**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLODOALDO TENTES CÔRTEZ

**IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA
ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL**

**SÃO PAULO
2017**

CLODOALDO TENTES CÔRTEZ

**IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA
ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL**

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

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria
Junqueira Vasconcellos de Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

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

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO 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

Côrtes, Clodoaldo Tentes

Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal / Clodoaldo Tentes Côrtes. São Paulo, 2017.

112 p.

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Nome: Clodoaldo Tentes Côrtes

Título: Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

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

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profª. Drª.

Julgamento: _____

Instituição:

Assinatura: _____

Profª. Drª.

Julgamento: _____

Instituição:

Assinatura: _____

Profª. Drª.

Julgamento: _____

Instituição:

Assinatura: _____

Profª. Drª.

Julgamento: _____

Instituição:

Assinatura: _____

Profª. Drª.

Julgamento: _____

Instituição:

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS como gratidão pela vida e por iluminar meus caminhos com sabedoria, permitindo a concretização deste sonho.

Aos meus pais, Benedito e Berenisse, por acreditarem sempre em meu crescimento pessoal e profissional, por me incentivarem a estudar e orgulharem-se de nossas vitórias.

A minha eterna esposa, Francisca Maciel Côrtes, pelo imensurável amor, dedicação, paciência e compreensão nos momentos áridos dessa jornada, por incentivar e apoiar incondicionalmente todos os meus projetos de vida.

Aos meus filhos Édrey, Eduardo e Thaís pela compreensão; ao Emanuel, meu caçula, como pedido formal de desculpa pelos inúmeros “vai pra lá, filho”, que lhe proferi nos momentos de minha necessidade de reclusão e introspecção.

Aos meus irmãos pelas lições constantes de amor fraterno, união, honestidade e espírito de luta.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a. Dr^a. Liudmila Miyar Otero pela brilhante ideia, iniciativa e negociação para firmar a parceria que concretizou este Doutorado Interinstitucional (Dinter).

À Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira pelo desafio, dedicação, sabedoria e compreensão na orientação deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Gonzalez Riesco pela valiosa contribuição para o desenvolvimento desta tese.

Muitíssimo obrigado !!!

Minha eterna gratidão !!!

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Amapá (Unifap) pela parceria e viabilidade deste Doutorado Interinstitucional (Dinter).

Às Prof^{as} Dr^{as} Adriana de Souza Caroci, Gilceria Tochika Shimoda e Ruth Hitomi Osava pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao amigo e colega de Curso Rafael Cleison Silva dos Santos pelo companheirismo e parceria nesta empreitada.

Aos Professores Doutores: Margareth Angelo; Maria Rita Bertolozzi; Luiza Akiko Hoga; Cássia Baldini Soares; Elizabeth Fujimori; Sônia Barros; Márcia Aparecida de Oliveira; Anna Maria Chiesa; Lislaine Fracolli; Elma Lourdes Zoboli; Maria M. Januário Leite; Maria de Fátima Fernandes; Maria Alice Tsunechiro; Amélia Fumiko Kimura; Mariana Bueno; Claudio Leone; Luiz Carlos de Abreu; Arnaldo Augusto Siqueira e Gizelton Pereira Alencar pela troca de conhecimento nas disciplinas ministradas no Curso.

Ao Bernardo dos Santos pela contribuição na análise estatística.

À professora Lucilene Santos Vieira pela cuidadosa revisão de língua portuguesa.

A todas as mulheres e os profissionais do Hospital da Mulher Mãe Luzia pela participação na pesquisa, tornando-a possível.

A todas as mulheres e os profissionais do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores – Itapeceira da Serra/SP pela participação no projeto piloto desta pesquisa, fundamental para testar a viabilidade da mesma.

Meu muito obrigado !!!

“Ninguém é digno de contribuir para a ciência se não usar suas dores e insônias nesse processo. Não há céu sem tempestade. Risos e lágrimas, sucessos e fracassos, aplausos e vaías fazem parte do currículo de cada ser humano, em especial daqueles que são apaixonados por produzir novas ideias”.

Augusto Cury

Côrtes, CT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: o modelo predominante de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções e cerceamento dos direitos da parturiente (restrição à presença de acompanhante de escolha da mulher, realização de amniotomia de rotina durante o trabalho de parto, posição litotômica de rotina, infusão intravenosa de ocitocina de rotina, puxo dirigido e pressão no fundo uterino da parturiente durante a expulsão fetal) em todos os períodos clínicos do parto. Sabe-se que esse modelo pode ser modificado com a adoção das boas práticas de assistência ao parto normal preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. Embora as melhores práticas no parto e nascimento estejam fundamentadas em evidências científicas, faltam pesquisas sobre sua implementação na prática clínica.

Objetivo geral: avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Método:** estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, baseado na metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do Instituto Joanna Briggs. Foi conduzido no Hospital da Mulher Mãe Luzia, maternidade pública de referência para a assistência obstétrica em Macapá, Amapá. Foram entrevistados 42 profissionais (enfermeiros e médicos obstetras e residentes das duas categorias) e 280 mulheres atendidas no trabalho de parto e parto. Também foram analisados dados de 555 prontuários de puérperas. A pesquisa foi desenvolvida em três fases: auditoria de base (fase 1), intervenção educativa (fase 2) e auditoria pós-intervenção (fase 3). A intervenção educativa consistiu em um seminário denominado “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal”, oferecido para os profissionais. A coleta de dados ocorreu entre julho de 2015 e março de 2016. Os achados foram analisados comparando-se os dados das fases 1 e 3, adotando-se o nível de significância de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Resultados:** após a intervenção educativa, houve incremento de 8,3 p.p. na taxa de parto normal. Na entrevista com as mulheres, constatou-se aumento de 10,0 p.p. ($p=0,002$) da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e de 31,4 p.p. ($p<0,001$) no

uso da posição vertical ou cócoras. A realização de amniotomia foi reduzida em 16,8 p.p. ($p=0,005$), o uso de posição litotômica em 24,3 p.p. ($p<0,001$), a utilização de ocitocina em 17,1 p.p. ($p=0,004$), os puxos dirigidos em 29,3 p.p. ($p<0,001$) e a manobra de Kristeller em 10,7 p.p. ($p=0,013$). Na perspectiva dos profissionais, houve redução da prescrição ou administração de ocitocina de 29,6 p.p. ($p=0,005$). Na análise dos dados dos prontuários, observou-se redução significativa da taxa de amniotomia em 29,5 p.p. ($p<0,001$) e de posição litotômica em 1,5 p.p. ($p=0,013$), enquanto a taxa de posição vertical ou cócoras apresentou incremento de 2,2 p.p. ($p=0,013$). **Conclusões:** a intervenção educativa revelou impacto positivo na melhora da assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, com aumento da taxa de parto normal e, também, na visão das mulheres, que alegaram ter mais acompanhantes de sua escolha, poder adotar mais posições verticalizadas no período expulsivo, utilizar menos ocitocina, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Esses resultados conferem em parte com o dos profissionais, que citaram realizar menos orientação de puxos dirigidos e prescreverem menos ocitocina. Também coincidem parcialmente com as anotações dos prontuários, que incluem aumento das posições verticais e redução da posição litotômica e da prática de amniotomia. No entanto, verificou-se que os profissionais continuam empregando práticas como posição litotômica de rotina, puxos dirigidos e manobra de Kristeller, no período expulsivo. Conclui-se que houve um impacto positivo na proposta conduzida, mas mostra que o processo de implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal adotado não foi capaz de obter sucesso completo na mudança das práticas obstétricas dos profissionais participantes.

