al., 2010; Schneck et al., 2012).

1.5 Reparo do trauma perineal no parto

Apesar das controvérsias sobre a necessidade de reparo em lacerações perineais superficiais ou de pequena extensão, a maioria dos autores concorda que as lacerações que atingem o plano muscular devem ser suturadas, com especial atenção para as lacerações que atingem o esfíncter anal (Kettle, 2005).

Por outro lado, a decisão de realizar o reparo cirúrgico de lacerações perineais espontâneas de primeiro ou de segundo que ocorrem durante o parto *versus* nenhuma intervenção foi objeto de estudo de uma revisão sistemática da Colaboração Cochrane

(Elharmeel et al., 2011), onde se concluiu que há evidência limitada disponível para orientar a escolha entre o reparo cirúrgico ou não cirúrgico da laceração perineal de primeiro ou de segundo grau sofrida durante o parto. Dois ensaios clínicos randomizados não encontraram diferença entre os dois tipos de manejo no que diz respeito à cura e a recuperação no período até oito semanas após o parto.

Portanto, neste momento não há evidências suficientes para sugerir que um método é superior ao outro. Até que surjam novos elementos, a decisão em suturar ou não pode ser baseada na avaliação clínica dos profissionais e na preferência das mulheres, depois de informá-lhes sobre a falta de resultados em longo prazo e a possível chance de um processo de cicatrização mais lenta da ferida, mas possível melhor sensação geral de bem-estar se deixados por suturar.

Em consequência, o sucesso da cicatrização e a boa recuperação perineal dependem, em parte, dos seguintes cuidados: técnica asséptica; aproximação adequada dos planos teciduais; escolha do material e competência do profissional. Embora o tipo de fio mais usado em nosso meio seja o catgut (fio absorvível de origem bovina), estudos indicam que melhores resultados têm sido obtidos com fio sintético de ácido poliglicólico, principalmente, a *poliglactina 910* (ácido poliglicólico ou poliglactina 910) (Enkin et al., 2005; Almeida, Riesco, 2008; Kettle, Dowse, Ismail, 2010).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) recomenda que nos casos de traumas de terceiro e quarto graus, a poliglactina 3-0 ou polidioxanona 3-0, sejam o material de escolha para a realização do reparo.

Há mais de 70 anos, pesquisadores têm sugerido que as técnicas de sutura contínua não ancorada para a reparação da mucosa vaginal, dos músculos perineais e da pele estão associadas com menos dor perineal que técnica tradicional de sutura convencional, com sutura contínua ancorada na vagina e com pontos separados nos demais planos teciduais (Kettle, Dowse, Ismail, 2013).

Revisão sistemática com meta-análise de 16 ensaios clínicos randomizados e quase randomizados, incluindo 8.184 mulheres com episiotomia ou laceração de segundo grau, foi atualizada em 2013. Os resultados confirmaram a evidência de que a técnica de sutura contínua, em comparação com a técnica convencional, está associada com menos dor em curto prazo, necessidade de analgesia e remoção de sutura. Além disso, também há alguma evidência de que na técnica contínua usa-se menos material de sutura, o que pode melhorar a cicatrização (Kettle, Dowse, Ismail, 2013; American College of Obstetricians and

Gynecologists, 2016).

O método ideal para o reparo de laceração perineal deve ser rápido, indolor, de fácil execução e de preferência não aumentar a dor e a dispareunia durante o puerpério. Por isso, e embora o método "padrão ouro" seja a sutura com uso de material sintético absorvível, de preferência de rápida absorção, alternativamente, nos casos de lacerações de primeiro grau, tem sido proposto o uso de um tipo de cola adesiva para o reparo dessas lacerações (Feigenberg et al., 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016).

O resultado de um ensaio clínico randomizado, realizado com 102 mulheres para avaliar a efetividade da cola adesiva no reparo de truma de primeiro grau em comparação à sutura tradicional com fio sintético de rápida absorção, concluiu que o uso da cola de tecido Dermabond® (octil-2-cianoacrilato) fabricado pela Ethicon® é uma alternativa que apresenta desfechos funcionais e cosméticos semelhantes aos associados com a sutura convencional de lacerações perineais de primeiro grau, e ainda oferece algumas vantagens imediatas para a paciente como: um procedimento mais rápido, com menos necessidade de anestesia local, menos dor, e uma maior satisfação da mulher. Por isso, é importante que o profissional saiba do possível uso de cola adesiva nestes cenários (Feigenberg et al., 2014).

1.6 Translação do conhecimento

Translação do conhecimento, *knowledge translation* (KT)¹, em língua inglesa, é um termo amplo definido como um processo que reduz a lacuna entre a investigação e a prática clínica, através da divulgação e da troca de evidências de pesquisas e sua aplicação à prática clínica para melhorar os resultados da saúde, a qualidade dos cuidados e dos sistemas de cuidados de saúde (Straus et al. 2011; Stevens et al., 2014).

Outra importante definição, proposta pelo Canadian Institutes of Health Research e adaptada por outros países e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define KT como um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a difusão, o intercâmbio e a aplicação eticamente sólida de conhecimentos para melhorar a saúde, prestar serviços mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde (Canadian Institutes of Health Research, 2014).

Para Grimshaw et al. (2012) existem dois tipos principais de investigação translacional: a pesquisa T1, que se refere à tradução da investigação biomédica básica em

---

¹ *Knowledge translation* tem sido denominado na literatura em língua portuguesa como tradução do conhecimento, transferência de conhecimento, pesquisa translacional, ciência translacional ou ciência da tradução.

ciência e conhecimento clínico, e a pesquisa T2, que diz respeito à tradução desta nova ciência clínica e conhecimento para melhorar a saúde.

A translação do conhecimento é uma necessidade e 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 (Padilha, 2011; Trentini, Silva, 2012).

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 (Gravel, Légaré, Graham, 2006).

No Brasil, a primeira barreira é a falta geral de consciência e de familiaridade 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 (Oelke, Lima, Costa, 2015).

Os mesmos autores reiteram que o pesquisador não pode fazer transferência de conhecimento 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.

Para Pearson, Jordan e Munn (2012), a translação do conhecimento (*evidence transfer*) é um dos componentes do modelo de saúde baseada em evidências, proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), da Austrália, e diz respeito ao ato de transferir evidências (ou conhecimentos) para profissionais de saúde individuais, instalações de saúde e sistemas de saúde em todo o mundo, por meio de periódicos e outras publicações, de orientações, da mídia eletrônica, da educação e formação e dos sistemas de apoio para o desenvolvimento de

estratégias e métodos utilizados na tomada de decisão.

Outro componente importante do modelo JBI é a implementação da evidência na prática (*evidence implementation*). Após a geração, a síntese e a transferência da evidência em saúde, segundo os mesmos autores, implementam-se as práticas baseadas em evidências, através da avaliação do impacto da utilização de evidências no sistema de saúde, no processo de cuidados de saúde e nos resultados, e da incorporação de evidências através da mudança do sistema ou organização.

Nessa compreensão, traduzir conhecimento ou evidências em cuidado à saúde é algo cada vez mais enfatizado, na maioria dos países, sendo um processo complexo, dinâmico e em constante evolução. Mas, independentemente do modelo utilizado, Pearson, Jordan e Munn (2012) afirmam que não há uma abordagem padrão aceitável amplamente e, conforme referido anteriormente, introduzir práticas baseadas em evidências científicas exige mais que conhecimento e convicções, pois implica mudanças de comportamento, no âmbito individual (superação de barreiras) e no âmbito institucional (preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento).

Um desses modelos é a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do JBI. Essa metodologia consiste em um processo de auditoria clínica e adota a ferramenta *PACES - Practical Application of Clinical Evidence System*, que compreende três fases: pré-auditoria e auditoria de base; implementação das melhores práticas e auditoria pós-implementação (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Em 2015, um estudo realizado em São Paulo (SP) utilizou o método de implementação de práticas baseadas em evidências científicas do JBI. Os resultados relativos à auditoria pós-implementação mostraram que a pesquisa translacional melhorou o manejo do trauma mamilar em puérperas (aumento das habilidades das mulheres em relação à prática do aleitamento materno e na satisfação com o aleitamento materno exclusivo) (Shimoda et al., 2015).

Outra experiência na área da saúde com pesquisa translacional mostrou que embora existam barreiras, os resultados da auditoria pós-implementação sempre apresentam melhoras. Foi o que ocorreu em um projeto de implementação de melhores práticas com profissionais de saúde em uma instituição de saúde mental terciária, cuja auditoria permitiu a identificação de fragilidades na gestão dos equipamentos de emergência, de modo que as barreiras puderam ser abordadas e foram adotadas estratégias em conformidade com as melhores evidências

disponíveis sobre a verificação e manutenção desses equipamentos (Qiufen, Chin, Huiting, 2015).

1.7 Pesquisas translacionais no cuidado do trauma perineal no parto

Sobre o método de pesquisa translacional, há pouca experiência disponível na literatura, principalmente nacional, envolvendo a transferência de evidências no cuidado do trauma perineal no parto para a prática clínica. No entanto, na última década, seis pesquisas translacionais destacaram os traumas perineais obstétricos e as morbidades pós-parto relacionadas a esses traumas, incluindo duas no Brasil, descritas a seguir.

A primeira pesquisa translacional apresenta um estudo realizado com 208 profissionais (obstetizes e médicos) que participaram de um *workshop*, entre outubro de 2002 e maio de 2004, dos quais 147 (71%) responderam um questionário antes e oito semanas após o curso, mostrando que 133 (64%) estavam insatisfeitos com a sua formação antes de realizar seu primeiro reparo perineal sem supervisão. Após o *workshop*, houve aumento na capacidade dos participantes para classificar as lesões obstétricas do esfíncter anal com precisão. Houve mudança da prática de realização de exame retal, antes e depois de reparar o trauma perineal - 56/203 (28%) *versus* 125/141 (89%) ($p < 0,001$). Significativamente, mais participantes mudaram para cuidados baseados em evidências, em especial, na técnica contínua de reparo perineal (Andrews et al., 2005).

A segunda experiência encontrada foi o estudo de Ho et al. (2010), realizado em quatro países do Sudeste Asiático (Tailândia, Indonésia, Filipinas e Malásia). Nesse estudo foi analisada a prática de episiotomia, antes e depois de uma intervenção multicomponente, projetada para apoiar o uso e a geração de evidências de pesquisas na área da saúde materna e neonatal. Na primeira fase (pré-intervenção), os dados primários foram obtidos por meio de auditoria de 12 práticas recomendadas (incluindo episiotomia restritiva) e 13 resultados de saúde na gravidez, parto (incluindo períneo intacto) e cuidados neonatais. Os dados secundários foram obtidos pela análise do conhecimento pessoal da prática baseada em evidências, acesso às evidências, atividades de pesquisa, desenvolvimento de diretrizes, atividade de revisão sistemática e ensino na graduação de prática baseada em evidência. A segunda fase incluiu intervenção educativa (oficinas interativas baseadas em evidências, exposições de pôsteres de evidências, capacitação em revisão sistemática, desenvolvimento de diretrizes e inclusão nos currículos de graduação). Na terceira fase, a auditoria foi repetida.

Nesse estudo Asiático, os resultados encontraram quedas na taxa de episiotomia, de 64,1% para 60,1% para todas as mulheres e de 92,2% para 80,7% para as nulíparas. O trauma grave diminuiu de 3,9% para 1,9% para todas as mulheres e de 6,7% para 3,0% para as nulíparas. A frequência de períneo intacto aumentou de 12,4% para 15,6% para todas as mulheres e de 1,7% para 8,0% para as nulíparas. Concluiu-se que uma intervenção baseada na compreensão e utilização das melhores evidências disponíveis pode resultar em melhorias significativas no uso e geração de evidências na prática da episiotomia e na redução da taxa de trauma perineal entre as mulheres. Além disso, esse modelo pode ser adaptado para melhorar a absorção de práticas baseadas em evidências em outros países.

A terceira pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo (SP), envolvendo a transferência de conhecimento sobre o uso da episiotomia de rotina. Incluiu 63 profissionais, entre enfermeiras, obstetrizas e médicos de três maternidades do SUS e verificou que as barreiras para a transferência do conhecimento eram a hesitação em aceitar a generalização da evidência, o papel do contexto na prática clínica e as atitudes e crenças sobre a importância da episiotomia no parto. Embora a quase totalidade dos participantes manifestasse opinião positiva em relação às intervenções educacionais para a implementação do cuidado baseado em evidências, os achados reafirmaram que, na prática, o comportamento é formado muito mais por crenças, atitudes e experiência que pelas evidências científicas (Bastos, 2011).

Esse mesmo estudo explorou a perspectiva de 217 puérperas sobre o uso da episiotomia, incluindo suas experiências e sua participação na tomada de decisão sobre o cuidado perineal no parto. A maioria das participantes (72,4%) afirmou não ter recebido informação sobre os motivos da realização da episiotomia; entretanto, muitas mulheres acreditavam que essa conduta era necessária e que faz parte do cuidado no parto normal, indicando a falta de conhecimento sobre os riscos e benefícios da episiotomia.

Em 2012, foi publicado o quarto trabalho, desta vez, realizado com 405 obstetrizas, no Reino Unido, das quais 338 (83,5%) preencheram os critérios de inclusão. Identificou-se como essas obstetrizas avaliavam e reparavam trauma perineal e a extensão em que a prática refletia as orientações baseadas em evidências. O resultado mostrou que poucas obstetrizas (6%) utilizavam métodos de sutura baseados em evidências para reparar todas as camadas do trauma perineal, que apenas 58 (17,3%) realizavam o exame retal como parte da rotina de avaliação do trauma e que mais da metade (58,0%) não fazia sutura em todas as lacerações de segundo grau. Além disso, as obstetrizas qualificadas e com experiência profissional igual ou superior a 20 anos eram mais propensas a implementar as recomendações baseadas em

evidências. Contudo, os autores concluíram que há lacunas consideráveis em relação à implementação de evidências na prática para apoiar o manejo do trauma perineal relacionado ao parto (Bick et al., 2012).

Ainda no Reino Unido, identificou-se a quinta pesquisa translacional, conduzida por Khaled et al. (2013), que realizaram um estudo pioneiro para avaliar a intervenção de um módulo de educação multiprofissional interativo, destinado a melhorar os conhecimentos e as habilidades clínicas de obstetrizas e médicos para implementar o manejo e a avaliação de episiotomia e lacerações perineais de segundo grau, com base em evidências. Para tanto, foi desenvolvida uma metodologia de transferência de conhecimento, mediante um ensaio clínico randomizado em grupos pareados, com 22 maternidades e 3.681 mulheres. A pesquisa foi feita em diversas etapas, que incluíram a identificação dos desfechos perineais considerados importantes pelas mulheres, intervenção educacional interativa com obstetrizas e médicos e comparação dos resultados intra e intergrupos, antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram que a intervenção educacional melhorou significativamente o conhecimento dos profissionais sobre as melhores práticas baseadas em evidências no manejo clínico do trauma perineal e favoreceu alguns desfechos clínicos relevantes para as mulheres. Os autores concluíram que a educação permanente e padronizada é essencial para manutenção dessa melhoria no cuidado.