Palavras-chave: Parto Normal. Prática Clínica Baseada em Evidências. Enfermagem Obstétrica.

Côrtes, CT. Implementation of evidence-based practices in normal birth care [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Background: the predominant model of childbirth care in Brazil is characterized by abusive or inappropriate use of interventions and parturient's rights disrespect (such as restriction of presence of the chosen companion of the woman, routine amniotomy, routine lithotomy position, routine oxytocin intravenous infusion, directed pushing, and fundal pressure during second stage of labour) in all clinical periods of the childbirth. This model of care could be modified adopting good practices on maternal health recommended by World Health Organization. Despite the evidence-based best practices in childbirth, there is a lack of research on its implementation into clinical practice. **Aim:** to evaluate the impact of the implementation of evidence-based practices on normal birth. **Method:** before and after quasi-experimental study based on Joanna Briggs Institute Evidence Implementation method. It was conducted at Mãe Luzia Women's Hospital, a reference maternity hospital for maternity care in Macapá, Amapá, Brazil. Interview of 42 professionals (nurses, obstetricians and residents of both categories) and 280 women who were attended during labour and birth. Data from 555 puerperium records were also analysed. The research was developed in three phases: baseline audit (phase 1), educational intervention (phase 2) and post-intervention audit (phase 3). The educational intervention was a seminar named "Scientific evidence-based practices on normal childbirth seminar", attended by the professionals. Data were collected from July 2015 to March 2016. The findings were analysed comparing the data from phases 1 and 3, adopting a level of significance of 5%. The search was approved by the Research Ethics Committee from School of Nursing of University of Sao Paulo. **Results:** after the educational intervention, there was an increase of 8.3 p.p. in normal birth rate. According to the interviewed women, there was an increase of 10.0 p.p. ($p = 0.002$) in the presence of companion during labour and of 31.4 p.p. ($p < 0.001$) in the adoption of vertical or squatting position to give birth. The amniotomy was reduced by 16.8 p.p. ($p = 0.005$), lithotomy position by 24.3 p.p. ($p < 0.001$), oxytocin infusion by 17.1 p.p. ($p = 0.004$), directed pushing by 29.3 p.p. ($p < 0.001$) and Kristeller maneuver by 10.7 p.p. ($p = 0.013$). In the professionals' perspective, it was found a reduction in oxytocin prescription (29.6 p.p.; $p = 0.005$). In medical records data analysis there was a reduction on amniotomy rate (29.5 p.p.; $p < 0.001$) and lithotomy position (1.5 p.p.; $p = 0.013$), while vertical or squatting position had increased in 2.2 p.p. ($p = 0.013$). **Conclusions:** the educational intervention showed a positive impact improving

women's care during labour and birth, increasing normal birth rate. Also in the women's view, having more companions of their choice, they were able to adopt vertical positions in the second stage of labour and had less oxytocin infusion, directed pushing and Kristeller maneuver. These results confer in part with these of the interviews with professionals, who have cited performing less direct pushing and prescribed less oxytocin infusion. These results are also similar with the medical records, which include increase in the adoption of vertical positions and the reduction of lithotomic position and amniotomy. However, it was verified that professionals still practice lithotomic position, directed pushing and Kristeller maneuver in the second stage of labour. The educational intervention had a positive impact, but did not have complete success in changing professional practices.

Key-Words: Parturition. Evidence-Based Practice. Obstetric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Fluxo de coleta de dados das puérperas, considerando as fases do estudo.	53
Figura 2	- Fluxo de coleta de dados dos profissionais, considerando as fases do estudo.	54
Figura 3	- Fluxograma das puérperas entrevistadas, Macapá-AP, 2015-2016	63
Figura 4	- Fluxograma dos profissionais entrevistados, Macapá-AP, 2015-2016	65
Figura 5	- Fluxograma dos prontuários analisados, Macapá-AP, 2015-2016	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos partos identificados pelo SAME do HMML cinco meses antes e cinco meses depois da intervenção e valor-p – Macapá, AP, 2015 – 2016	62
Tabela 2	- Distribuição das puérperas, de acordo com dados da entrevista, sobre idade e paridade, na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 – 2016	63
Tabela 3	- Distribuição das práticas identificadas nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015 - 2016	64
Tabela 4	- Distribuição dos profissionais, de acordo com dados da entrevista, sobre a formação e o tempo de serviço, na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 - 2016	66
Tabela 5	- Distribuição das práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015 - 2016	67
Tabela 6	- Distribuição das puérperas, de acordo com dados dos prontuários, sobre idade e paridade, na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 – 2016	68
Tabela 7	- Distribuição das práticas identificadas nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015 - 2016	70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO	24
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	25
1.3	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	26
1.3.1	A tradução da evidência	28
1.3.2	A implementação de evidências científicas na prática clínica	29
1.4	PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA A PARTURIENTE	33
1.4.1	Presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto	33
1.4.2	Realização de amniotomia de rotina durante o trabalho de parto	35
1.4.3	Posição da parturiente durante o parto	37
1.4.4	Infusão intravenosa de ocitocina no trabalho de parto	39
1.4.5	Puxo dirigido durante o parto (manobra de Valsalva)	40
1.4.6	Pressão no fundo uterino durante o parto (manobra de Kristeller)	43
1.5	HIPÓTESE	44
2	OBJETIVOS	45
2.1	GERAL	45
2.2	ESPECÍFICOS	45
3	MÉTODO	46
3.1	TIPO DE ESTUDO	46
3.2	LOCAL DE ESTUDO	46
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	47
3.3.1	Critérios de inclusão	48
3.4	FASES DO ESTUDO	49
3.4.1	Fase 1: Critérios, identificação das práticas utilizadas no parto normal e avaliação dos desfechos (auditoria de base)	49
3.4.2	Fase 2: Implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal (intervenção educativa)	50
3.4.3	Fase 3: Auditoria pós-intervenção educativa	51
3.5	COLETA DE DADOS	52
3.6	VARÁVEIS DO ESTUDO	55