No Brasil, em 2015, foi realizada a sexta pesquisa translacional sobre o tema, em CPN de uma maternidade municipal, na Região Metropolitana de São Paulo (SP), que utilizou o método de implementação de evidências científicas na prática clínica do JBI. O resultado da auditoria pós-implementação mostrou que a pesquisa trouxe impactos positivos, pois melhoraram os desfechos perineais no parto normal com redução da dor nos pontos da sutura perineal ao andar ou sentar, aumentou a satisfação das puérperas com o períneo e o número de profissionais que utilizou cuidados baseados em evidências (Côrtes et al., 2015).

1.8 Hipótese

A prática obstétrica de enfermeiros e médicos que participam de uma intervenção educativa sobre prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal melhora os cuidados baseados em evidências científicas.

2 FINALIDADE

Melhorar os desfechos maternos relacionados ao trauma perineal no parto normal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Promover as melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a prática corrente na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.
- Implementar as melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.
- Avaliar o impacto da implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal nos desfechos maternos.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica.

Os modelos teóricos e métodos de avaliação em saúde têm sido construídos e debatidos, principalmente, no âmbito da gestão. Dentre estes, um dos mais utilizados, é a auditoria, considerada como uma ferramenta própria da gestão (Elias, Patroclo, 2005; Melo, Vaitsman, 2008).

Do mesmo modo, o modelo da avaliação de Donabedian, muito divulgado na área da saúde, é adotado majoritariamente no âmbito da gestão. Embora os componentes de avaliação de processos e resultados do modelo de Donabedian possam ser aplicados à avaliação no âmbito da clínica e dos cuidados em saúde, suas ferramentas são pouco apuradas para este fim (Melo, Vaitsman, 2008).

Conforme apresentado na Introdução, a pesquisa sobre implementação e avaliação do seu impacto na qualidade dos cuidados em saúde ainda é pouco desenvolvida e divulgada na literatura científica. Nesse sentido, os modelos conhecidos precisam de adaptações e ajustes.

O JBI vem desenvolvendo uma metodologia própria, que utiliza a auditoria, mas que também se aproxima da pesquisa-ação. Nesse sentido, para a implementação das evidências, o JBI desenvolveu um *software* denominado PACES (*Practical Application of Clinical Evidence System*)² (Anexo 1), que conforme referido na Introdução, compreende três fases: 1) pré-auditoria e auditoria de base; 2) implementação das melhores práticas; 3) auditoria pós-implementação.

Nesse contexto, destaca-se a pré-auditoria e auditoria de base; (fase 1) como uma etapa indispensável no estudo. Nesta fase, a equipe (incluindo usuários e profissionais do serviço) e os critérios para auditoria devem ser definidos. Além disso, devem ser consideradas as potenciais barreiras e as estratégias necessárias para superá-las. Para tanto, o PACES dispõe de um módulo denominado GRIP (*Getting Research Into Practice*).

Antes da implementação das melhores práticas (fase 2), os resultados da fase 1 são discutidos com a equipe de auditoria. Formula-se, então, um plano de ação (programa

---

² <http://paces.jbiconnectplus.org/>

educativo) para apresentar as evidências científicas e executar a implementação das melhores práticas com os profissionais do serviço.

Na auditoria pós-implementação (fase 3), utilizam-se os mesmos instrumentos e fonte de dados da auditoria de base (fase 1). Nesta fase, deve-se avaliar o impacto da intervenção realizada na implementação das melhores práticas no cuidado à saúde.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), em Macapá, Amapá, uma instituição do SUS, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA), que atende mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico da área urbana, ribeirinha, quilombola e indígena de todo o estado do Amapá e de alguns municípios do estado do Pará. Possui um CPN com sete leitos, onde normalmente ocorrem os partos, e são utilizadas algumas tecnologias de apoio, tais como: banquinho; barra de apoio de Ling ou espaldar; bola Bobath; banhos mornos de chuveiro; incentivo à deambulação, à ingestão de líquidos e alimentos e à presença do acompanhante; massagem. Ainda no CPN, há um berço aquecido para os cuidados imediatos do neonato e uma sala de procedimentos obstétricos. Entre 1 a 2 horas após o parto, a puérpera é transferida para o Alojamento Conjunto (AC) com 69 leitos instalados.

Segundo o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), em 2015, a média mensal de partos foi de 649, com taxas de 67% de partos normais (sendo 55,5% assistidos por enfermeiros, 34,1% por médicos, 6,1% sem registros e 3,1% por outros) e 33% de cesarianas.

A equipe profissional que atua no local do estudo é formada por 74 enfermeiros (38 enfermeiros obstetras) e 53 médicos (destes, 25 são obstetras e 15 pediatras ou neonatologistas, além de outras especialidades, a saber, anesthesiologistas, intensivistas e ultrassonografistas). Também atuam enfermeiros e médicos residentes.

Os cuidados prestados pela equipe na assistência à mulher nos períodos clínicos do parto estão normatizados em documento escrito denominado Procedimento Operacional Padrão (POP). Os POPs (Anexo 2) definem quem são os profissionais responsáveis por cada procedimento, como este deve ser realizado, como agir em caso de intercorrência, qual o resultado esperado e apoiam-se nas recomendações da OMS e MS (Organização Mundial da Saúde, 1996; Brasil, 2016). Em 2016, os POPs encontram-se na fase de atualização.

4.3 População e amostra

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; aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa amostra de profissionais foi estabelecida para que todos participassem das três fases do estudo (fase 1: pré-auditoria e auditoria de base; fase 2: intervenção educativa para implementação das melhores práticas; fase 3: auditoria pós-implementação), sendo que 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, 32 e 32, respectivamente.

A amostra de puérperas foi composta por dois conjuntos de mulheres: puérperas internadas no AC 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, 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; aceitar participar da pesquisa assinando o TCLE ou o Termo de Assentimento.

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 (Leal et al., 2014).

Assim, esperando obter a taxa máxima de 15% de episiotomia após a intervenção, a amostra foi calculada utilizando o teste qui-quadrado, com erro tipo I de 5% e tipo II de 20%. O tamanho amostral de 28 mulheres em cada fase foi acrescido de 25%, chegando a 35 em cada fase, considerando as possíveis perdas de seguimento das puérperas após a alta da maternidade.

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 e

no período de um mês após a intervenção, considerando 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.

4.4 Fases do estudo e coleta de dados

Os dados foram coletados em três fases, no período de julho de 2015 a março de 2016, conforme descrito a seguir.

4.4.1 Fase 1: Pré-auditoria e auditoria de base (*corresponde à fase 1 do PACES*)

Nesta fase, foram realizadas as seguintes atividades: a) constituição da equipe de auditoria; b) definição dos critérios de auditoria; c) avaliação preliminar dos desfechos e identificação das práticas utilizadas na prevenção e reparo do trauma perineal, ou auditoria de base, propriamente dita.

a) Equipe de auditoria

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, que autorizaram a auditoria e participaram da intervenção; a coordenadora de enfermagem e o chefe de obstetrícia, que foram responsáveis pela apresentação do projeto aos profissionais e residentes, como estratégia para aumentar a adesão dos participantes no estudo; o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do HMML, que fez a convocação dos profissionais para participarem da fase de intervenção; o próprio pesquisador, responsável pela auditoria, intervenção, coordenação e supervisão do projeto; um enfermeiro residente, colaborador na auditoria e intervenção.

b) Critérios de auditoria

Para determinar os níveis de cumprimento das recomendações, as práticas obstétricas e os desfechos maternos relacionados ao cuidado do trauma perineal no parto normal foram utilizados alguns critérios de auditoria estabelecidos a partir do nosso estudo piloto de Côrtes et al. (2015). No entanto, reitera-se que nossos critérios incluem também aqueles disponíveis na ferramenta JBI PACES, a saber:

b.1) Aumento de:

- posição de lateral e vertical no parto;
- anestesia no reparo perineal;
- uso do fio sintético ácido poliglicólico ou poliglactina 910 na sutura perineal;
- percentual de profissionais que usam técnicas de prevenção do trauma perineal;
- percentual de profissionais que classificam a laceração perineal;
- percentual de profissionais que realizam o exame retal após o reparo perineal nas lacerações de terceiro e quarto graus;
- percentual de profissionais que usam a técnica de sutura contínua não ancorada na mucosa e no plano muscular e contínua intradérmica na pele;
- percentual de mulheres satisfeitas com o reparo perineal (1-2 dias, 10-12 dias, 30 dias);
- percentual de mulheres com integridade perineal.

b.2) Redução de:

- puxo dirigido;
- taxas de episiotomia e de laceração espontânea de segundo, terceiro e quarto graus;
- reparo de laceração perineal de primeiro grau;
- uso do fio biológico (categute) na sutura perineal;
- percentual de mulheres com dor perineal espontânea (1-2 dias, 10-12 dias, 30 dias);
- percentual de mulheres com dor perineal às atividades diárias (andar, sentar, urinar, evacuar, amamentar) (1-2 dias, 10-12 dias, 30 dias);
- percentual de mulheres com dispareunia (10-12 dias, 30 dias);
- percentual de mulheres com necessidade de analgesia (1-2 dias, 10-12 dias, 30 dias);
- percentual de mulheres com infecção ou deiscência da ferida (10-12 dias, 30 dias).

b.3) Eliminação de:

- posição litotômica;
- manobra de Kristeller.

c) Avaliação preliminar dos desfechos e identificação das práticas utilizadas na prevenção e reparo do trauma perineal

Para identificar e os desfechos maternos e as práticas dos profissionais antes da implementação das evidências, realizaram-se as entrevistas com os profissionais (enfermeiros,

médicos e residentes de ambas as áreas) e as puérperas, no período de internação no AC e após a alta hospitalar, de acordo com os critérios de inclusão. As entrevistas ocorreram entre agosto a setembro de 2015 e o tempo médio de cada entrevista foi de 10 minutos. Além disso, coletaram-se dados em prontuários de puérperas que tiveram alta em julho de 2015.

Conforme referido anteriormente, a amostra de profissionais entrevistados nessa fase foi de 42 (25 enfermeiros³ e 17 médicos⁴). Os demais profissionais elegíveis (n=29) não foram entrevistados porque não estavam disponíveis no período de coleta de dados, por férias, licença ou recusa em participar. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, por meio de formulário estruturado (Apêndice A). Foi necessário ir ao hospital nos três turnos, em horário pré-agendado com o profissional, durante seu período de trabalho ou após o término de sua jornada de trabalho, em diferentes dias da semana. A quase totalidade das entrevistas foi feita face-a-face. No entanto, por falta de disponibilidade de tempo do profissional, em alguns casos o formulário foi preenchido pelo próprio profissional e devolvido, posteriormente, ao pesquisador. As perguntas do formulário relacionam-se às seguintes práticas na assistência ao parto e à frequência de sua recomendação ou realização: posição materna no período expulsivo do parto, tipo de puxo, técnica de prevenção do trauma perineal, episiotomia, classificação e reparo do trauma perineal, exame retal depois do reparo de lacerações de terceiro ou quarto grau, técnica de reparo do trauma perineal e fio de sutura utilizado.

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, utilizando-se um formulário estruturado (Apêndice B). Para a entrevista com as puérperas após a alta hospitalar, foi enviada previamente uma mensagem via celular informando que a mulher receberia uma ligação ao final do dia, referente à pesquisa iniciada no hospital. Contudo, seis (17,1%) mulheres não atenderam ao telefone, o número estava desligado ou era de parentes. As perguntas diziam respeito às práticas vivenciadas no parto, ao cuidado perineal que a puérpera recebeu e como ela se sentiu depois da alta hospitalar: posição em que ficou no período expulsivo do parto, se pediram para fazer força para baixo na hora do parto (puxo dirigido), se fizeram força no fundo da barriga (manobra de Kristeller), se cortaram (episiotomia) ou se rasgou a vagina (laceração), se foi costurado ou feito pontos, caso tenha ocorrido o rasgo, se fizeram anestesia antes dos pontos, as morbidades apresentadas nos

---

³ Inclui quatro enfermeiros residentes.

⁴ Inclui três médicos residentes.

pontos com 1-2 dias, 10-12 dias e 30 dias pós-parto, se tomou alguma medicação para dor nos pontos nos três momentos e o grau de satisfação em relação aos pontos na vagina.

Para concluir a primeira fase da pesquisa, os dados também foram coletados em prontuários de puérperas não entrevistadas através de formulário estruturado (Apêndice C). Por isso, todos 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.

Esses dados permitiram avaliar o impacto da implementação das melhores práticas na fase 3 da pesquisa.

4.4.2 Fase 2: Implementação das melhores práticas (*corresponde à fase 2 do PACES*)

Na segunda fase da pesquisa, foi realizada uma intervenção educativa intitulada “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal”, 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; discutir as evidências científicas sobre as melhores práticas em relação ao manejo do trauma perineal, considerando a experiência profissional e pessoal de cada participante, e buscar estratégias de mudança na prática desses profissionais. A programação completa do seminário está disponível no Apêndice D.

O referido Seminário foi realizado 3 semanas após o término da fase 1, em 20 de outubro de 2015, no auditório do Hospital São Camilo e São Luís (HSCSL), em Macapá, Amapá. A apresentação das evidências foi feita por meio da projeção de diapositivos e de dois vídeos ilustrativos, um sobre sutura perineal, com ênfase na técnica de sutura contínua, e outro, sobre violência obstétrica institucional. Este Seminário ocorreu pela manhã e foi repetido à tarde, para possibilitar a participação de todos os profissionais envolvidos. Teve duração de 4 horas, em cada período, e na oportunidade, foram disponibilizadas pastas com material de leitura atualizado e recomendado pela OMS e MS, incluindo as principais revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane e ensaios clínicos randomizados indexados à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)⁵, devidamente traduzidos para a língua portuguesa. Também foi disponibilizada certificação para cada participante.

Contudo, a segunda fase da pesquisa precisou ainda ser estendida por mais 40 dias,

---

⁵ <http://bvsalud.org>

pois dos 42 profissionais esperados, apenas 18 (11 enfermeiros⁶ e sete médicos⁷) participaram da intervenção. A estratégia adotada, então, foi outra. Utilizou-se um *banner*, medindo 120 x 90 centímetros, contendo a síntese das mesmas evidências apresentadas no Seminário. O *banner* foi apresentado e discutido face-a-face pelo pesquisador com profissionais que não estiveram presentes no Seminário. Assim, outros 14 profissionais (nove enfermeiros e cinco médicos) foram alvo dessa intervenção, totalizando 32 profissionais (20 enfermeiros e 12 médicos). A intervenção foi considerada finalizada em 30 de novembro de 2015 e o referido *banner* foi disponibilizado para o HMML e exposto na porta de entrada, como estratégia de educação permanente.