3.6.1	Variáveis sociodemográficas	55
3.6.2	Variável independente	55
3.6.3	Variáveis dependentes	55
3.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	57
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	58
4	ESTUDO PILOTO	59
5	RESULTADOS	62
5.1	CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS	63
5.2	CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS	65
5.3	CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NOS PRONTUÁRIOS DE PUÉRPERAS NÃO ENTREVISTADAS	68
6	DISCUSSÃO	71
6.1	PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS	73
6.2	PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO	79
6.3	PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NOS PRONTUÁRIOS DE MULHERES NÃO ENTREVISTADAS	82
7	CONCLUSÃO	84
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
9	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	93
	ANEXOS	108

APRESENTAÇÃO

Trajetória profissional e o despertar do interesse pela temática

Minhas primeiras experiências na assistência obstétrica surgiram em 1998, quando ainda acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap). Atuei com grande interesse no campo de Estágio Supervisionado II, no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), assistindo mulheres em trabalho de parto. No ano seguinte, ingressei profissionalmente nessa maternidade desenvolvendo minha praxe assistencial no centro obstétrico e acompanhando os estágios dos alunos de escolas técnicas.

No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS), visando melhorar a qualidade da assistência obstétrica no Brasil, apoiou e fomentou algumas ações direcionadas à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Foi nesse contexto que procurei me aprimorar com alguns cursos e capacitações financiadas pelo MS, entre eles a capacitação de monitores de parteiras tradicionais (2000). Após esse curso, participei do planejamento e implementação de oficinas para capacitação de parteiras de todo o Estado do Amapá.

Em 2001, ainda nessa perspectiva de humanização de assistência ao parto-nascimento fomentada e difundida pelo MS, especializei-me em Enfermagem Obstétrica e, no mesmo ano, participei com a equipe multiprofissional do HMML do curso de humanização da assistência ao parto e nascimento, em Ceres-GO. Após esse curso, a equipe, juntamente com apoiadores do MS, promoveu oficinas de capacitação sobre parto humanizado para os colaboradores do HMML, apoiando-se no manual da Organização Mundial de Saúde (OMS) e em outras fontes que de forma incipiente já abordavam as boas práticas à luz de algumas evidências científicas.

No ano de 2002, desempenhei a função de coordenador/líder da equipe de trabalho no bloco obstétrico do HMML. Concomitantemente ao processo de capacitação, foi realizada a primeira adaptação de ambiência na sala de pré-parto, instalando-se divisórias do tipo Eucatex e cortinas para isolar os leitos e garantir mais privacidade às parturientes. A estrutura anterior, existente há muitos anos, medindo 4,5 X 8,0m (36 m²), proporcionava que os leitos ficassem próximos uns dos

outros e sem qualquer isolamento. Esse período foi marcado por algumas mudanças estruturais e transformações pessoais fundamentais para a melhoria na qualidade da assistência prestada às usuárias do serviço.

Apesar desses avanços, o HMML apresenta algumas limitações para garantir a assistência obstétrica pautada nesse modelo que está sendo proposto. É a única maternidade pública de Macapá, construída na década de 1950 e que atende mais de 60% dos partos do estado, em média 650/mês. Há alguns anos, vem prestando atendimento além de sua capacidade instalada e com déficit no quadro de profissionais. Essas limitações vão à contramão da missão institucional, que é garantir um atendimento obstétrico de qualidade, pautado nas boas práticas.

O despertar para a temática surgiu quando comecei a observar que, após esse processo de mudanças fomentado pelas oficinas de capacitações, os colaboradores sentiam-se motivados a implementar as boas práticas e chegando a abandonar alguns procedimentos classificados como prejudiciais pela OMS, entre os quais, a realização de enema e tricotomia em todas as parturientes. Porém, pouco tempo depois das oficinas, gradativamente os colaboradores iam perdendo o foco da assistência humanizada e o serviço retomava a rotina de outrora, comprometendo o processo de efetivação das mudanças.

Neste mesmo ano, ministrei oficinas sobre parto humanizado em três municípios do Amapá (Laranjal do Jari, Calçoene e Oiapoque), fortalecendo o processo de capacitação dos profissionais que atuavam no interior do estado. Ingressei como enfermeiro na atenção básica, no município de Macapá, onde também vivenciei a problemática, quando ministrei oficinas de capacitação em pré-natal para enfermeiros que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e, algum tempo depois, esses profissionais desenvolviam suas atividades de forma individualizada.

Em 2004, ingressei como docente na Universidade Federal do Amapá (Unifap). Desde então, venho acompanhando alunos nas UBSs e no HMML, onde os oriento e desenvolvo trabalhos com eles voltados à assistência pré-natal e boas práticas na assistência ao parto normal. Durante os estágios, desenvolvemos, juntamente com os discentes, oficinas de capacitação aos profissionais relacionadas a essa temática.

Em 2012, após o Mestrado na Unifap, no qual desenvolvi uma pesquisa relacionada aos aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de adolescentes

atendidas para o parto no HMML, continuei minhas atividades como docente assistencial no bloco obstétrico, além de acompanhar residentes de enfermagem do Programa de Residência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (SESA). Pouco antes desse período, a temática ressurgiu com o MS lançando o Programa Rede Cegonha como estratégia inovadora no modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento no Brasil.

Em 2013, ingressei no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A partir de então, o aprofundamento para esta temática tornou-se mais aguçado, haja vista que recebi apoio de duas docentes do programa que desenvolvem pesquisas voltadas à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e práticas direcionadas à assistência ao parto normal.

Em meados do mesmo ano, com o objetivo de dedicar-me exclusivamente à Unifap, à pesquisa e ao estudo da temática no doutorado, solicitei exoneração dos quadros funcionais do HMML. Porém, ainda mantenho vínculo com a maternidade e com as usuárias do serviço durante o acompanhamento de alunos de graduação e especialização nos estágios acadêmicos. Além do mais, desenvolvi meu estudo com os profissionais e mulheres assistidas nessa unidade de saúde.

Acredito que o desenvolvimento deste estudo com enfermeiros e médicos obstetras do HMML seja mais uma estratégia para qualificação dos profissionais, que se somam às demais intervenções desenvolvidas pela gestão da maternidade no sentido de transformação do modelo de assistência ao parto, garantindo uma assistência mais digna ao parto e nascimento, com adoção de práticas baseadas em evidências científicas.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente a assistência ao parto ocorria em ambiente domiciliar, era da responsabilidade das parteiras e, por muito tempo, uma atividade exclusivamente feminina. No entanto, após a segunda Guerra Mundial, o parto passou do ambiente domiciliar para o hospitalar, com a justificativa de redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil (Osava, 1997).

Desde então, o parto é visto como um evento essencialmente médico e sujeito a uma série de intervenções, sob a alegação e finalidade de melhorar a qualidade da assistência obstétrica prestada, estabelecendo-se uma associação entre tecnologia e segurança (Riesco, 1999).

Assim, a medicalização da assistência ao parto foi sendo incorporada à prática assistencial com a justificativa de corrigir, acelerar ou monitorar o processo fisiológico do nascimento, embora sem a devida avaliação de sua eficácia. Nesse processo, a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, sendo submetida a normas institucionais e práticas altamente intervencionistas sem o seu devido esclarecimento e consentimento (OMS, 1996).

A institucionalização do parto foi um fator decisivo para afastar a família e a rede social do processo do nascimento, pois as rotinas hospitalares foram planejadas para atender às necessidades da equipe de saúde e não das parturientes (Diniz, 2005).

No entanto, apesar da mudança do local do parto para o hospital e de toda a evolução tecnológica advinda disso, ainda se encontra dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, níveis elevados de parto operatório, abortos clandestinos, excesso de intervenções e altos índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal, entre outros problemas (Victora et al., 2011).

Neste modelo assistencial hospitalar, a mulher é separada dos familiares, dos pertences, sendo submetida a uma “cascata de intervenções” (Mold, Stein, 1986), como episiotomia de rotina, infusão intravenosa de ocitocina e parto operatório (fórcipe nas primíparas em hospital-escola e cesariana no setor privado). Para Mamede, Mamede e Dotto (2007), este é o modelo que surgiu após a década de 1960 e continua vigente nos hospitais brasileiros, utilizado na maioria das mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por um alto grau de

medicalização e de abuso de práticas invasivas.

A pesquisa Nascer no Brasil traçou um perfil da assistência obstétrica hospitalar no país por meio de um estudo composto por 23.940 puérperas, cujo objetivo foi descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas nessas mulheres. Revelou os seguintes resultados: movimentação da parturiente (44,3%); procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (26,7%); uso de partograma (41,4%); posição litotômica (91,7%); ocitocina (36,4%); amniotomia (39,1%); manobra de Kristeller (36,1%); episiotomia (53,5%); cesariana (51,9%) e parto natural (5%) (Leal et al., 2014).

O aumento dos índices de cesarianas eletivas como fenômeno mundial não apresentou impacto positivo na melhora da saúde materna e neonatal, mas tem implicações nas próximas gestações e nos riscos relacionados (Bétran et al., 2007).

Se, por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro, permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. Como consequência, a mulher e o recém-nascido (RN) são expostos a elevadas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, além de outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa apenas em situações de necessidade, são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres e seus filhos que são assistidos em hospitais no país (Brasil, 2016).

Preocupados com esta situação, a OMS, o MS e diversas organizações não governamentais têm proposto mudanças nessa assistência, que incluem o resgate do parto natural, com estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica e obstetrizes na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Assim, a partir de meados da década 1980, tem início o movimento de reflexão crítica sobre a segurança e a efetividade das práticas utilizadas de forma indiscriminada na assistência ao parto, tendo como eixo a Medicina Baseada em Evidências (MBE), que utiliza de forma consciente e crítica a melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões sobre o cuidado individual no parto. No Brasil, esse movimento ficou conhecido como “Humanização do parto” (Diniz, 2005).

O conceito de humanização do parto é muito diversificado, contudo, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das

mulheres, valorizando-as como protagonistas e respeitando seus direitos. Apoia-se na proposta de mudança de modelo e das práticas assistenciais, considerando as recomendações científicas atuais e proporcionando uma maternidade segura e prazerosa (Diniz, 2005; Previatti, Souza, 2007).

Segundo Diniz (2005), a abordagem da saúde com base nos direitos humanos deve focar, em especial, o direito de desfrutar do progresso científico, isto é, ter acesso a tratamentos mais efetivos e seguros; o direito para decidir sobre sua saúde, pautado em informações precisas e compreensíveis sobre as intervenções; o direito à integridade corporal e o direito ao acesso universal a serviços de saúde, entre outros.

Nesta perspectiva, objetivando a garantia desses direitos, na maioria dos países, está sendo cada vez mais destacada a importância de basear as políticas e práticas de saúde nas melhores evidências disponíveis e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

O cuidado à saúde baseado em evidências é um método cíclico, que se origina de perguntas da prática clínica ou relacionadas às necessidades de saúde. Com base nestas perguntas, o conhecimento e as evidências são produzidos por meio de pesquisa. Fazem parte deste método os seguintes componentes: 1) avaliação e síntese das evidências produzidas pela pesquisa; 2) transferência e emprego das evidências na prática e 3) avaliação do impacto da utilização das evidências na melhora da saúde (Pearson et al., 2005).

Apesar de a condução de estudos primários, de metanálises e de revisões sistemáticas ser indispensável para o avanço científico da saúde, os componentes 2 e 3 deste método representam um grande desafio para a execução do cuidado baseado em evidências científicas, pois, entre a teoria e a prática, sempre há uma distância que precisa ser preenchida por ações concretas.

De acordo com Greenhalgh (2013), quando se segue uma abordagem baseada em evidências para a tomada de decisão clínica, todas as situações referentes aos pacientes (se se trabalha em medicina, na saúde pública ou em aspectos relacionados a grupos de pacientes) levarão a perguntas sobre evidências científicas, à busca por respostas para as questões de modo sistemático e à modificação da prática de acordo com isso. Qualquer profissional que trabalhe com os pacientes sabe que, com frequência, é necessário procurar novas informações antes de tomar uma decisão clínica.

A transferência do conhecimento é também conhecida como "ciência da tradução" ou "pesquisa translacional". Muitas teorias que discutem a transferência do conhecimento separam o método da Prática Baseada em Evidência (PBE) em dois modos: a transferência dos achados dos estudos das ciências básicas para propor novas intervenções (avaliadas pelos ensaios clínicos) e a transferência do conhecimento demonstrado para utilizar na prática clínica. Assim, o primeiro modo de transferência se associa ao paradigma tradicional da pesquisa científica, enquanto o segundo refere-se à participação ativa dos envolvidos no desenvolvimento metodológico para divulgar o conhecimento e articular as questões de pesquisa. As lacunas nestes dois modos de transferência compõem as principais dificuldades encontradas na literatura científica (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Na área da Enfermagem, a implementação de cuidados com base em evidências científicas também experimenta esses desafios. Embora, nas últimas décadas, a pesquisa em enfermagem tenha avançado com maior número de ensaios clínicos, o uso dos resultados na prática clínica não segue o mesmo ritmo (Riesco, Oliveira, 2010).

Galvão, Sawada e Mendes (2003) salientam que a utilização de resultados de pesquisas na prática assistencial tem sido enfocada pelos estudiosos da enfermagem, desde o início da década de 1970. Entretanto consiste em um processo difícil e desafiador, pois envolve a disseminação e a aplicação do novo conhecimento científico à prática, bem como a avaliação deste conhecimento pela equipe de saúde, cliente e familiares, incluindo a relação custo/benefício.