Nesta fase da pesquisa, houve pouca participação dos profissionais médicos. Esse fato surpreendeu, pois foi utilizada a estratégia de incluir três médicos obstetras capacitados e receptivos às mudanças, que fizeram parte da equipe de auditoria e prestavam assistência ao parto no local do estudo, para atuarem como facilitadores na apresentação das evidências durante o Seminário. Esta estratégia foi proposta em decorrência das barreiras identificadas em estudo piloto (Côrtes et al., 2015), em que a participação desses profissionais também foi restrita, pois alguns médicos relataram que não gostariam de serem “treinados” por enfermeiros.

Vale ainda destacar que embora destinado aos profissionais participantes deste estudo, o Seminário foi aberto aos enfermeiros e médicos da SESA e do HSCSL. Contou com a presença de 54 profissionais desses serviços.

4.4.3 Fase 3: Auditoria pós-intervenção (*corresponde à fase 3 do PACES*)

A terceira fase da pesquisa foi iniciada 60 dias após o término da fase 2, compreendendo o período de 30 de janeiro a 15 de março de 2016, com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção proposta na implementação das melhores práticas no manejo do cuidado do trauma perineal.

Nesta fase, os pesquisadores entrevistaram os 32 profissionais (20 enfermeiros⁸ e 12 médicos⁹) que participaram da intervenção e outras 35 puérperas, diferentes daquelas entrevistadas na primeira fase. Na fase 3, apenas uma participante não atendeu ao telefone (2,9%) para as entrevistas após a alta hospitalar (10-12 dias e 30 dias pós-parto).

---

⁶ Inclui três enfermeiros residentes.

⁷ Inclui quatro médicos residentes.

⁸ Inclui três enfermeiros residentes.

⁹ Inclui quatro médicos residentes.

Assim como na fase 1, os dados também foram coletados nos prontuários de puérperas. Embora, a previsão fosse incluir os prontuários das puérperas que tiveram alta no mês de fevereiro de 2016, aqueles da primeira quinzena não foram incluídos e a coleta se estendeu até o dia 15 de março. O motivo foi um movimento grevista dos profissionais no local do estudo. Para isso, foram solicitados todos os prontuários das mulheres que deram à luz no período de 16 de fevereiro a 15 de março (n=440) e, considerando os mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas, selecionou-se a amostra de prontuários da auditoria pós-intervenção (n=264). Portanto, nas fases 1 e 3, foram utilizadas amostras independentes de puérperas entrevistadas e de prontuários.

Na fase 3, os dados foram coletados do mesmo modo que na fase 1, pelos mesmos pesquisadores e utilizando-se os mesmos instrumentos e critérios de inclusão, com a finalidade de comparar os resultados.

A Figura 1, a seguir, mostra o fluxograma de coleta de dados, considerando as três fases do estudo.

Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016.

Fonte: Pesquisador

4.5 Variáveis do estudo

A **variável independente** foi a intervenção educativa realizada na fase 2 do estudo, visando à implementação das melhores práticas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.

Como **variáveis dependentes**, foram considerados as práticas e os desfechos maternos durante o período expulsivo e após o parto, avaliados e comparados antes e após a intervenção:

- **Posição litotômica** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Posição lateral** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Posição vertical** – sim (cócoras, sentada, semissentada e joelhos) ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Outra posição materna** – especificar;
- **Puxos dirigidos** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Proteção perineal** – sim (especificar) ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Integridade perineal** – sim ou não;
- **Episiotomia** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Laceração perineal** – sim (primeiro, segundo, terceiro e quarto graus) ou não;
- **Classificação do grau de laceração perineal** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Reparo da laceração perineal de primeiro grau** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Exame retal no reparo da laceração de 3º e 4º graus** – sim ou não; para os profissionais, considerado: sempre, na maioria das vezes, raramente ou nunca;
- **Técnica de sutura do trauma perineal na mucosa, músculo e pele** – interrompida, contínua simples ou contínua ancorada;

- **Fio de sutura** – ácido poliglicólico ou poliglactina 910, categute simples ou categute cromado;
- **Manobra de Kristeller** – sim ou não;
- **Anestesia no reparo perineal** – sim ou não;
- **Dor perineal espontânea 1-2 dias, 10-12 dias e 30 dias pós-parto** – sim ou não;
- **Dor perineal às atividades 1-2 dias, 10-12 dias e 30 dias pós-parto** – sim (ao andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar) ou não;
- **Dispareunia 10-12 dias e 30 dias pós-parto** – sim ou não;
- **Uso de analgésico para dor perineal 1-2 dias, 10-12 dias e 30 dias pós-parto** – sim ou não;
- **Infecção ou deiscência perineal** – 10-12 dias e 30 dias pós-parto – sim ou não;
- **Satisfação materna com o reparo perineal** – muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita ou insatisfeita.

Foram consideradas como **variáveis de caracterização** da população a idade, formação e tempo de atuação dos profissionais e a idade e número de partos anteriores das puérperas.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram codificados e digitados no aplicativo *Excel*, constituindo o banco de dados de cada fase do estudo.

Para a análise descritiva foram calculadas a frequência absoluta e relativa de cada variável. A análise inferencial foi feita mediante comparação entre os resultados da fase 1 com a fase 3 (antes e depois da intervenção).

Na amostra de profissionais, foi utilizado o modelo de Equações de Estimação Generalizadas (GEE) (Zeger, Liang, Albert, 1988).

Na amostra de puérperas entrevistadas, para as variáveis coletadas uma única vez no pós-parto, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para as variáveis coletadas em mais de um momento no pós-parto, foi também utilizado o GEE. Neste caso, quando as caselas com valor nulo impediram a adoção do modelo, foram utilizados os testes Cochran-Mantel-Haenszel e Tarone-Breslow-Day.

Na amostra de prontuários, foi utilizado o teste exato de Fisher.

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

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 31700414.50000.5392), por meio da Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Anexo 3). Foi solicitada a autorização da direção clínica do HMML (Anexo 4) antes do início da coleta de dados. Em todas as fases do estudo, 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 (Apêndices E a H), quando indicado, observando-se as diretrizes e normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 Estudo piloto

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 elaborar o projeto da presente pesquisa (Côrtes et al., 2014).

O referido estudo foi realizado no CPN do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), em Itapequerica da Serra (SP). Houve participação ativa da diretora administrativa do PSMMZED, que autorizou a coleta dos dados e informou os profissionais sobre o projeto, como estratégia para aumentar a adesão.

Os dados foram coletados seguindo as três fases previstas no PACES. Fizeram parte do piloto 15 profissionais de saúde (seis enfermeiras obstetras e nove médicos obstetras) dessa maternidade, além de 50 puérperas e 102 de prontuários de mulheres que tiveram o parto nesse serviço.

As práticas obstétricas e desfechos incluídos no estudo piloto foram: prescrição, administração e indicação para infusão endovenosa de ocitocina; métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; 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 utilizados; infecção e deiscência perineal; dor espontânea na sutura perineal; dor na sutura perineal às atividades diárias; dispareunia; necessidade de analgesia pós-parto e

satisfação da mulher com o reparo perineal.

A intervenção educativa foi dirigida às enfermeiras e médicos. Consistiu em uma oficina com duração de quatro horas, em que foram apresentadas e discutidas as evidências científicas disponíveis na literatura científica e projetado um vídeo sobre a técnica de sutura perineal, com o objetivo de sensibilizar e atualizar os profissionais para a implementação de boas práticas na assistência ao parto. Foi disponibilizado material para leitura, com revisões Cochrane atualizadas e ensaios clínicos relevantes. Após a intervenção verificou-se a redução da posição litotômica e o aumento significativo do uso das posições lateral e vertical no parto e de métodos não farmacológicos de alívio da dor (banho de chuveiro, deambulação e massagem).

O estudo piloto foi uma contribuição valiosa para o projeto da tese, pois apontou as possibilidades dessa metodologia de implementação de evidências científicas na prevenção e no reparo do trauma perineal no parto, a fim de melhorar as práticas de profissionais de saúde na maternidade pública de Macapá, Amapá.

5 RESULTADOS

Conforme descrito no Método, a auditoria de base, realizada na fase 1 do estudo, enquanto a auditoria pós-implementação corresponde à fase 3. Os dados da fase 1 referem-se ao período de 1 de julho a 30 de setembro de 2015 e aqueles da fase 3, ao período de 31 de janeiro a 15 de março de 2016.

Em ambos os períodos do estudo, o número de profissionais elegíveis (enfermeiros e médicos) foi de 42 e 29, respectivamente, considerando os seguintes critérios de inclusão: possuir o título de especialista em obstetrícia, estar cursando especialização ou ser residente nessa especialidade e atuar na assistência direta ao parto normal. Para participar da fase 3, também foi critério de inclusão ter participado da fase 2, que corresponde à intervenção educativa. Fizeram parte da amostra final, 42 profissionais, na fase 1, e 32, na fase 2. Vale destacar, que dos 42 profissionais entrevistados na fase 1, 30 participaram da fase 3. Nessa fase, foram incluídos dois profissionais que não participaram da fase 1, dado que um dos critérios de inclusão dos profissionais na amostra da fase 3 foi que tivessem participado da fase 2 (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de profissionais, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016.

Fonte: Pesquisador

Em relação às puérperas entrevistadas, foram incluídas 70 mulheres (35, na fase 1; 35, na fase 3), 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 oito centímetros; ter dado à luz por via vaginal; estar acessível por telefone para entrevistas com 10-12 dias e 30 dias pós-parto (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma de puérperas, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016.

Fonte: Pesquisador

Quanto aos prontuários das puérperas, compuseram a amostra na fase 1, 291 prontuários de mulheres que tiveram alta no período de um mês antes da intervenção e, na fase 3, 264 prontuários de mulheres que deram à luz no período mínimo de um mês após a intervenção, de acordo com 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 oito centímetros; ter dado à luz por via vaginal (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma de prontuários, considerando as fases do estudo, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, 2015-2016.

Fonte: Pesquisador

A seguir, os resultados estão apresentados de acordo com os itens: **4.1 Caracterização dos profissionais e das puérperas** (Tabelas 1 a 3) e **4.2 Análise inferencial das práticas de assistência ao parto e dos desfechos maternos** (Tabelas de 4 a 10).

5.1 Caracterização dos profissionais e das puérperas

Quanto aos profissionais entrevistados, na auditoria de base, 47,6% tinham idade entre 31 e 40 anos, a maioria (59,5%) era enfermeiro (incluindo os enfermeiros residentes) e um terço (33,3%) tinha até cinco anos de tempo de atuação profissional. Na auditoria pós-implementação, os achados foram semelhantes para a idade (47% entre 31 e 40 anos) e formação profissional (62,5% eram enfermeiros ou enfermeiros residentes); a proporção de profissionais com menos tempo de atuação foi maior na nessa fase do estudo (43,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais entrevistados na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Profissionais			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Idade (anos)	42	100	32	100
≤ 30	7	16,7	6	18,7
30 – 40	20	47,6	15	47,0
40 – 50	12	28,6	9	28,0
> 50	3	7,1	2	6,3
Formação profissional	42	100	32	100
Enfermeiro	21	50,0	17	53,1
Médico	14	33,3	8	25,0
Enfermeiro residente	4	9,5	3	9,4
Médico residente	3	7,2	4	12,5
Tempo de atuação profissional (anos)	42	100	32	100
≤ 5	14	33,3	14	43,8
5 – 10	13	31,0	8	25,0
10 – 20	7	16,7	5	15,6
> 20	8	19,0	5	15,6

Fonte: Pesquisador

No que se refere às puérperas entrevistadas, na auditoria de base, 45,7% tinham idade entre 20 e 29 anos, com proporção de 31,4% de adolescentes. Em relação ao número de partos anteriores, 71,4% referiram ter pelo menos um parto. Na auditoria pós-implementação, houve mais mulheres entre 20 e 29 anos de idade (60,0%) e menor proporção de adolescentes (17,1%); a proporção de mulheres com um ou mais partos anteriores também foi menor (63,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das puérperas entrevistadas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Idade (anos)	35	100	35	100
< 20	11	31,4	6	17,1
20 ┤ 30	16	45,7	21	60,0
≥ 30	8	22,9	8	22,9
Número de partos anteriores	35	100	35	100
Nenhum	10	28,6	13	37,0
Um	9	25,7	9	26,0
Dois ou mais	16	45,7	13	37,0

Fonte: Pesquisador

Em relação às características das mulheres com dados obtidos dos prontuários, tanto na auditoria de base quanto na pós-intervenção, a proporção de adolescentes foi elevada (29,9% e 32,2%, respectivamente) e mais da metade tinha um ou mais partos anteriores (61,2% e 59,2%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização das puérperas segundo o prontuário na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Puérperas segundo o prontuário			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Idade (anos)	291	100	264	100
< 20	87	29,9	85	32,2
20 ┤ 30	149	51,2	129	48,9
≥ 30	55	18,9	50	18,9
Número de partos anteriores	291	100	264	100
Nenhum	113	38,8	108	40,9
Um	86	29,6	77	29,1
Dois ou mais	92	31,6	79	30,0

Fonte: Pesquisador

5.2 Análise inferencial das práticas no parto e dos desfechos maternos

A Tabela 4 apresenta as repostas dos profissionais sobre a frequência da utilização de práticas na assistência ao parto. As respostas “sempre” e “na maioria das vezes” foram agrupadas, assim como as respostas “raramente” e “nunca”.

Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, as práticas em que houve diferença estatisticamente significativa foram: incentiva puxos dirigidos ($p=0,009$), realiza episiotomia ($p=0,021$) e realiza o reparo da laceração de primeiro grau ($p=0,011$). Houve aumento da proporção de profissionais que raramente ou nunca incentivam o puxo dirigido (55,0% *versus* 81,2%), restringem a realização da episiotomia (83,3% *versus* 96,9%) e deixam as lacerações de primeiro grau sem reparo (61,9% *versus* 81,2%).

Para a abolição da posição litotômica, classificação da laceração perineal, exame retal após o reparo das lacerações de terceiro e quarto graus e uso da técnica de sutura contínua e do fio de sutura ácido poliglicólico ou poliglactina 910, em todos os planos teciduais, enfatizadas na intervenção educativa como “boas práticas” na promoção do cuidado perineal no parto, houve adesão dos profissionais, porém sem significância estatística. A exceção foi o uso do ácido poliglicólico ou poliglactina 910 para a sutura da pele, que foi menos utilizado na fase 3, ao passo que, proporcionalmente, aumentou do uso do catgut cromado para sutura desse plano tecidual.

Em relação ao tipo de posição vertical que recomendam sempre ou na maioria das vezes, os profissionais responderam uma ou mais posições, com a seguinte frequência na fase 1: cócoras ($n=9$), sentada ou semissentada ($n=9$) e joelhos ($n=2$); na fase 3: cócoras ($n=6$), sentada ou semissentada ($n=5$) e joelhos ($n=2$). Embora não seja uma posição vertical, o modo quatro apoios foi referido por 2 e 3 profissionais, nas fases 1 e 3, respectivamente (dados não mostrados em tabela).

As técnicas de prevenção do trauma perineal utilizadas sempre ou na maioria das vezes pelos profissionais foram, respectivamente, nas fases 1 e 3: proteção manual do períneo ($n=15$ *versus* $n=12$), massagem perineal com óleo vegetal ($n=6$ *versus* $n=2$); posição materna ($n=5$ *versus* $n=3$); episiotomia ($n=3$ *versus* $n=0$). Vale destacar que, na fase 3, mais profissionais relataram ter realizado episiotomia pela última vez há mais de um ano ($n=10$ *versus* $n=12$) (dados não mostrados em tabela).

Tabela 4 - Distribuição das práticas utilizadas no parto pelos profissionais na 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	%	
Recomenda posição litotômica no parto	42	100	32	100	0,059
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	12	37,5	
Raramente ou nunca	20	47,6	20	62,5	
Recomenda posição lateral no parto	42	100	32	100	0,313
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	18	56,0	
Raramente ou nunca	20	47,6	14	44,0	
Recomenda posição vertical no parto	42	100	32	100	0,822
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	15	47,0	
Raramente ou nunca	23	55,0	17	53,0	
Incentiva puxos dirigidos	42	100	32	100	0,009
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	6	18,8	
Raramente ou nunca	23	55,0	26	81,2	
Utiliza técnica de prevenção do trauma perineal	42	100	32	100	0,425
Sempre ou maioria das vezes	29	69,0	19	59,0	
Raramente ou nunca	13	31,0	13	41,0	
Realiza episiotomia	42	100	32	100	0,021
Sempre ou maioria das vezes	7	16,7	1	3,1	
Raramente ou nunca	35	83,3	31	96,9	
Classifica a laceração	42	100	32	100	0,083
Sempre ou maioria das vezes	36	85,7	32	100	
Raramente ou nunca	6	14,3	-	-	
Realiza o reparo da laceração de 1º grau	42	100	32	100	0,011
Sempre ou maioria das vezes	16	38,1	6	18,8	
Raramente ou nunca	26	61,9	26	81,2	
Realiza exame retal após reparo de 3º ou 4º graus	42	100	32	100	0,232
Sempre ou maioria das vezes	26	61,9	23	71,9	
Raramente ou nunca	16	38,1	9	28,1	
Técnica de sutura na mucosa	42	100	32	100	0,250
Interrompida	3	7,0	3	9,4	
Contínua simples	13	31,0	13	40,6	
Contínua ancorada	26	62,0	16	50,0	
Técnica de sutura no plano muscular	42	100	32	100	0,932
Interrompida	23	54,8	17	53,1	
Contínua simples	7	16,6	7	21,9	
Contínua ancorada	12	28,6	8	25,0	
Técnica de sutura na pele	42	100	32	100	0,641
Interrompida	23	54,8	16	50,0	
Contínua simples	10	23,8	13	40,6	
Contínua ancorada	5	12,0	1	3,1	
Intradérmica	4	9,4	2	6,3	

(continua)

(continuação)

Práticas utilizadas no parto	Profissionais				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Fio de sutura na mucosa	42	100	32	100	0,864
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	7	16,7	6	18,7	
Categute simples	10	23,8	7	21,9	
Categute cromado	25	59,5	19	59,4	
Fio de sutura no plano muscular	42	100	32	100	0,125
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	6	14,3	7	21,9	
Categute simples	5	11,9	6	18,7	
Categute cromado	31	73,8	19	59,4	
Fio de sutura na pele	42	100	32	100	0,089
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	12	28,5	6	18,8	
Categute simples	18	43,0	13	40,6	
Categute cromado	12	28,5	13	40,6	

*GEE

Fonte: Pesquisador

A Tabela 5 mostra as respostas das puérperas sobre as intervenções obstétricas e desfechos perineais que ocorreram durante o parto. Essas variáveis se referem às perguntas feitas exclusivamente no período de internação, entre 1 e 2 dias após o parto.

A posição litotômica no parto, além de ter sido adotada pela maioria das mulheres na fase 1 (77,1%), foi mais frequente na fase 3 (97,1%), com diferença estatística significativa ($p=0,028$).

Outras posições referidas nas fases 1 e 3 foram, respectivamente: sentada ou semissentada ($n=3$ versus $n=1$), lateral ($n=2$ versus $n=0$), quatro apoios ($n=2$ versus $n=0$) e cócoras ($n=1$ vs $n=0$). Assim, pode-se verificar que a variedade de posições no parto foi maior na fase 1 e que, na fase 3, apenas uma mulher assumiu posição diferente da litotômica (dados não mostrados em tabela).

Para as demais variáveis – puxo dirigido, manobra de Kristeller, trauma perineal, reparo perineal e anestesia para o reparo perineal – não houve diferença estatisticamente significativa em relação às fases 1 e 3.

Tabela 5 - Distribuição das práticas utilizadas e dos desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas na 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	%	
Posição litotômica no parto	35	100	35	100	0,028
Sim	27	77,1	34	97,1	
Não	8	8,6	1	2,9	
Puxo dirigido	35	100	35	100	1,000
Sim	8	22,9	9	25,7	
Não	27	77,1	26	74,3	
Manobra de Kristeller	35	100	35	100	0,428
Sim	2	5,7	5	14,3	
Não	33	94,3	30	85,7	
Períneo	35	100	35	100	0,155
Laceração espontânea	21	60,0	13	37,1	
Íntegro	12	34,3	17	48,6	
Episiotomia	2	5,7	5	14,3	
⁽¹⁾Reparo perineal	23	100	18	100	1,000
Sim	17	73,9	14	77,8	
Não	6	26,1	4	22,2	
⁽²⁾Anestesia no reparo perineal	17	100	14	100	0,607
Sim	14	82,4	13	92,9	
Não	3	17,6	1	7,1	

*Teste exato de Fisher; 1) Puérperas com trauma perineal; 2) Puérperas com reparo perineal

Fonte: Pesquisador

As respostas das puérperas são ainda apresentadas nas Tabelas 6, 7 e 8. Referem-se às perguntas feitas às puérperas que tiveram reparo do trauma perineal (17, na fase 1, e 14, na fase 3), em três momentos no período pós-parto: 1 a 2 dias, 10 a 12 dias e 30 dias. Conforme referido no Método, nos dois últimos períodos, após a alta hospitalar, a entrevista ocorreu por telefone. Por esse motivo, em ambas as fases, houve casos em que a entrevista não foi feita, pois algumas mulheres não atenderam ao telefone.

Na Tabela 6 é apresentada a queixa de dor perineal espontânea ou às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar). Pode-se verificar que a frequência de dor espontânea é pequena ou ausente, em todos os períodos pós-parto. Em relação à dor às atividades, a frequência diminuiu no decorrer do pós-parto (94,0%, 66,7% e 63,6%, na fase 1, e 79,0%, 57,1% e 38,5%, na fase 3), 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.

Tabela 6 - Distribuição da dor perineal segundo os dias pós-parto identificada nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Dor perineal pós-parto	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
1-2 dias	17	100	14	100
Espontânea	-	-	1	7,0
Às atividades	16	94,0	11	79,0
Sem dor	1	6,0	2	14,0
10-12 dias	12	100	14	100
Espontânea	-	-	2	14,3
Às atividades	8	66,7	8	57,1
Sem dor	4	33,3	4	28,6
Não atendeu telefone	5	-	-	-
30 dias	11	100	13	100
Espontânea	-	-	-	-
Às atividades	7	63,6	5	38,5
Sem dor	4	36,4	8	61,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-

GEE: **valor-p=0,019 (entre os dias)**; valor-p=0,450 (entre as fases 1 e 3)

Fonte: Pesquisador

A Tabela 7 mostra o uso de analgésico para alívio da dor perineal, indicando que diminuiu a proporção de mulheres que fazem uso ao longo do puerpério (64,7%, 25,0% e 18,2%, na fase 1, e 64,3%, 21,4% e 0,0, na fase 3), porém sem diferença estatisticamente significativa, seja em relação aos períodos, seja em relação às fases 1 e 3.

Tabela 7 - Distribuição do uso de analgésico segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Analgésico pós-parto	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
1-2 dias	17	100	14	100
Sim	11	64,7	9	64,3
Não	6	35,3	5	35,7
10-12 dias	12	100	14	100
Sim	3	25,0	3	21,4
Não	9	75,0	11	78,6
Não atendeu telefone	5	-	-	-
30 dias	11	100	13	100
Sim	2	18,2	-	-
Não	9	81,8	13	100
Não atendeu telefone	6	-	1	-

Teste Cochran-Mantel-Haenszel: valor-p=0,631 (entre os dias); teste Tarone-Breslow-Day: valor-p=0,399 (entre as fases 1 e 3)

Fonte: Pesquisador

Na Tabela 8 é apresentada a ocorrência de infecção ou deiscência perineal nos períodos de 10 a 12 dias e 30 dias após o parto. Essa variável não foi considerada no período de internação; em geral, são complicações do processo de cicatrização que surgem em período posterior. Embora não haja diferença estatisticamente significativa em relação aos períodos de pós-parto e fases do estudo, chama a atenção a frequência maior 30 dias após o parto, na fase 3 (fase 1: 0,0%; fase 3: 23,1%). Vale destacar que na fase 1 houve mais perdas de mulheres por falta de resposta ao contato telefônico.

Tabela 8 - Distribuição da infecção ou deiscência perineal segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Infecção ou deiscência perineal pós-parto	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
10-12 dias	12	100	14	100
Sim	2	16,7	1	7,1
Não	10	83,3	13	92,9
Não atendeu telefone	5	-	-	-
30 dias	11	100	13	100
Sim	-	-	3	23,1
Não	11	100	10	76,9
Não atendeu telefone	6	-	1	-

Teste Cochran-Mantel-Haenszel: valor-p=0,135 (entre os dias); teste Tarone-Breslow-Day: valor-p=0,077 (entre as fases 1 e 3)

Fonte: Pesquisador

A Tabela 9 apresenta os resultados sobre a satisfação das puérperas com o reparo perineal. À pergunta “Como você se sente em relação aos pontos na sua vagina?”, foi oferecida à puérpera a opção de responder segundo uma escala tipo Likert de quatro pontos, com as alternativas “insatisfeita”, “pouco satisfeita”, “satisfeita” ou “muito satisfeita”, além da opção “não sabe/não lembra”. As respostas nos três momentos pós-parto foram agrupadas em Satisfeita/Muito satisfeita e Insatisfeita/Pouco satisfeita. Embora sem diferença estatisticamente significativa em relação aos períodos pós-parto e às fases, as mulheres referiram maior grau de satisfação com o passar do tempo e na auditoria pós-implementação (exceto 30 dias pós-parto). Na fase 1, respectivamente, nos períodos de internação pós-parto, 1-2 dias e 30 dias, ficaram satisfeitas ou muito satisfeitas 26,7%, 54,5% e 63,6% das puérperas; na fase 3, essas proporções foram: 66,7%, 71,4% e 61,5%, respectivamente.

Tabela 9 - Distribuição da satisfação com o reparo perineal segundo os dias pós-parto identificado nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Satisfação com reparo perineal pós-parto	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
1-2 dias	15	100	12	100
Satisfeita/Muito satisfeita	4	26,7	8	66,7
Insatisfeita/Pouco satisfeita	11	73,3	4	33,3
Não sabe	2	-	2	-
10-12 dias	11	100	14	100
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	-	-	-
30 dias	11	100	13	100
Satisfeita/Muito satisfeita	7	63,6	8	61,5
Insatisfeita/Pouco satisfeita	4	36,4	5	38,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-

GEE: valor-p=0,413 (entre os dias); valor-p=0,220 (entre as fases 1 e 3)

Fonte: Pesquisador

Os resultados relativos aos dados dos prontuários são apresentados na Tabela 10. Inicialmente, vale destacar o elevado número de prontuários sem registro para toda as variáveis estudadas, em ambas as fases.

As únicas práticas obstétricas em que houve diferença estatisticamente significante 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 (92,0%, na fase 1, e 82,1%, na fase 3) ($p=0,039$) e mais profissionais utilizaram o fio ácido poliglicólico ou poliglactina 910 na mucosa (4,8%, na fase 1, e 28,1%, na fase 3) ($p=0,006$) e na pele (10,2%, na fase 1, e 25,0%, na fase 3) ($p=0,033$).

As outras variáveis analisadas – posição litotômica no parto, condições do períneo, especificação do grau da laceração e tipo de fio utilizado no plano muscular – não mostraram diferença estatisticamente significante em relação às fases 1 e 3.

Em relação às outras posições no parto registradas nos prontuários, foram: na fase 1, lateral ($n=34$), sentada ou semissentada ($n=18$), quatro apoios ($n=4$) e cócoras ($n=1$); na fase 3, sentada ou semissentada ($n=19$), lateral ($n=10$), quatro apoios ($n=6$), cócoras ($n=3$) e em pé ($n=1$).

Tabela 10 - Distribuição das práticas e dos desfechos perineais identificados nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Variável	Puérperas segundo o prontuário				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Posição litotômica no parto	291	100	264	100	0,527
Sim	74	57,4	63	62,4	
Não	55	42,6	38	37,6	
Sem registro	162		163		
Períneo	236	100	172	100	0,642
Laceração espontânea	147	62,3	105	61,0	
Íntegro	73	30,9	51	29,7	
Episiotomia	16	6,8	16	9,3	
Sem registro	55	-	92	-	
Grau da laceração perineal	103	100	70	100	0,905
Primeiro	40	38,8	30	42,9	
Segundo	57	55,4	36	51,4	
Terceiro	6	5,8	4	5,7	
Sem registro	44	-	35	-	
Reparo das lacerações perineais	137	100	95	100	0,039
Sim	126	92,0	78	82,1	
Não	11	8,0	17	17,9	
Sem registro	10	-	10	-	
Tipo de fio de sutura na mucosa	62	100	32	100	0,006
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	3	4,8	9	28,1	
Categute simples	5	8,1	3	9,4	
Categute cromado	54	87,1	20	62,5	
Sem registro ou não se aplica	156	-	181	-	
Tipo de fio de sutura no músculo	49	100	24	100	0,087
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	3	6,1	5	20,8	
Categute simples	3	6,1	3	12,5	
Categute cromado	43	87,8	16	66,7	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	
Tipo de fio de sutura na pele	49	100	24	100	0,033
Ácido poliglicólico ou poliglactina 910	5	10,2	6	25,0	
Categute simples	19	38,8	3	12,5	
Categute cromado	25	51,0	15	62,5	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	

*Teste exato de Fisher

Fonte: Pesquisador

6 DISCUSSÃO

Esta é a primeira pesquisa translacional realizada no estado do Amapá para testar o método de implementação de práticas baseadas em evidências científicas. A intervenção foi centrada em torno de melhorar o conhecimento e as práticas dos profissionais no cuidado do trauma perineal no parto normal.

6.1 Prevenção do trauma perineal no parto

6.1.1 Práticas utilizadas no parto pelos profissionais

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 significativa.

Foi gratificante observar a diminuição dessas duas práticas porque, antes da intervenção, a maioria dos profissionais acreditava que com elas poderia beneficiar a parturiente e não sabia informar suas bases científicas, justificando sua realização pela forma como aprenderam ao longo do tempo ou mesmo pelo empirismo.