A utilização de pesquisas na prática assistencial é um dos pilares para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem; no entanto, várias são as barreiras que dificultam a utilização de resultados de pesquisas, tais como a falta de preparo do enfermeiro, o fato de esse profissional não perceber a pesquisa como parte integrante do seu cotidiano profissional, a falta de tempo e de suporte organizacional (Galvão, Sawada, Rossi, 2002).

Segundo Cullum et al. (2010), são frequentes as interpretações errôneas e afirmações dos enfermeiros como “a prática baseada em evidências não tem nada de novo” e “leva à enfermagem massificada, desconsiderando o cuidado individualizado”, que representam barreiras e indicam dificuldades para realizar mudanças na prática. Essas afirmações apontam a falta de motivação e de convicção desses profissionais em relação à importância dos estudos na assistência

de enfermagem. Além dessas barreiras, existem outras relativas à falta de apoio organizacional, de autonomia do enfermeiro e de educação permanente para a mudança ou transformação comportamental.

A aplicação de princípios da prática baseada em evidências nas decisões diagnósticas depende da produção de pesquisas com características que são pouco comuns na enfermagem. As classificações de diagnósticos são indispensáveis para o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência. No entanto, esse movimento está, ainda, incipiente. A carência de estudos sobre os conceitos diagnósticos é grande e limita o desenvolvimento de testes válidos e confiáveis que gerem evidências fortes as quais sustentem a prática diagnóstica na enfermagem (Cruz, Pimenta, 2005).

Para Riesco e Oliveira (2010), na assistência prestada durante a gravidez e o parto, a preocupação com a PBE é crucial, uma vez que essas práticas têm um efeito sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis durante processos fisiológicos, diferentemente de outras áreas de cuidados à saúde. De acordo com as autoras, isso é ainda mais relevante, pois o modelo assistencial predominante no parto de baixo risco é hospitalar e intervencionista.

Levando em consideração este contexto, é justo destacar as contribuições das metanálises e revisões sistemáticas como instrumentos para orientar as decisões de saúde. As maternidades, hospitais e, em especial, os Centros de Parto Normal (CPNs) têm incorporado os resultados destas pesquisas e os enfermeiros possuem um papel fundamental para sua implantação na assistência ao parto.

O marco inicial da assistência ao parto, pautado nas boas práticas baseadas em evidências científicas, teve grande ênfase a partir de 1985, quando estudiosos e profissionais da obstetrícia, representantes da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reunidos na cidade de Fortaleza/Brasil, fizeram uma série de recomendações com base numa variedade de práticas e tecnologias apropriadas voltadas ao parto normal (OMS, 1985).

Como seguimento desta proposta, a OMS, por intermédio das Agências Internacionais de Desenvolvimento, lançou, em 1987, a iniciativa Maternidade Segura, que visava dar visibilidade às dimensões e consequências das precárias condições de saúde materna, mobilizando ações para elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil e reduzir o índice de mortes maternas. Este movimento estabeleceu estratégias no sentido de garantir gestações e partos mais

seguros, por meio do credenciamento de instituições hospitalares que promovessem a assistência integral à saúde da mulher e da criança.

No Brasil, o Projeto Maternidade Segura, lançado em 1995, estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos visando obter a eficiência da assistência prestada à mulher. Entre as estratégias prescritas, encontra-se o incentivo ao parto normal e humanizado (Mamede, Mamede, Dotto, 2007).

Em 1996, a OMS publicou o documento “Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático”, no qual identifica as práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto/parto e propõe examinar as evidências a favor ou contra algumas dessas práticas e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal (OMS, 1996). As recomendações constantes nesse documento foram atualizadas à luz das evidências científicas e incorporadas pelo MS. Nesses dois documentos, as práticas na assistência ao parto normal foram classificadas em quatro categorias que estão descritas a seguir (Brasil, 2003):

- **Categoria 1** - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- **Categoria 2** - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- **Categoria 3** - Práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão;
- **Categoria 4** - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Considerando essa classificação, a presente pesquisa abordou de maneira concatenada ao objeto de estudo a implementação e avaliação das seguintes práticas na assistência ao parto normal: “respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto” (**Categoria 1**); “administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos”; “uso rotineiro da posição de litotomia durante o segundo estágio do parto”; esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; e “manobra de Kristeller¹ ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo” (**Categoria 2**);

¹ Manobra realizada durante a expulsão fetal, proscrita pelas boas práticas na assistência ao parto, mas ainda muito utilizada, na qual um profissional comprime o fundo uterino com ambas as mãos ou com o braço e antebraço.

“pressão no fundo uterino durante o período expulsivo” (**Categoria 3**); e “amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto” (**Categoria 4**).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Como referido anteriormente, o marco inicial para a PBE na assistência obstétrica foi quando pesquisadores, profissionais e outros interessados no assunto formalizaram consensos sobre a utilização de práticas na assistência ao parto normal. Essas práticas, alicerçadas por ensaios clínicos, foram recomendadas em guias e manuais de assistência obstétrica que circulam ainda hoje nos serviços de saúde de boa parte do mundo, inclusive no Brasil.

A partir deste marco, várias metanálises e revisões sistemáticas foram realizadas e publicadas, constituindo as mais fortes evidências científicas na assistência ao parto normal.

No Brasil, a Portaria GM n.º 11/2015 do MS – que redefine as diretrizes para implantação de CPN, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com a Rede Cegonha, principal política nacional de saúde materna e perinatal – considera que o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e nascimento, a adoção de práticas baseadas em evidências é um direito fundamental das mulheres e crianças. Acrescenta a necessidade de organizar os serviços de atenção ao parto em conformidade com as diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, bem como de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto (Brasil, 2015).

No entanto, apesar de todo o empenho do MS, constata-se ainda que, nos últimos 20 anos, mesmo após ampla divulgação do Guia prático de assistência ao parto normal e de todo o conhecimento acumulado em relação à eficácia e ausência de periculosidade, as práticas das **Categorias 2** (... *claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas*), **3** (... *que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão*) e **4** (... *frequentemente utilizadas de modo inadequado*) continuam a ser utilizadas por muitos profissionais.

Diante deste contexto e da necessidade urgente da implementação das melhores práticas na assistência obstétrica, percebe-se uma imensa barreira que

dificulta a existência de uma praxe profissional apoiada por esses conhecimentos atualizados. Muitos profissionais de saúde, por questões intrínsecas e extrínsecas, não lançam mão das evidências científicas para a assistência à mulher no trabalho de parto e parto. Nesse sentido, este estudo busca resposta para a seguinte questão: qual o impacto de uma intervenção educativa, baseada em evidências científicas, na implementação das melhores práticas de assistência à parturiente?

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A proposta de implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal perpassa pela necessidade de transformação de comportamentos profissionais com possibilidade de uma assistência obstétrica mais humanizada. Acredita-se que a praxe profissional, na implementação das boas práticas à parturiente, apoiada nessas evidências, tenha esse efeito transformador. Pois a atitude profissional ao lançar mão de tecnologia não invasiva no cuidado garante à mulher participação ativa e maior empoderamento em seu trabalho de parto.

O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos como os psicológicos e o contexto sociocultural. Esse modelo faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (Brasil, 2015).

Neste sentido, ao se considerar o trabalho de parto e parto como um evento fisiológico, entendemos que a intervenção educativa deste estudo poderá melhorar a atuação dos profissionais enfermeiros e médicos, ajudando-os a implementar as melhores evidências na assistência ao parto normal.

Esta proposta de trabalho reveste-se de relevância acadêmica, pois tem como finalidade garantir uma assistência obstétrica de qualidade alicerçada no uso de práticas baseadas em evidências científicas e, apesar de existirem muitas pesquisas sobre as boas práticas de assistência ao parto, faltam estudos sobre a avaliação do impacto de intervenções que propõem a implementação destas evidências na prática clínica. Além disso, possui também relevância social, quando vislumbra a possibilidade de promover e avaliar o impacto das melhores práticas na assistência

ao parto normal baseadas em evidências científicas, tornando a assistência obstétrica mais humanizada.

1.3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Nas últimas décadas do século XX, ocorreu uma intensa produção e difusão do conhecimento científico. Desde então, anualmente, milhares de pesquisas científicas são realizadas ao redor do mundo, o que tornou a tarefa de manter-se atualizado, praticamente, impossível.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu na perspectiva de construir uma ponte entre a produção científica e o consumo dos achados das pesquisas na prática clínica. Este movimento iniciou-se na década de 1980, com inúmeros debates promovidos por clínicos e pesquisadores da Universidade de McMaster, no Canadá, sobre o excesso de informação médica e suas consequências para a prática clínica. A partir desses *insights* publicaram-se artigos abordando a leitura crítica da literatura médica, dando início ao que ficou conhecido como Medicina Baseada em Evidências (MBE) (Riesco, Oliveira, 2010).

No Brasil, desenvolveu-se na medicina, principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (Galvão, Sawada, Mendes, 2003), expandindo-se para várias especialidades em saúde e para outros setores, sendo denominada Prática Baseada em Evidências (PBE) (Lacerda et al., 2012).

Para Sackett et al. (2003), a PBE teve como propósito preencher a lacuna entre a pesquisa e a prática assistencial, dado que as evidências geradas por pesquisadores em todo o mundo não chegavam aos médicos e pacientes de modo atualizado e confiável.

A PBE fundamenta-se na aplicação de conhecimentos básicos de epidemiologia e bioestatística para avaliar a evidência clínica quanto a sua validade e utilidade. Praticar com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente (Sackett et al., 1996).

O termo evidências em saúde é usado genericamente como referência ao produto de pesquisas científicas aplicadas à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, ao prognóstico, à reabilitação e aos cuidados nas diferentes áreas da

saúde. Engloba pesquisas clínicas e epidemiológicas e estudos econômicos sobre a implementação dessas evidências na prática clínica e nos sistemas de saúde (Riesco, Oliveira, 2010).

De maneira geral, a PBE é composta por cinco etapas: 1) identificar a dúvida assistencial; 2) estruturar uma pergunta a partir da dúvida assistencial; 3) buscar por respostas na literatura científica; 4) identificar a melhor evidência disponível e 5) implementar a evidência (Friendland et al., 2001).

A adoção das evidências em saúde promove a efetividade e a segurança das intervenções, desde que sejam geradas por estudos primários de qualidade. Dessa forma, as revisões sistemáticas tornaram-se reconhecidas como o padrão ouro internacionalmente aceito (Lockwood, Aromataris, Munn, 2014).

Cruz e Pimenta (2005) descrevem que a qualidade da evidência é atribuída pela sua validade interna e externa e relevância para a prática clínica. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade em um determinado contexto. As autoras ratificam que as evidências devem ser buscadas para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados.

De acordo com Pearson (2014a), a maioria dos países de economia avançada, e até mesmo muitos países de baixa e média renda, atualmente incorpora cuidados à saúde baseados em evidências como um componente importante de sistemas de saúde modernos. Atualmente, existem três organizações internacionais, independentes, sem fins lucrativos, com foco na síntese de evidências.

Uma delas é a *Cochrane Collaboration*, fundada em 1993, em Oxford (Reino Unido) por um grupo composto por aproximadamente 80 pesquisadores de diferentes países. Centra-se na revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados para condições médicas, grupos de clientes ou intervenções específicas, por profissionais de saúde. Possui nove centros espalhados pelo mundo e grupos de colaboradores responsáveis pelo desenvolvimento de revisões sistemáticas. Vincula os grupos de revisão internacionalmente e oferece treinamento e apoio aos mesmos, que se comprometem a um processo contínuo de revisão sistemática em uma área específica do cuidado à saúde (Pearson, 2014a).

A outra organização é a colaboração Campbell (fundada em 2000), que é uma rede internacional de pesquisa sediada na Noruega, que produz revisões sistemáticas dos efeitos das intervenções sociais. Este centro prepara, mantém e

divulga revisões sistemáticas relacionadas a educação, crime e justiça, bem-estar social e desenvolvimento internacional. A colaboração opera através de seis grupos de coordenação que são responsáveis pela produção de Campbell opiniões (Pearson, 2014a).

A terceira organização é o *Joanna Briggs Institute* (JBI), fundado em 1996, em Adelaide - Austrália, tem mais de 80 centros e grupos colaboradores na maioria dos estados australianos, Ásia, África, Oriente Médio, Europa e Américas. Esse Instituto trabalha com pesquisadores, clínicos e gerentes para identificar as áreas nas quais os profissionais de saúde mais urgentemente precisam de evidências resumidas para pautarem suas práticas. Enfoca a necessidade de uma base de evidências para o cuidado à saúde destinada a ajudar os consumidores a tomarem decisões informadas. Reúne uma série de atividades de investigação orientadas para melhorar a eficácia da prática e dos resultados dos cuidados de saúde.

O modelo de cuidado em saúde baseado em evidências do JBI descreve quatro grandes componentes: 1) geração da evidência em saúde; 2) síntese da evidência; 3) tradução da evidência/conhecimento; 4) utilização da evidência (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

No Brasil, dois desses centros desenvolvem suas atividades. A Colaboração Cochrane, que funciona na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), apoiada pelo Grupo Internacional de Epidemiologia Clínica da Instituição; e o Instituto Joanna Briggs, representado pelo Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs, que está sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Ambos empenhados na elaboração, difusão e implementação de evidências (Riesco, Oliveira, 2010).