Os puxos dirigidos (manobra de Valsalva) e o uso rotineiro de episiotomia, durante o segundo estágio do parto, são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, relacionadas, direta ou indiretamente, ao trauma perineal no parto e que devem ser eliminadas. Por isso, depois de confirmados os 10 centímetros de dilatação cervical, não se deve solicitar à gestante que promova puxos voluntários, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após uma hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Do contrário, os puxos constituem ato involuntário, obedecendo à vontade materna (Brasil, 2016).

Colacioppo, Riesco e Koiffman (2011) realizaram um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, para avaliar a eficácia do hialuronidase na prevenção do trauma perineal, em uma maternidade em São Paulo (SP), com 156 primíparas, e identificaram que das 53 mulheres que realizaram puxo dirigido, 49% tiveram trauma perineal de segundo ou terceiro graus.

Caroci et al. (2014), em estudo transversal com 317 primíparas, nas cidades de São Paulo e Itapecerica da Serra, estado de São Paulo, concluíram que o puxo dirigido está

relacionado, principalmente, à laceração na região posterior do períneo.

Ho et al. (2010) realizaram um *survey* retrospectivo com 11.016 mulheres, envolvendo quatro países do Sudeste Asiático (Tailândia, Indonésia, Filipinas e Malásia). O estudo analisou as práticas de episiotomia e trauma perineal, antes e depois de uma intervenção multicomponente, e a influência desta intervenção no emprego de evidências sobre essas práticas. Os autores relataram uma diminuição significativa na taxa de episiotomia realizada pelos profissionais após a intervenção, em todos os quatro países.

Um ensaio clínico randomizado, realizado no Reino Unido, com 3.681 mulheres, utilizou uma intervenção educativa com obstetrizas e médicos para 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, e concluiu que a maioria dos profissionais relatou ter usado práticas fundamentadas em evidências científicas, incluindo a episiotomia seletiva, após o treinamento (Ismail et al., 2013).

Embora sem diferença estatística, outra prática de prevenção do trauma perineal referida pelos profissionais foi o menor uso da posição litotômica. Esse achado mostra que os profissionais compreenderam a importância de práticas demonstradamente úteis para diminuir o trauma perineal no período expulsivo e estimularam posições não supinas, principalmente, lateral e vertical.

Em revisão sistemática da Colaboração Cochrane (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012) sobre diferentes posições da parturiente no período expulsivo sem anestesia epidural que incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres primigestas e multíparas, os autores concluíram que para a posição vertical em partos normais, houve redução na prática da episiotomia, embora, com aumento de lacerações perineais de segundo grau.

No presente estudo, outras práticas de prevenção do trauma perineal referidas pelos profissionais foram a proteção manual do períneo e a massagem perineal com óleo vegetal, ambas, realizadas durante o período expulsivo. No entanto, mesmo que os profissionais observem que, empiricamente, essas práticas reduzam algum trauma, ainda há pouca evidência disponível na literatura para apoiá-las.

Foi publicada, em 2011, uma revisão sistemática da Colaboração Cochrane (Aasheim et al., 2011) sobre técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto para reduzir o trauma perineal, com oito ensaios clínicos e 11.651 mulheres; a utilização de compressas mornas sobre o períneo foi a única técnica associada com diminuição da ocorrência de trauma perineal e tem sido recomendada pelo American College of

Obstetricians and Gynecologists (2016) para reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quarto graus.

Por outro lado, um ensaio clínico randomizado conduzido com 90 primíparas, em Teerã, Irã, com o objetivo de investigar o efeito da massagem perineal com vaselina sobre o trauma perineal, mostrou que a massagem perineal com vaselina, no segundo estágio do trabalho de parto, aumentou a integridade perineal e diminui a episiotomia (Geranmayeh et al., 2012).

6.1.2 Práticas e desfechos perineais identificados com as puérperas

No presente estudo, as práticas utilizadas e os desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas mostram que aumentou a adoção da posição litotômica no parto pela maioria das mulheres, com diferença estatística significativa.

Este resultado indica que a intervenção educativa não foi capaz de melhorar essa prática para cuidados baseados em evidências científicas atuais, ou seja, apesar de estudos associarem a posição de litotomia durante o parto com consequências negativas e aumento do risco de lesões perineais, esta posição ainda é muito referida pelas mulheres no local do estudo. Nesse ponto, é importante mencionar que este achado foi o oposto da prática referida pelos profissionais, que relataram menor uso desta posição.

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. Contudo, é importante destacar que a melhor posição para uma boa experiência no parto é aquela esclarecida e de livre escolha da mulher.

Um *survey* envolvendo 110 mães que tiveram lesão perineal no parto vaginal foi conduzido para identificar a prevalência de diferentes posições no parto e episiotomia para explorar as diferentes perspectivas de mães sobre as posições de parto e trauma perineal. Os achados mostraram que 85% (n=94) das mães relataram a posição de litotomia no parto e 73% (n=80) tiveram episiotomia (Diorgu et al., 2016).

Os resultados da presente pesquisa não corroboraram aqueles obtidos por Côrtes et al. (2015), no estudo piloto citado no Método, em que foi utilizada a metodologia de transferência do conhecimento do JBI para melhorar os desfechos maternos no parto normal com base em evidências científicas. Os autores encontraram que a posição litotômica não foi referida por nenhuma das puérperas após a intervenção educativa realizada com os

profissionais do serviço, sendo que essa posição havia sido utilizada em 28% dos partos na auditoria de base, com diferença estatisticamente significativa.

Embora sem diferença estatisticamente significativa, após a intervenção, houve aumento da frequência de puérperas que referiram puxo dirigido, manobra de Kristeller e episiotomia no HMML.

Nesse sentido, é possível que o interesse limitado da equipe de médicos obstetras em participar da intervenção educativa e discutir as melhores evidências científicas seja um dos fatores relacionados com a manutenção dessas práticas. Esses achados reforçam que os profissionais desse serviço costumam reiterar, rotineiramente, os procedimentos obstétricos, transferindo, aos médicos residentes e estudantes de graduação em medicina, um modelo de assistência empírica.

Nesse sentido, ainda persiste a crença de que os puxos possam acelerar o tempo de período expulsivo, ou de que a manobra de Kristeller e a episiotomia sejam práticas úteis que auxiliam a mulher no parto. Mas, na verdade, são práticas prejudiciais e ineficazes, relacionadas ao trauma perineal e que devem ser eliminadas (Brasil, 2016).

Igualmente, estes achados foram o oposto da prática referida pelos profissionais, que haviam relatado menor uso de puxos dirigidos e episiotomia.

Para Bastos (2011), o impacto dessas intervenções educativas para mudar o comportamento dos profissionais é bem variável, considerando que este é formado muito mais por crenças, atitudes e experiências do que pelas evidências científicas.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Côrtes et al. (2015), em que mais mulheres relataram puxo dirigido ($n=24$ (96%) *versus* 20 (80%)), após a intervenção, porém sem diferença estatística significativa.

O Inquérito Nacional Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizada com 23.894 mulheres para avaliar o uso das boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual identificou muitas intervenções obstétricas, dentre elas a manobra de Kristeller e a episiotomia (com prevalência de 37,3% e 56,1%, respectivamente), em que os profissionais não sabem justificar cientificamente essas práticas, expondo essas mulheres ao risco de trauma perineal (Leal et al., 2014).

A realidade no HMML é semelhante à do restante do país, porém, no presente estudo, após a intervenção, diminuiu o relato de mulheres com laceração espontânea e aumentou relato de períneo íntegro, sem diferença estatística significativa.

Assim, entende-se que esses desfechos mais favoráveis podem ser explicados pela maior participação dos profissionais enfermeiros no que diz respeito à adesão das práticas baseadas em evidências, pois demonstraram maior interesse quando comparados aos médicos, que participaram em menor número da intervenção educativa.

Além disso, é importante mencionar que as práticas de massagem perineal com óleo vegetal e a proteção manual do períneo durante o período expulsivo, mesmo sem evidências sólidas disponíveis, referidas pelos profissionais, podem ter contribuído, uma vez que os resultados do estudo de Geranmayeh et al. (2012) mostraram que a massagem perineal com lubrificante vaselina, que tem consistência semelhante ao óleo vegetal, pode ser uma forma eficaz de preservar um períneo íntegro durante o parto.

Revisão sistemática 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” vs “hands off” no parto na ocorrência de trauma perineal, concluiu que as evidências sobre a eficácia da proteção perineal durante o parto para reduzir o risco de trauma ainda são insuficientes e a realização de novos ensaios é urgentemente necessária (Bulchandani et al., 2015).

6.1.3 Práticas e desfechos perineais identificados nos prontuários

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 observada na pesquisa, 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 no parto, incluindo as práticas obstétricas e os desfechos perineais.

Achados semelhantes foram relatados no estudo referido anteriormente (Côrtes et al., 2015), que identificou ausência de registros no prontuário das puérperas sobre as práticas e os desfechos perineais. Por isso, algumas variáveis não foram analisadas.

Em relação aos registros encontrados, aumentou o uso da posição litotômica no parto e diminuiu o registro de períneo íntegro, após a intervenção, mas sem diferença estatisticamente significativa.

Embora, anteriormente, tenha sido descrito um número menor de relato de

profissionais recomendando a posição litotômica no parto e melhores desfechos perineais, incluindo menos uso da episiotomia, esses mesmos achados não foram confirmados na auditoria pós-implementação, realizada nos registros dos profissionais nos prontuários.

Esse resultado foi corroborado com o estudo de Côrtes et al., 2015, em que após a intervenção educativa, os registros nos prontuários referentes às posições utilizadas no parto e os desfechos perineais não melhoraram, sem diferença estatística significativa.

Nessa compreensão, tem sido descrito na literatura que nem sempre a implementação de evidências científicas com intervenção educativa melhora as práticas avaliadas; ainda há um debate se algumas abordagens com foco nos resultados no parto normal são viáveis ou adequadas como programas de avaliação e, muitas vezes, ficam aquém de explicar por que não funcionam (Bastos, 2011; Abhyankar et al., 2013).

Um estudo que utilizou o método de implementação de práticas baseadas em evidências científicas, em São Paulo (SP), com o objetivo de avaliar a prática corrente na assistência de enfermagem em relação à prevenção do trauma mamilar e avaliar o seu impacto dessa prática sobre sua incidência, exemplifica muito bem esse debate. Os autores mostraram que embora o projeto de implementação tenha tido grande impacto sobre o conhecimento do pessoal de enfermagem, as taxas de trauma mamilar não diminuíram, recomendando mais pesquisas para esclarecer outros aspectos envolvidos com o aparecimento do trauma estudado (Shimoda et al., 2015).

No entanto, no presente estudo, por se tratar de dados obtidos retrospectivamente, não é possível fazer inferências confiáveis, considerando a elevada ausência de registros nos prontuários. Esse tipo de lacuna para a prática e a implementação de evidências indica a urgente necessidade de melhorar os registros no local do estudo, tanto para pesquisas e avaliações futuras como por motivos legais.

6.2 Reparo do trauma perineal no parto

6.2.1 Práticas utilizadas no parto pelos profissionais

Em relação às práticas de reparo do trauma perineal no parto, identificadas nas entrevistas com os profissionais, os resultados mostraram que, após a intervenção educativa menos profissionais referiram o reparo da laceração de primeiro grau.

Vale mencionar que durante o Seminário realizado com os profissionais foi orientado

pela decisão em realizar ou não o reparo das lacerações perineais espontâneas de primeiro grau que ocorrem durante o parto, com base em uma revisão sistemática da Colaboração Cochrane, que concluiu que a evidência disponível é limitada para orientar a escolha entre o reparo *versus* nenhuma intervenção cirúrgica na laceração perineal de primeiro ou segundo graus (Elharmeel et al., 2011).

Esses autores recomendam que a decisão em suturar ou não possa ser baseada na avaliação clínica dos profissionais e na preferência das mulheres; essa decisão deve ser tomada depois de informá-las sobre a falta de resultados em longo prazo e a chance de um processo de cicatrização mais lento da ferida, porém com possível melhor sensação geral de bem-estar se a laceração perineal for deixada sem suturar.

Por outro lado, contrariando essa recomendação, o MS publicou, em 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2016); na seção sobre reparar ou não reparar o períneo, orienta “aconselhar a mulher 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”.

No presente estudo, os resultados indicaram que, após a intervenção, mais participantes mudaram suas práticas para cuidados baseados em evidências, pois houve adesão efetiva dos participantes em classificar o trauma perineal, uma vez que todos referiram realizar essa classificação, embora, sem significância estatística.

Estudos têm destacado a falta de conhecimento em anatomia perineal e a má classificação do trauma perineal entre os profissionais que prestam assistência ao parto. Adicionalmente, variáveis relacionadas a diferenças anatômicas da região vulvoperineal de cada mulher podem interferir nessa classificação, especialmente, nos casos de terceiro e quarto graus, que em geral são subestimadas (Riesco et al., 2011; Bick et al., 2012).

É importante destacar que embora todos os profissionais tenham relatado realizar sempre ou na maioria das vezes a classificação do trauma, alguns enfermeiros relataram, durante a intervenção educativa, que não tinham muita segurança para avaliarem e classificarem sozinhos as lacerações, principalmente nas lesões do esfíncter anal.

Em relação à realização de exame retal, houve melhora na prática dos profissionais, que após a intervenção educativa referiram realizá-lo mais vezes depois do reparo do trauma perineal de terceiro e quarto graus.

Este achado destaca que nossa intervenção foi eficaz na transferência de conhecimento, porque alguns participantes referiram que achavam desnecessário, não tinham

certeza de sua responsabilidade nesse exame ou consideravam que sua realização fosse de competência exclusiva do médico.

Bick et al. (2012) destacam que é recomendável que o exame retal seja realizado após todos os reparos do períneo, principalmente, nos casos de trauma de terceiro e quarto graus, para verificar se as suturas não foram, inadvertidamente, inseridas através da mucosa retal.

No atual estudo, curiosamente, 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.

Este achado foi inesperado, porque esta prática foi muito questionada durante a intervenção educativa, quando, apesar de terem sido discutidas com os profissionais aquelas evidências que apontam para os melhores desfechos maternos com a técnica de sutura contínua em relação à sutura interrompida, houve ponderações em defesa desta última. Os profissionais acreditavam, empiricamente, que a técnica de sutura interrompida pode causar menos morbidades e, principalmente, evitar a deiscência.

No entanto, o que tem sido descrito na literatura é que a técnica de sutura contínua não ancorada para a reparação dos tecidos perineais está associada com menos dor perineal à palpação, até quatro dias após o parto, bem como às atividades de sentar, andar, urinar e evacuar, em relação à técnica de sutura interrompida (Almeida, Riesco, 2008).

Além disso, em revisão sistemática da Colaboração Cochrane 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 menor uso de material, de analgesia e de remoção de sutura, o que pode melhorar a cicatrização (Kettle, Dowswell, Ismail, 2013).

Evidências mais recentes apontam que a sutura contínua para o reparo dos tecidos perineais também está associada com o aumento da satisfação e sensação de normalidade da mulher aos três meses pós-parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Brasil, 2016).