1.3.1 A tradução da evidência

Muitos profissionais de saúde construíram seu conhecimento durante sua formação ou atuação profissional, mas podem estar desatualizados dos achados científicos atuais (Pearson, 2014b).

O movimento em direção à prática de cuidados à saúde baseados em evidências centra-se na necessidade de todos os profissionais de saúde usarem as intervenções apoiadas nas mais atualizadas evidências ou conhecimento disponível.

Desta forma, enfatiza a importância de lhes fornecer informações sintetizadas através da revisão sistemática da literatura (Pearson, 2014a).

A tradução do conhecimento refere-se ao ato de transferir evidências ou conhecimentos aos profissionais, serviços e sistemas de saúde (Person, Jordan, Munn, 2012). Este é um processo derivado da necessidade de assegurar que a melhor evidência disponível seja utilizada na prática (Pearson, 2014a). Os princípios da tradução de conhecimento são: a divulgação de pesquisas, a síntese de evidências, a utilização de pesquisas e a implementação de evidências em políticas e práticas assistenciais.

As estratégias de tradução exigem a comunicação dos resultados da pesquisa de forma a influenciar a tomada de decisão, a produzir relações de trabalho eficazes e colaborativas e assegurar que a transferência do que se pretende alcançar seja relevante para os consumidores das pesquisas (Pearson, 2014b).

O conhecimento pode ser transferido por meio de revistas, mídia eletrônica, sistemas de educação e treinamento de apoio à decisão (Pearson et al., 2005). É fundamental que as mensagens sejam compreensíveis e viáveis, adequadas ao contexto das necessidades de informação do público-alvo e oferecidas de forma diversificada (incluindo tecnologia da informação, material impresso, reuniões, oficinas e programas de treinamento) (Pearson, Weeks, Stern, 2011).

1.3.2 A implementação de evidências científicas na prática clínica

A implementação refere-se à utilização da evidência na prática clínica, revelada por meio de mudanças na assistência e/ou nos serviços de saúde (Pearson, Jordan, Munn, 2012). A implementação é uma iniciativa para promover a aceitação e o desenvolvimento de habilidades na PBE. Existem nove modelos de implementação de evidências que dominam a literatura de saúde e o sucesso desses modelos depende de quão bem eles explicam a natureza complexa e multidimensional do ambiente de saúde (Krau, 2014).

Existe uma série de estratégias para promover a incorporação dos resultados de investigação clínica nos cuidados de rotina (Foy et al., 2005). As estratégias para promover a mudança do comportamento profissional incluem: visitas de sensibilização educacional (uma visita pessoal de uma pessoa treinada a um

prestador de cuidados de saúde no seu próprio contexto); lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica (manuais ou computadorizados); reuniões educativas interativas (participação dos profissionais em oficinas de discussão ou prática); auditoria e *feedback* (um resumo do desempenho clínico por um período de tempo definido); opinião de profissionais de saúde líderes locais (indicados pelos colegas); processo de consenso local (discussão dos profissionais para identificar a abordagem para a gestão de um problema clínico que eles definiram como importante); intervenções mediadas pelo doente (informação específica solicitada ou dada a pacientes); distribuição de materiais educativos para os cuidados (*guidelines* e publicações eletrônicas); palestras educativas; pagamentos financeiros (recompensa aos prestadores de cuidados por certos comportamentos) e intervenções multifacetadas (combinação de duas ou mais intervenções) (Foy et al., 2005).

A mudança da prática exige que os clínicos com os conhecimentos e habilidades de liderança coordenem com confiança equipes multidisciplinares na avaliação de barreiras específicas para melhores práticas e a identificação de estratégias e recursos para facilitar a mudança da assistência. Assim, os líderes locais, líderes de opinião ou clínicos que facilitam a mudança de prática são essenciais para a implementação bem-sucedida de evidências (Lockwood, Aromataris, Munn, 2014).

Greenhalgh (2013) questiona por que os profissionais de saúde demoram a adotar a PBE e esclarece que a falha neste processo não pode ser atribuída à ignorância ou à teimosia. A implementação de melhores práticas é altamente complexa, uma vez que envolve múltiplas influências, operando em diferentes direções. Destaca que não existe nenhuma fórmula mágica para solucionar este problema e que uma abordagem que tenha efeito positivo em um estudo pode ter efeito negativo em outro.

Em muitos países, a auditoria clínica ou auditoria e *feedback* é comumente usada para monitorar e melhorar a qualidade dos cuidados. A auditoria e *feedback* é uma estratégia de melhoria da qualidade, utilizada amplamente de forma isolada ou como componente de intervenções multifacetadas. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem um *feedback*, mostrando que ela é inconsistente com o desejável (Ivers et al., 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), a auditoria

clínica é um processo de melhora da qualidade que procura aperfeiçoar o atendimento e os resultados dos pacientes, por meio de revisão sistemática com critérios explícitos e da implementação de mudanças. Os aspectos da estrutura, processos e resultados do cuidado são selecionados e sistematicamente avaliados em função de critérios definidos. Se houver indicação, as mudanças são implementadas em um plano individual, equipe ou serviço e, para confirmar a melhoria dos cuidados, deve-se realizar um monitoramento adicional (NICE, 2002).

Auditoria e *feedback* oferece ao profissional de saúde um resumo do seu desempenho durante um certo período de tempo. Trata-se de uma estratégia frequentemente usada para promover a implementação de práticas baseadas em evidências e é amplamente utilizada por diversos segmentos, tais como financiadores de pesquisa e do sistema de saúde, grupos profissionais e pesquisadores para monitorar e mudar o comportamento dos profissionais de saúde, aumentando a responsabilidade e melhorando a qualidade dos cuidados (Ivers et al., 2014).

Auditoria e *feedback* é uma ferramenta de autoavaliação ou automonitoramento, que fornece dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho almejado, assim como comparações de desempenho entre profissionais de saúde. O reconhecimento de baixo desempenho pode representar um sinal para o desencadeamento de uma ação, incentivando aqueles que são motivados e capazes de adotar medidas para reduzir a discrepância (Ivers et al., 2014).

Uma revisão sistemática que buscou avaliar os efeitos desta estratégia sobre a prática dos profissionais de saúde e os resultados dos pacientes mostrou que a auditoria e *feedback*, em geral, resulta em poucas, mas potencialmente importantes melhorias na prática profissional. Sua eficácia parece depender do desempenho da auditoria de base e da forma como o *feedback* é fornecido, isto é, o *feedback* é mais eficaz quando o desempenho profissional na auditoria de base é baixo; é realizado por um supervisor ou colega de equipe, fornecido em ciclos repetidos e na forma verbal e escrita; e quando inclui objetivos claros e específicos e um plano de ação de como alcançá-los (Ivers et al., 2012).