O último achado em relação à entrevista com os profissionais foi o uso do fio de sutura sintético ácido poliglicólico ou eventualmente o uso do fio sintético poliglactina 910, em todos os planos teciduais, após a intervenção, exceto, para a sutura da pele, em que a proporção do uso do fio biológico catégute cromado aumentou.

Este resultado foi parcialmente satisfatório, pois na auditoria pós-implementação

houve o aumento de profissionais referindo usá-lo na mucosa e no músculo. É possível que seu uso não tenha obtido adesão mais expressiva porque em alguns períodos houve falta de disponibilidade desse material sintético de sutura disponível no local do estudo. Isso também pode justificar o aumento da proporção de profissionais que referiu o uso do fio catagute na pele.

Embora o fio catagute seja o tipo de fio mais usado em nosso meio, revisão sistemática da Colaboração Cochrane com 18 ensaios clínicos e 10.171 mulheres demonstrou que o catagute, comparado ao fio absorvível sintético, aumentou a queixa de dor perineal no puerpério imediato, e que os melhores desfechos têm sido obtidos com fio sintético de ácido poliglicólico e ou *poliglactina 910* (Ácido poliglicólico ou poliglactina 910 Rapide®) (Kettle, Dowswell, Ismail, 2010).

Há evidências mais recentes de que o material de sutura sintético de absorção rápida está associado a menos dor em curto prazo, menos deiscência de sutura e menor necessidade de nova sutura do períneo até três meses após o parto, quando comparado à sutura realizada com fio do tipo catagute (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Brasil, 2016).

6.2.2 Desfechos perineais identificados com as puérperas

Em relação aos desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas, foi observado que aumentou o reparo perineal e o uso de anestesia para o reparo perineal, sem diferença estatística significativa.

Esse achado também foi inesperado, pois da mesma forma que no achado identificado nas entrevistas com os profissionais, recomendamos que a decisão de suturar ou não pudesse ser baseada na avaliação clínica do profissional e na preferência das mulheres.

Esse resultado corrobora tanto com os achados de Côrtes et al. (2015), em que a proporção de mulheres com trauma perineal suturado foi maior na fase 3 do estudo, quanto com as recomendações atuais do MS, que orientam que todas as lacerações perineais, inclusive as de primeiro grau, sejam suturadas para facilitar a cicatrização (Brasil, 2016).

Apesar do aumento no uso de anestesia local para o reparo perineal, este achado foi preocupante porque três mulheres na auditoria de base e uma na auditoria pós-implementação relataram que foram submetidas à sutura perineal sem anestesia local.

Sabe-se que esta prática ainda ocorre nos hospitais brasileiros, mesmo que pouco

frequente, com a justificativa de que o períneo da mulher é indolor logo após o período expulsivo e que, às vezes, o trauma é tão pequeno que não justifica realizar a anestesia. Um exemplo disto foi descrito no estudo de Diorgu et al. (2016), em que das 80 (73%) mulheres submetidas à episiotomia no parto, 59 (53%) relataram que não receberam anestesia local antes do procedimento, e 30 (27%) obstetizes confirmaram que realizam episiotomia sem anestesia local.

A literatura descreve que a infiltração de anestésico local na região perineal é um dos princípios básicos para realizar o reparo de lacerações perineais ou da episiotomia (Brasil, 2016; Steen, Cummins, 2016).

Vale destacar que a não realização de anestesia local para realização do reparo perineal pode configurar como prática de violência obstétrica institucional, pois de acordo com a Defensoria do Estado de São Paulo, todos os procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, que causem dor ou dano físico, grau leve a intenso, são considerados formas comuns de violência no parto (Defensoria do Estado de São Paulo, 2013).

A dor perineal é um sintoma de morbidade materna comumente relatado e é altamente associada com o trauma perineal. Isso mostra que a intervenção educativa no local do estudo melhorou significativamente a prática para mais cuidados baseados em evidências relacionados ao uso de técnica de sutura e material adequados, pois tem sido descrito na literatura que o tipo de sutura e o fio utilizado no reparo perineal, entre outros fatores, parecem estar relacionados à dor nessa região.

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. Para esse desfecho, os achados não foram corroborados com o estudo de Côrtes et al. (2015), em que houve mais relato de dor espontânea na sutura perineal (40% contra 4%) na auditoria pós-implementação, com diferença estatística significativa.

Em relação à dor às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar), a frequência de relatos de puérperas também diminuiu no decorrer do pós-parto, com diferença estatisticamente significativa nos períodos pós-parto, mas sem diferença entre as fases 1 e 3 do estudo. Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Côrtes et al. (2015), em que não houve variação significativa na queixa dolorosa na sutura perineal na auditoria pós-intervenção, quando as mulheres realizaram atividades.

Em estudo transversal envolvendo 303 puérperas, com o objetivo de identificar a

prevalência, intensidade e medidas terapêuticas de alívio da dor perineal após o parto vaginal, os dados mostraram que a prevalência da dor perineal foi associada à presença de episiotomia e que não há método com completa eficácia para a resolução do problema, exceto evitar o uso rotineiro de episiotomia e promover a integridade perineal no parto (Francisco et al., 2011).

Sobre o uso do analgésico para o alívio da dor perineal, houve uma proporção menor de mulheres fazendo esse relato ao longo do puerpério. Mesmo sem diferença estatisticamente significativa nos dados do presente estudo, é possível supor que existe relação entre este achado e o aumento no relato de períneo íntegro e adesão dos profissionais ao uso da técnica de sutura contínua, com fio de ácido poliglicólico ou poliglactina 910. Esta relação entre ausência de traumas perineais e uso da técnica de sutura contínua tem sido associada a menor necessidade de analgesia no puerpério (Kettle, Dowswell, Ismail, 2013; Francisco et al., 2014).

Por outro lado, nos achados de Côrtes et al. (2015), que implementaram práticas baseadas em evidências científicas, após a intervenção educativa houve mais relatos de puérperas com a necessidade de analgésico para alívio da dor perineal após o parto, ainda que sem diferença estatisticamente significativa.

Revisão sistemática da Colaboração Cochrane com 16 ensaios clínicos e 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 com menos dor, menor necessidade de analgesia e remoção da sutura, comparada à técnica tradicional interrompida (Kettle, Dowswell, Ismail, 2013).

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 (Kettle, Dowswell, Ismail, 2010).

Estudo transversal realizado com 473 mulheres, com o objetivo de identificar a associação entre trauma perineal e dor, concluiu que o reconhecimento dessa associação é importante para aprimorar o uso das evidências científicas relacionadas à técnica de sutura e o tipo de fio utilizado (Francisco et al., 2014).

A ocorrência de infecção ou deiscência perineal relatada pelas puérperas não ocorreu no período de internação, antes ou após a intervenção educativa. Contudo, aumentou o relato 30 dias após o parto, na auditoria pós-implementação, sem diferença estatística. Esse aumento pode estar associado ao uso do fio catégute, que foi mais utilizado para o reparo da pele no local do estudo. Nesse caso, não podemos supor que a intervenção educativa não foi capaz de

melhorar esse desfecho para cuidados baseados em evidências científicas, porque a falta de material sintético de sutura disponível foi uma barreira relatada pelos profissionais no período da auditoria pós-implementação.

Kettle, Dowswell e Ismail (2013) descrevem que o uso de material adequado para o reparo dos tecidos e estruturas envolvidas no trauma perineal promovem a rápida cicatrização e reduz morbidades pós-parto como infecção ou deiscência perineal.

Ensaio clínico randomizado foi realizado no Reino Unido e envolveu 3.681 mulheres que sofreram laceração perineal de segundo grau, com o objetivo de melhorar os resultados clínicos maternos após o parto, através de treinamento multiprofissional para apoiar a implementação do manejo perineal baseado em evidências. Foram avaliados diversos desfechos clínicos, incluindo a infecção da ferida perineal e a necessidade de remoção da sutura até 10 a 12 dias pós-parto. Os autores concluíram que a intervenção reduziu o relato de mulheres com infecção da ferida perineal e de mulheres que necessitaram remoção da sutura (Ismail et al., 2013).

O relato de puérperas satisfeitas ou muito satisfeitas com o reparo perineal aumentou após a intervenção educativa, tanto no período de internação, como 10-12 dias após o parto, porém sem diferença estatisticamente significativa.

É possível que na auditoria pós-intervenção, a menor satisfação das puérperas com o períneo no período de 30 dias pós-parto esteja relacionada com o maior número de relatos de infecção ou deiscência perineal. Esse achado foi semelhante ao encontrado no estudo piloto (Côrtes et al., 2015), em que o grau de satisfação com o reparo perineal, relatado pelas puérperas, aumentou sem diferença estatística significativa.

Zanforlin et al. (2015) realizaram estudo observacional descritivo na PSMMZED, em Itapeccerica da Serra (SP), utilizando-se a técnica Delphi com 50 mulheres, com o objetivo de identificar o consenso entre elas quanto aos desfechos relacionados ao trauma perineal no parto, relevantes para a prevenção e o cuidado. O resultado mostrou que os dois primeiros desfechos avaliados pelas mulheres, em ordem decrescente de importância foram “não ter infecção nos pontos” e “ficar satisfeita com a aparência da sua vagina ou períneo”.

6.2.3 Práticas e desfechos perineais identificados nos prontuários

Em relação às práticas e desfechos encontrados nos registros dos prontuários, os dados sugerem que após a intervenção educativa, houve menos registros de mulheres com períneo

suturado e mais registros do uso de fio ácido poliglicólico ou poliglactina 910 no reparo da mucosa e da pele, com diferença estatisticamente significativa. No entanto, dada a falta de registros completos nos prontuários de mulheres com sutura, conforme descrito anteriormente, 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 já haviam relatado usar o fio de sutura de ácido poliglicólico ou poliglactina 910 nos planos da mucosa e do músculo, também houve maior registro no prontuário do uso desse material de sutura na mucosa e na pele. Logo, pode-se considerar que, após a intervenção educativa, houve uma melhora significativa para o uso dessa prática, com base nas evidências científicas disponíveis (Kettle, Dowswell, Ismail, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Brasil, 2016).

No que diz respeito ao grau da laceração perineal, os achados foram semelhantes aos descritos no estudo de Côrtes et al. (2015), que encontraram mais registros de traumas de primeiro e menos de segundo grau, também sem diferença estatisticamente significativa.

Se analisarmos este achado, retomando que alguns profissionais relataram não se sentirem confiantes para avaliar e classificar com segurança o trauma perineal por falta de experiência, então, é possível que lacerações de terceiro ou quarto graus tenham sido subestimadas.

Vale considerar que a falta dessa competência na formação acadêmica de alguns profissionais participantes do estudo é indicativa da necessidade de melhorar a capacitação para o manejo perineal no parto. Além disso, a carência dessa habilidade preocupa, pois embora o conhecimento teórico seja imperativo, a prática clínica é imprescindível.

Isso faz supor que se tivéssemos incluído um treinamento prático na intervenção educativa, através do uso de modelos simuladores para essa finalidade, talvez, a transmissão de conhecimento dessa habilidade de avaliação e classificação do trauma fosse mais eficaz.

Estudo com abordagem qualitativa foi realizado, no município de São Paulo (SP), com o objetivo de descrever os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto normal na prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, no Brasil. Os autores constataram que a prática deve ser feita em laboratório, com todo o equipamento necessário para que o aluno adquira habilidade na reparação do trauma perineal e deve propiciar a experiência no cuidado à mulher durante o parto (Silveira, Riesco, 2008).

6.3 Limitações do estudo

Nesta pesquisa, foram constatadas algumas limitações em razão da falta de registros adequados das práticas no prontuário. Outras limitações são a amostra de puérperas internadas, que foi feita por conveniência, e não a aleatorização dos prontuários das puérperas incluídos na pesquisa.

Na metodologia adotada, foi importante a inclusão de todos os profissionais envolvidos, em todas as fases, mediante as entrevistas e a observação das práticas discutidas na intervenção educativa. Porém, houve dificuldades na coleta de dados e na participação de alguns profissionais, principalmente, os médicos.

Ainda como limitação, é importante destacar a escassez de material sintético de sutura disponível no local do estudo durante a pesquisa e a falta de um treinamento prático na intervenção educativa, para melhorar a habilidade de avaliação e classificação do trauma perineal.

6.4 Implicações para a prática e a pesquisa

Os resultados desta pesquisa trazem contribuições para o conhecimento sobre o cuidado do trauma perineal no parto normal, tendo em vista os dados da avaliação do impacto da implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal nos desfechos maternos. Os nossos achados confirmam a importância da educação permanente e padronizada para a manutenção do cuidado baseado em evidências, conforme recomenda a literatura. Apesar das barreiras e dificuldades desta metodologia, as auditorias permitiram a identificação oportuna de potenciais falhas nesse cuidado, de modo que estratégias podem ser estabelecidas para melhorá-lo.

Para a prática clínica, este estudo pode contribuir para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitos cuidados são empíricos e que existem evidências que podem prevenir muitas morbidades.

Além disso, o estudo aponta para a importância e a necessidade de aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários.

7 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 profissionais enfermeiros e médicos que realizam puxos dirigidos e episiotomia de rotina, menos relatos de puérperas com dor perineal pós-parto e mais registros nos prontuários do uso do fio de sutura de ácido poliglicólico ou poliglactina 910 na mucosa e na pele.

Por outro lado, a pesquisa identificou lacunas na implementação de evidências e algumas inadequações no manejo do cuidado perineal, tais como, relatos de puérperas submetidas à posição de litotomia e falta de registros nos prontuários em relação à sutura das lacerações perineais.

A continuidade das auditorias e novas intervenções educativas sobre a prática baseada em evidências pode resultar em melhorias no cuidado e nos resultados de saúde materna.

8 REFERÊNCIAS

- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI:10.1002/14651858 .CD006672. pub2.
- Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. 2013;11(4):112-119.
- Almeida SF, Riesco ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(2):272-9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Practice Bulletin N°*. 165. *Obstet Gynecol*. 2016;128:e1–15.
- Amorim MM, Franca Neto AH, Katz L, Coutinho I, Melo I, Leal NV. Selective episiotomy compared with implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2015;3. DOI:10.1097/01.AOG.0000463055.68214.ee
- Amorim MM, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, 2008; 36(1):47-54.
- Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN: Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2014;123(Suppl 1):38S.
- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Kettle C. Can hands-on perineal repair courses affect clinical practice? *British journal of midwifery*. 2005;13(9):562-566.
- Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Bastos MHS. Developing and pilot-testing an educational intervention to reduce the routine performance of episiotomy in Brazil [thesis]. London: Thames Valley University, 2011.
- Bick et al. 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 and Childbirth*. 2012;12-57.
- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha. [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 jun 6]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119250-904.html>

Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):44-52.

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, Issue 10, 2013. Art. N. CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.

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;122:1157–1165. DOI: 10.1111/1471-0528.13431

Cabral ACV. Manual de assistência ao parto. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.

Canadian Institutes of Health Research. More about knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition. 2014 [cited 2015 Abr 15]. Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>.

Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev enferm UERJ*, 2014;22(3):402-8.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Oxford: Update Software.

Colacioppo PM, Riesco MLG, Koiffman MD. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous births: a randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(5):436-45. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00056.x.

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):716-724. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500002

Cumin ES, Faria DGS, Soler ZASG. Episiotomia de rotina versus episiotomia seletiva. *Cuidarte*. 2007; 1(1):100-3.

Defensoria Pública de São Paulo. Núcleo especializado de proteção e defesa dos direitos da mulher e Associação Ártemis. Violência na assistência: você sabe o que é? São Paulo. Escola da Defensoria Pública; 2013.

Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth*. (2016). DOI:10.1016/j.wombi.2016.05.002

Dudley L, Kettle C, Carter P, Thomas P, Ismail KM. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehiscence wound (preview): protocol for a pilot and feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2012;2:e001458 DOI:10.1136/bmjopen-2012-001458.

Elias FTS, Patroclo MAA. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):215-27.

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 of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilsson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Reparo do traumatismo perineal; p.183-5.

Enkin, M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 2000; Inglaterra: Oxford University Press.

Feigenberg T, et al. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *Biomed Res Int*. 2014;2014:526590. DOI: 10.1155/2014/526590. Epub 2014 Jun 26.

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;48,40-5. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600006

Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):94-100.

Geranmayeh M, Habibabadi ZR, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet*, 2012;285:77. DOI:10.1007/s00404-011-1919-5.

Graham ID. Episiotomy: challenging obstetric interventions. London: Blackwell Science. 1997;33-41.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005;32(3):219-23.

Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006; 1(16).

Grimshaw JM, et al. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 2012;7(50).

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, May 16;5:CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.

Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gertlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 2005;293:2141-8.

Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;111:13-18

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 15;7:CD003766

Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995 Aug 5;311(7001):376-80.

Ismail et al. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Medicine*. 2013; 11:209. DOI: 10.1186/1741-7015-11-209.

Kettle C. Anatomy of the pelvic floor. In: Henderson C, Bick D (ed.). *Perineal care: an international issue*. Trowbridge: Quay; 2005.

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.pub2.

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. Issue 11. Art. No.:CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.

Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9325):2217-23.

Leal MC, et al. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Public*. 2014; 30(4).

Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(3):812-8.

Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*. 2014;11:66

Melo MB, Vaitsman J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo perspect. 2008;22(1):152-64.

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.

Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progiante JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev enferm UERJ*. 2008;16(2):472-6.

Nakano MAS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Support during the labor and delivery processes: view point of companions of women giving birth. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):131-7.

Neme B. *Obstetrícia básica*. 4 ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

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

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.

Padilha MIC. Translational research: what is its importance to nursing practice? *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):219-20.

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;2012:792519. DOI: 10.1155/2012/792519

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.

Pentland D, et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2011;67(7):1408-1425. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x

Pereira ER. Translation of knowledge and translational research in healthcare. *J Nurs UFPE* on line. 2013;7(3):1-3.

Pereira GV, Pinto AP. Episiotomia: uma revisão de literatura. *Redalyc. Ensaios e Ciência.* 2011;15(3):184-196.

Qiufen L, Chin NH, Huiting X. Translating the evidence for emergency equipment and supplies into practice among healthcare providers in a tertiary mental health institution: a best practice implementation project. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports.* 2015;3(4):295-308.

Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev enferm UERJ.* 2011;19(1):77-83.

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.* Apr 2014. DOI 10.1007/s13224-014-0535-2

Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal.* 1996; 312:71-72.

Santos LM, Barbosa TS, Paiva MS, Souza AG, Santana RCB, Lopes DM. Percepção da puérpera sobre a participação do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE*

[Internet]. 2011 [citado 2011 dez 04]; 5(5):1105-11. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1497/pdf_.

Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):389-395.

Schneck CA, Riesco ML, Bonadio IC, Diniz CS, Oliveira SM. Maternal and neonatal outcomes at na alongside birth center and at a hospital. *Rev Saud Public*. 2012;46(1):77-86.

Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco, MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto normal segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5):1031-8.

Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare enferm*. 2011;16(1):82-7.

Silveira JC, Riesco MLG. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*. 2008;16(4):512-7.

Steen M, Cummins B. How to repair an episiotomy. *Nursing Standard*. 2016;30,25,36-38.

Stevens BJ, et al. Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional Knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. *Pain*, 2014;155:60-68.

Straus SE, et al. Core competencies in the science and practice of knowledge translation: description of a Canadian strategic training initiative. *Implementation Science*. 2011;6(127).

Trentini M, Silva DMGV. Research groups in nursing: from knowledge transfer to the practice. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):723-4.

Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009 Oct 7;(4):CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067

Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth*. 2001;28(3):152-60.

Zanforlin NVM, Leister N, Santos RCS, Riesco MLG. Identificação do consenso entre mulheres relativo aos desfechos perineais no parto. In: *Anais do 67º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2015 out. 27-30; São Paulo [Internet]. ABEn-Seção SP; 2015. [citado 2016 jun 04]. Disponível em: <https://icongresso.itarget.com.br/useradm/anais/?clt=abe.3&lng=P>

Zeger SL, Liang KY, Albert PS. Models for longitudinal data: a generalized estimating equation approach. *Biometrics*. 1988;44(4):1049-1060. DOI: 10.2307/2531734

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS UTILIZADAS NO PARTO NORMAL - PROFISSIONAIS**

Nome: _____
Idade: _____ anos
Formação: _____
Especialização: _____
Tempo de serviço na área: _____
Data da entrevista: ____/____/____

Em relação às seguintes práticas na assistência ao parto, quais e com que frequência você as realiza:

1. Recomenda posição litotômica no período expulsivo do parto:

- 0 ( ) sempre
1 ( ) na maioria das vezes
2 ( ) raramente
3 ( ) nunca

Caso sempre, passe para a pergunta 9.

2. Recomenda posição lateral no período expulsivo do parto:

- 0 ( ) sempre
1 ( ) na maioria das vezes
2 ( ) raramente
3 ( ) nunca

Caso sempre, passe para a pergunta 9.

3. Recomenda posição vertical no período expulsivo do parto:

- 0 ( ) sempre
1 ( ) na maioria das vezes
2 ( ) raramente
3 ( ) nunca

Caso nunca, passa a pergunta 9.

4. Tipo de posição vertical:

- 0 ( ) sentada/semisentada
1 ( ) cócoras
2 ( ) joelhos

5. Incentiva puxos dirigidos no período expulsivo:

- 0 ( ) sempre
1 ( ) na maioria das vezes
2 ( ) raramente
3 ( ) nunca

6. Aplica alguma técnica perineal de prevenção do trauma:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

Qual? _____

7. Realiza episiotomia:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

Se sempre ou na maioria das vezes, o motivo: _____

8. Classifica a laceração espontânea no parto:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

Se raramente ou nunca, o motivo: _____

9. Realiza reparo da laceração perineal de primeiro grau:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

Se sempre ou na maioria das vezes, o motivo: _____

10. Realiza exame retal para avaliar a laceração antes do reparo perineal de 3º ou 4º graus:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

4 ( ) não se aplica

Se raramente ou nunca, o motivo: _____

11. Realiza exame retal para avaliar a laceração depois do reparo perineal de 3º ou 4º graus:

0 ( ) sempre

1 ( ) na maioria das vezes

2 ( ) raramente

3 ( ) nunca

4 ( ) não se aplica

Se raramente ou nunca, o motivo: _____

12. Há quanto tempo você realizou a última episiotomia?

0 ( ) menos de mês

1 ( ) entre um e seis meses

2 ( ) entre seis meses e um ano

3 ( ) mais de 1 ano

13. Técnica de sutura na mucosa vaginal:

- 0 ( ) pontos interrompidos
 1 ( ) pontos contínuos simples
 2 ( ) pontos contínuos ancorados

14. Técnica de sutura na musculatura:

- 0 ( ) pontos interrompidos
 1 ( ) pontos contínuos simples
 2 ( ) pontos contínuos ancorados

15. Técnica de sutura na pele:

- 0 ( ) pontos interrompidos
 1 ( ) pontos contínuos simples
 2 ( ) pontos contínuos ancorados
 3 ( ) pontos intradérmicos

16. Tipo de fio:

a) na mucosa vaginal:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
 1 ( ) Categute simples
 2 ( ) Categute cromado
 3 ( ) outros:

b) na musculatura:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
 1 ( ) Categute simples
 2 ( ) Categute cromado
 3 ( ) outros:

c) na pele:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
 1 ( ) Categute simples
 2 ( ) Categute cromado
 3 ( ) outros:

APÊNDICE B**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESFECHOS E IDENTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS UTILIZADAS NO PARTO NORMAL - PUÉRPERAS**

Nome: _____
Idade: _____ anos
Registro Hospitalar: _____ Gesta: _____ Para: _____
DP: ____/____/____ Entrevista: ____/____/____
Tel. VIVO: _____ TIM: _____

Em relação às práticas utilizadas no seu parto e o cuidado que você recebeu, e como se sentiu depois da alta hospitalar, solicitamos que responda algumas questões:

01-02 dias pós-parto

1. Qual foi a posição que você ficou na hora do parto?

0 ( ) litotômica

1 ( ) lateral

2 ( ) quatro apoios/Gaskin

3 ( ) vertical sentada/semisentada

4 ( ) vertical cócoras

5 ( ) vertical joelhos

6 ( ) outra. Especificar: _____

2. Pediram para você fazer força para baixo na hora do parto, sem que você sentisse vontade?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

3. Fizeram força no fundo da sua barriga?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

4. Cortaram a sua vagina durante o parto?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

Caso sim, passe para as perguntas 6

5. Ocorreu algum rasgo na sua vagina durante o parto?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

Caso não, não sabe/não lembra, encerrar a entrevista.

6. Fizeram anestesia antes do corte ou antes dos pontos?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

7. Caso tenha ocorrido rasgo, foi costurado (feito pontos)?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

Caso não, não sabe/não lembra, encerrar a entrevista.

8. Em relação aos pontos na sua vagina, você sente dor ou desconforto?

0 ( ) andar ou sentar

1 ( ) xixi ou cocô

2 ( ) amamentar

3 ( ) espontânea

4 ( ) sem dor

9. Em relação aos pontos na sua vagina, você toma alguma medicação para dor?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

10. Como você se sente em relação aos pontos na sua vagina?

0 ( ) insatisfeita

1 ( ) pouco satisfeita

2 ( ) satisfeita

3 ( ) muito satisfeita

4 ( ) não sabe/não lembra

10-12 dias pós-parto (puérperas com sutura perineal)

11. Em relação aos pontos na sua vagina, você sente dor ou desconforto?

0 ( ) andar ou sentar

1 ( ) xixi ou cocô

2 ( ) amamentar

3 ( ) atividade sexual

4 ( ) espontânea

5 ( ) sem dor

12. Em relação aos pontos na sua vagina, você toma alguma medicação para dor?

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) não sabe/não lembra

13. Como você se sente em relação aos pontos na sua vagina?

- 0 ( ) insatisfeita
- 1 ( ) pouco satisfeita
- 2 ( ) satisfeita
- 3 ( ) muito satisfeita
- 4 ( ) não sabe/não lembra

14. Em relação aos pontos na sua vagina, houve infecção ou abertura deles?

- 0 ( ) sim
- 1 ( ) não
- 2 ( ) não sabe/não lembra

30 dias pós-parto (*puérperas com sutura perineal*)

15. Em relação aos pontos na sua vagina, você sente dor ou desconforto?

- 0 ( ) andar ou sentar
- 1 ( ) xixi ou cocô
- 2 ( ) amamentar
- 3 ( ) atividade sexual
- 4 ( ) espontânea
- 5 ( ) sem dor

16. Em relação aos pontos na sua vagina, você toma alguma medicação para dor?

- 0 ( ) sim
- 1 ( ) não
- 2 ( ) não sabe/não lembra

17. Como você se sente em relação aos pontos na sua vagina?

- 0 ( ) insatisfeita
- 1 ( ) pouco satisfeita
- 2 ( ) satisfeita
- 3 ( ) muito satisfeita
- 4 ( ) não sabe/não lembra

18. Em relação aos pontos na sua vagina, houve infecção ou abertura deles?

- 0 ( ) sim
- 1 ( ) não
- 2 ( ) não sabe/não lembra

APÊNDICE C**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE DESFECHOS E IDENTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS UTILIZADAS NO PARTO NORMAL - PRONTUÁRIO**

Nome: _____

Idade: _____ anos

Registro Hospitalar: _____

Gesta: _____ Para: _____ DP: ____/____/____

Em relação às seguintes práticas na assistência ao parto, quais são realizadas e registradas nos livros ou prontuários:

1. Posição no período expulsivo do parto:

0 ( ) litotômica

1 ( ) lateral

2 ( ) quatro apoios/Gaskin

3 ( ) vertical sentada/semisentada

4 ( ) vertical cócoras

5 ( ) vertical joelhos

6 ( ) outra. Especificar: _____

7 ( ) sem registro

2. Períneo:

0 ( ) íntegro

1 ( ) laceração (sem episiotomia)

2 ( ) episiotomia (com ou sem laceração)

3 ( ) sem registro

3. Classificação da laceração perineal:

0 ( ) primeiro grau

1 ( ) segundo grau

2 ( ) terceiro grau

3 ( ) quarto grau

4 ( ) sem registro

5 ( ) não se aplica

4. Realização de reparo da laceração perineal:

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) sem registro

3 ( ) não se aplica

5. Realização de anestesia local antes do corte ou antes da sutura:

0 ( ) sim

1 ( ) não

2 ( ) sem registro

3 ( ) não se aplica

6. Técnica de sutura na mucosa vaginal:

- 0 ( ) pontos interrompidos
- 1 ( ) pontos contínuos simples
- 2 ( ) pontos contínuos ancorados

7. Técnica de sutura na musculatura:

- 0 ( ) pontos interrompidos
- 1 ( ) pontos contínuos simples
- 2 ( ) pontos contínuos ancorados

8. Técnica de sutura na pele:

- 0 ( ) pontos interrompidos
- 1 ( ) pontos contínuos simples
- 2 ( ) pontos contínuos ancorados
- 3 ( ) pontos intradérmicos

9. Tipo de fio:

a) na mucosa vaginal:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
- 1 ( ) Categute simples
- 2 ( ) Categute cromado
- 3 ( ) outros:

b) na musculatura:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
- 1 ( ) Categute simples
- 2 ( ) Categute cromado
- 3 ( ) outros:

c) na pele:

- 0 ( ) Ácido poliglicólico/poliglactina 910
- 1 ( ) Categute simples
- 2 ( ) Categute cromado
- 3 ( ) outros:

APÊNDICE D

PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO DO TRAUMA PERINEAL

1. Objetivo

Apresentar aos profissionais participantes a avaliação preliminar das práticas utilizadas no cuidado perineal no parto normal, buscar estratégias de mudança na prática dos profissionais do HMML e discutir algumas evidências.

2. Descrição

Item	Tempo Previsto
Apresentação do projeto	20 min
Apresentação das estatísticas dos prontuários, das puérperas e dos profissionais do HMML	20 min
Prática Baseada em Evidências	30 min
Violência Obstétrica Institucional	30 min
Apresentação de vídeo ilustrativo (violência obstétrica)	10 min
Discussão sobre Prática Baseada em Evidências e Violência Obstétrica Institucional	20 min
Apresentação das evidências científicas*	60 min
Discussão com os profissionais sobre as estratégias de mudança na prática dos profissionais do HMML	20 min
Apresentação de vídeo ilustrativo (técnica de sutura contínua)	10 min
Avaliação da oficina	10 min
Certificação e <i>coffee break</i>	10 min
Total	240 min

* Prevenção e reparo do trauma perineal.

3. Conteúdo

Anatomia perineal; trauma perineal: definição, classificação e fatores de risco; técnicas de proteção perineal e evidências científicas; indicações e taxas máximas de episiotomia; técnicas de episiotomia e evidências científicas; material e técnicas de sutura perineal e evidências científicas; posições maternas no período expulsivo e evidências científicas; manobra de Kristeller, puxos dirigidos e evidências científicas.

4. Participantes

- Enfermeiros, médicos obstetras e residentes de ambas áreas.

5. Estratégias pedagógicas

- Projeção de slides, vídeo ilustrativo e material para leitura das evidências disponíveis.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*profissionais*)

Eu, Rafael Cleison Silva dos Santos, enfermeiro obstetra, aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, venho convidá-lo a participar da pesquisa **“Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto”**.

O objetivo do estudo é promover as melhores práticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas.

Solicitamos que responda algumas questões sobre suas práticas na assistência prestada à parturiente e à puérpera antes e com oito semanas após sua participação na oficina de melhores práticas na prevenção e reparo perineal, que serão realizadas no auditório do Hospital São Camilo e São Luís (HSCSL), em data a ser informada pelo NEP/HMML, com duração de cerca de 4 horas.

Esta pesquisa não oferece risco nem benefício imediato a você. Durante a entrevista, se você tiver algum desconforto e constrangimento com as perguntas, só responderá aquelas que julgar oportunas.

O tempo estimado para a entrevista é de 10 minutos. Os dados do estudo serão guardados pelo pesquisador, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo depois da entrevista. A sua participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo ou perda de benefícios em seu ambiente de trabalho. Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você. Sua participação no estudo não terá custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira.

Consentimento pós-informado

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar o pesquisador RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS pelo telefone: (96) 9 9115 9058 ou e-mail: rcleison@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho de Aguiar, 419, São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data ____/____/____.

Pesquisador: _____ Data ____/____/____.

APÊNDICE F
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(fase 1 e 3 do PACES > 18 anos)

Eu, Rafael Cleison Silva dos Santos, enfermeiro obstetra, aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, venho convidá-la a participar da pesquisa **“Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto”**.

O objetivo do estudo é melhorar o cuidado das mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que recebeu e como você se sentirá depois da alta hospitalar, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

Solicitamos que responda algumas questões sobre seu parto. Para isso, faremos uma entrevista em três momentos: durante a internação na maternidade; e, por telefone, entre 10-12 dias e trinta dias depois do parto.

Esta pesquisa não oferece risco nem benefício imediato a você. Se durante a entrevista você tiver algum desconforto e constrangimento com as perguntas será oferecido acolhimento e encaminhamento para o atendimento de saúde neste serviço, caso seja necessário, respeitando o seu desejo de aceitar ou não. Você só responderá as perguntas que quiser.

O tempo estimado para a entrevista é de 10 minutos. Os dados do estudo serão guardados pelo pesquisador, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo depois da entrevista. A sua participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo no seu atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você. Sua participação no estudo não terá custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira.

Consentimento pós-informado

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar o pesquisador RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS pelo telefone: (96) 9 9115 9058 ou e-mail: rcleison@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho de Aguiar, 419, São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data ____/____/____.

Pesquisador: _____ Data ____/____/____.

APÊNDICE G
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(responsável legal nas fases 1 e 3 do PACES)

Eu, Rafael Cleison Silva dos Santos, enfermeiro obstetra, aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, venho convidá-la a participar da pesquisa **“Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto”**.

O objetivo do estudo é melhorar o cuidado das mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que ela recebeu e como se sentirá depois da alta hospitalar, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

A participação consiste em responder algumas questões sobre o parto. Para isso, faremos uma entrevista em três momentos: durante a internação na maternidade e, por telefone, entre 10-12 dias e trinta dias depois do parto.

A pesquisa não oferece risco nem benefício imediato à participante. Se durante a entrevista ela tiver algum desconforto e constrangimento com as perguntas será oferecido acolhimento e encaminhamento para o atendimento de saúde neste serviço, caso seja necessário, respeitando o desejo dela em aceitar ou não. Ela só responderá as perguntas que quiser.

O tempo estimado para a entrevista é de 10 minutos. Os dados do estudo serão guardados pelo pesquisador, o nome e a identidade da participante serão mantidos em sigilo, os dados serão analisados em conjunto com os de outras mulheres e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo depois da entrevista. A participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo no atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste termo de consentimento será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você. A participação no estudo não terá custos e não será oferecida nenhuma compensação financeira.

Consentimento pós-informado

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar o pesquisador RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS pelo telefone: (96) 9 9115 9058 ou e-mail: rcleison@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho de Aguiar, 419, São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Declaro que autorizo a participação de _____ neste estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data ____/____/____.

Pesquisador: _____ Data ____/____/____.

APÊNDICE H
TERMO DE ASSENTIMENTO
(fases 1 e 3 do PACES)

Eu, Rafael Cleison Silva dos Santos, enfermeiro obstetra, aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, venho convidá-la a participar da pesquisa **“Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto”**.

O objetivo do estudo é melhorar o cuidado das mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que recebeu e como você se sentirá depois da alta hospitalar, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

Solicitamos que responda algumas questões sobre seu parto. Para isso, faremos uma entrevista em três momentos: durante a internação na maternidade; e, por telefone, entre 10-12 dias e trinta dias depois do parto.

Esta pesquisa não oferece risco nem benefício imediato a você. Se durante a entrevista você tiver algum desconforto e constrangimento com as perguntas será oferecido acolhimento e encaminhamento para o atendimento de saúde neste serviço, caso seja necessário, respeitando o seu desejo de aceitar ou não. Você só responderá as perguntas que quiser.

O tempo estimado para a entrevista é de 10 minutos. Os dados do estudo serão guardados pelo pesquisador, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo depois da entrevista. A sua participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo no seu atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste Termo de Assentimento será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você. Sua participação no estudo não terá custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira.

Assentimento pós-informado

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar o pesquisador RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS pelo telefone: (96) 9 9115 9058 ou e-mail: rcleison@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho de Aguiar, 419, São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data ____/____/____.

Pesquisador: _____ Data ____/____/____.

ANEXO 1

PÁGINA INICIAL DO PACES online

The screenshot displays the JBI PACES online interface. The browser address bar shows the URL: `paces.jbiconnectplus.org/AuditHome.aspx`. The page header includes the JBI PACES logo and the tagline "Audit & Change Practice". The main navigation bar contains links for English, Logout, Team Administration, Topics, and User Guide.

The central area is titled "Please select an existing audit or (Add new) in the list below:-". It features a dropdown menu for "Audit:" with "Perineal Repair" selected. Below this, there are two tabs: "Sample Distribution" and "Data Collection". The "Sample Distribution" tab is active, showing a list of topics and teams. The "Data Collection" tab is also visible, showing a list of teams.

The "Sample Distribution" tab displays the following information:

- Topic:** Perineal Repair
- Overseeing Team:** Rafael Cleison Silva dos Santos
- Audit Type:** Clinician Based
- Data Collection Teams:** Rafael Cleison Silva dos Santos

The "Data Collection" tab displays the following information:

- Team:** Rafael Cleison Silva dos Santos
- Cycle:** 25/02/2015 - Baseline Cycle
- Buttons:** Compliance Report, GRIP Project Team, GRIP

At the bottom of the page, there are two buttons: "Save" and "Delete Audit".

ANEXO 2

MODELO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

	CENTRO DE PARTO NORMAL	Número: 36	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	Revisão: 01	Data: 26/07/2013
Título: EPISIORRAFIA E REPARO PERINEAL			
Responsabilidade: Enfermeiro obstétrico e ou médico obstetra.			
Quando: Após a dequitação.			
Onde: Sala de procedimento			
Condições Necessárias: - Na necessidade de realização de episiotomia (sofrimento fetal), esta deve ser executada na técnica médio-lateral; - Na ocorrência de laceração perineal de 1º ou 2º grau com hemorragia, estas devem, obrigatoriamente, ser suturadas; - Na ocorrência de laceração perineal de 3º ou 4º grau, todas devem ser avaliadas através do toque retal e suturadas; - Estes procedimentos devem ser realizados pelo profissional que já higienizou as mãos, está com luvas estéreis e que realizou o parto. Obs: Na ocorrência de laceração perineal de 1º ou 2º grau sem hemorragia, nesse caso, a decisão do reparo fica a critério da expertise do profissional, levando-se em consideração a extensão do trauma e o aspecto antiestético, e a preferência da mulher em ser suturada ou não;			
MATERIAL - Agulha de calibre 40x12 ou 40x16 e 30x7 ou 30x8; - Seringa de 20 ml; - Anestésico local (Lidocaina 2%); - Fios cirúrgicos com agulha nº 2-0 (preferencialmente usar o fio de sutura sintético de rápida absorção); - Gazes e compressas estéreis; - Luvas estéreis; - Xilocaina gel, se necessário.			
Descrição de Procedimentos: TÉCNICA - Identificar-se à cliente chamando-a pelo nome; - Orientar a cliente quanto aos procedimentos; - Solicitar permissão à cliente para iniciá-los; - Se houver lacerações de 1º ou 2º grau com hemorragia, efetuar a sutura; - Nas lacerações perineais de 3º ou 4º graus, lubrificar o dedo com gel e realizar a avaliação através do toque retal; - Utilizar fios absorvíveis de origem sintética, preferencialmente, de rápida absorção; - Realizar anestesia local por infiltração, no máximo 20 ml, de acordo com a necessidade e aguardar seu efeito; - Iniciar a episiorrafia ou o reparo perineal fazendo o nó de ancoramento 1 cm anterior ao ângulo da laceração; - Realizar a sutura da mucosa, músculo e pele, na técnica contínua, preferencialmente, não ancorada e não apertada; - Finalizar com o nó, preferencialmente, na fúrcula vaginal ou as 6h; - Realizar revisão do trajeto após síntese e certificar-se de que a hemostasia foi completa e que não há lacerações. - Se ainda houver traumas com hemorragia, efetuar a sutura; - Realizar antisepsia final, preferencialmente, com clorexidina, ou limpeza com S.F. 0,9%; - Registrar os dados do procedimento no prontuário.			
Resultado Esperado: Melhorar os desfechos maternos, principalmente, reduzir a morbidade dor e o risco de hemorragia puerperal.			
Em caso de Intercorrência: Caso ocorra hemorragia aumentada > 500 ml ou o trauma estiver associado a laceração de 3º ou 4º grau, solicitar avaliação e conduta médica obstétrica imediata.			
Elaborado	Data	Aprovação	Data
Enfº Rafael Cleison Silva dos Santos	30/04/2015		
Revisão, Consenso	Data	Aprovação	Data

ANEXO 3

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Pesquisador: Maria Luiza Gonzalez Riesco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31700414.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 698.421

Data da Relatoria: 10/06/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo de intervenção, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica. Será utilizada uma ferramenta denominada PACES (Practical Application of Clinical Evidence System), que compreende três fases: 1) reparação para auditoria e realização de auditoria de base; 2) implementação de boas práticas; 3) auditoria pós-implementação. O estudo principal será realizado no Hospital da Mulher Mãe Luzia, instituição do SUS, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. A população será constituída por todos os enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e residentes de ambas as categorias e por 125 puérperas. Antes do estudo principal será realizado um estudo piloto com 50 puérperas.

A pesquisa principal e o estudo piloto serão desenvolvidos em três etapas: Etapa 1: Avaliação preliminar dos desfechos e identificação das práticas utilizadas no parto normal. A avaliação preliminar dos desfechos maternos será realizada em três momentos: entre 1-2 dias de internação no pós-parto, mediante entrevista com as mulheres, entre 10-12 dias e trinta dias de seguimento, através de contato telefônico com as mulheres e através dos registros em prontuários e de questionário respondido pelos profissionais envolvidos. Etapa 2: Implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal. Etapa 3: Avaliação do impacto da implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal, e será conduzida do mesmo modo que na etapa

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 698/421

1.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: 1. Promover as melhores práticas na assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas; 2. Identificar os desfechos relacionados ao trauma perineal no parto que as mulheres consideram relevantes para prevenção e cuidado; 3. Avaliar as práticas correntes na assistência ao parto normal (uso de ocitocina, métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, posição da parturiente, manobra de Kristeller e presença de acompanhantes) e na prevenção e reparo do trauma perineal; 4. Implementar as melhores práticas na assistência ao parto normal e na prevenção e reparo do trauma perineal baseadas em evidências científicas; 5. Avaliar o impacto da implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e na prevenção e reparo do trauma perineal nos desfechos maternos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há riscos significativos, apenas será demandado tempo dos participantes para as entrevistas e colaboração com a pesquisa.

Benefícios: Melhorar os desfechos maternos relacionados às boas práticas de assistência ao parto normal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa bem apresentada em tema muito relevante para a prática da obstetria. A proposta trará importante contribuição para a formação de profissionais e para a melhoria da assistência às mulheres.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de consentimento livre e esclarecido, termos de assentimento e termo para profissionais da enfermagem estão adequados, e atendem à resolução 466.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 698.421

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 25 de Junho de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
 (Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 4
AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MULHER

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"
"HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Declaro em nome do Núcleo de Educação Permanente do Hospital da Mulher Mãe Luzia – NEP/HMML, ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: Implementação de Práticas Baseadas em Evidências Científicas no Cuidado do Trauma Perineal no Parto Normal; de autoria do Enfermeiro Doutorando Rafael Cleison Silva dos Santos, sob orientação da docente Profª. Drª. Maria Luiza Gonzalez Riesco, dando-lhes consentimento para a realização da coleta de dados em nosso serviço durante o período de 07/15 a 03/16. Diante do exposto autorizo o referido enfermeiro doutorando para que possa visitar o Hospital da Mulher Mãe Luzia para realizar a coleta de dados com os enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e residentes de ambas as categorias para Promover as Melhores Práticas Baseadas em Evidências Científicas na Prevenção, Redução e Reparo do Trauma Perineal no Parto.

Declaro também que me foi comprovado sobre o propósito na pesquisa que assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos participantes da pesquisa, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, sendo utilizado apenas para os fins propostos no protocolo de pesquisa, de acordo com a resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando a garantia de observação dos princípios éticos que a norteiam.

Macapá – AP, 07 de Agosto de 2015.

Maria Cecília V. Siqueira
Gerente/NEP-HMML