O processo de auditoria clínica proposto pelo NICE (2002) envolve, basicamente, cinco etapas: 1) preparação para a auditoria; 2) seleção e definição dos critérios de auditoria; 3) medida do desempenho (auditoria de base); 4)

implementação de mudanças; 5) manutenção da mudança.

A preparação adequada é fundamental para o sucesso de um projeto de auditoria clínica e deve preocupar-se com duas grandes áreas: a metodologia e o gerenciamento do projeto, que incluem o delineamento, definição do objetivo da auditoria, seleção dos tópicos, a implementabilidade, a identificação das habilidades e pessoas necessárias para realizar a auditoria e o treinamento, o envolvimento das partes interessadas e o suporte local (NICE, 2002).

No âmbito da auditoria clínica, são definidos critérios para avaliar a qualidade dos cuidados de um profissional, equipe ou organização. Tais critérios definem o que está sendo medido e representam elementos de cuidado que podem ser avaliados objetivamente (NICE, 2002).

Para monitorar o desempenho, um período de tempo deve ser especificado para permitir coletar um número representativo de casos. O período de coleta de dados depende do número de casos que são tratados diariamente e do número necessário para fazer um diagnóstico confiável dos cuidados prestados (NICE, 2002).

Ao coletar os dados, recomenda-se o uso de um instrumento cuidadosamente desenvolvido e pessoal treinado para melhorar a consistência dos dados. Idealmente, um aspecto do cuidado que é suficientemente importante para ser auditado deveria estar registrado rotineiramente e facilmente acessível. No mundo real, as informações estão em diversas bases de dados ou podem não ser coletadas. Os registros clínicos, embora, comumente, usados como fonte de dados, são, frequentemente, incompletos. Assim, a coleta de múltiplas fontes e dados que já são coletados rotineiramente pode ser útil (Nice, 2002).

A abordagem sistemática da implementação parece ser mais eficaz. Deve incluir a identificação de barreiras, o apoio da equipe e o uso de intervenções multifacetadas. A identificação de potenciais barreiras à mudança contribui para o processo de implementação, uma vez que permite planejar como superá-las. As características do contexto, tal como a importância da mudança para os profissionais e usuários do serviço de saúde, podem influenciar no sucesso desse processo (NICE, 2002).

Deve-se evitar utilizar apenas o *feedback* como método de implementação da mudança, pois esta é muito mais provável quando um conjunto mais complexo de processos/intervenções é empregado. A divulgação de materiais educacionais, tais

como, diretrizes parece ter pouco efeito a não ser que seja acompanhada de outros métodos. Intervenções educativas interativas podem ser úteis, mas nem sempre são eficazes. Portanto, o uso de intervenções multifacetadas, escolhidas de acordo com o contexto local, é mais efetivo do que de uma única intervenção (NICE, 2002).

Ainda que melhorar o desempenho seja o principal objetivo da auditoria clínica, manter a melhoria também é essencial. Qualquer abordagem sistemática para mudar a prática profissional deve englobar a monitoração e avaliação da mudança, bem como sua manutenção e reforço. Contudo, manter e reforçar a mudança ao longo do tempo é um processo complexo. No Reino Unido, projetos que obtiveram sucesso na manutenção da mudança assistencial envolveram reforço ou motivação incorporados pela direção, integração da auditoria nos sistemas de melhoria da qualidade da organização e liderança forte (NICE, 2002).

Um outro modelo de auditoria clínica, semelhante ao do NICE, é aquele adotado pelo JBI, cuja metodologia consiste de um processo que utiliza uma ferramenta *on-line* denominada “Practical Application of Clinical Evidence System” (PACES). Tal modelo compreende três fases: 1) auditoria de base ou inicial; 2) implementação das melhores práticas; 3) auditoria pós-implementação (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Esse modelo que visa comparar os dados entre organizações, promovendo auditorias pré e pós-implementação na prática clínica, permite avaliar a efetividade da ação no serviço, melhorando os resultados. Ele combina as evidências com a ferramenta PACES para avaliar os estágios da implementação.

O modelo JBI de cuidados de saúde baseados em evidências enfatiza a necessidade de geração, síntese, transferência e utilização de evidências derivadas de diversas abordagens de pesquisa. Foi construído para facilitar o raciocínio e a crítica sobre os cuidados de saúde baseados em evidências e o seu papel na melhoria da saúde global (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

No Brasil, o modelo JBI foi previamente seguido por Shimoda et al. (2015), que avaliaram o impacto da implementação de evidências para a prevenção do trauma mamilar em lactantes. Os resultados mostraram que houve forte impacto no conhecimento sobre prevenção e cuidado do trauma mamilar da equipe de enfermagem e das puérperas. Aumentou a satisfação das mulheres e a taxa de aleitamento materno exclusivo.

1.4 PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE

1.4.1 Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto

Entre os princípios para a assistência humanizada, pautada na evidência das melhores práticas, está a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, podendo ser este o companheiro da mulher ou alguém de sua escolha. A OMS recomenda a presença de acompanhante, de escolha da mulher, no trabalho de parto e parto como uma *prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*. Destaca que o apoio empático de prestadores de serviço e acompanhantes, antes do e durante o parto, pode diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e assim melhorar a experiência de dar à luz (OMS, 1996).

Segundo Nakano et al. (2007), ter alguém ao lado em momento tão significativo da vida da mulher se traduz em bem-estar e sentimentos positivos como a satisfação e segurança que somente aquelas que vivenciaram a experiência dessa companhia são capazes de descrever.

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente contribui significativamente para a prestação de apoio durante o processo de parto. Essa presença proporciona bem-estar físico e emocional à mulher e favorece uma boa evolução do período gravídico-puerperal. Além disso, o acompanhante passa segurança durante todo o processo parturitivo, o que pode diminuir as intervenções na gestação, parto e puerpério, como utilização de analgesia, ocitocina, partos cesáreos e tempo de hospitalização do binômio mãe-filho (Bruggemann, Osis, Parpinelli, 2007).

A participação do acompanhante é garantida pela Lei n.º 11.108/2005, que assegura à gestante o direito à presença de um acompanhante no parto e nascimento na rede de hospitais pertencentes ao SUS e ao setor de Saúde Suplementar (Brasil, 2005). O acompanhante deverá ser preparado para prestar o suporte emocional necessário à parturiente, acolhendo seus medos e ansiedades, comuns neste momento, dando-lhe força e estímulo nas ocasiões mais difíceis (Santos et al., 2011).

Estudo controlado randomizado desenvolvido no Irã comparou um grupo de parturientes que recebeu cuidados com apoio de acompanhante com um grupo de cuidados de rotina, sem acompanhante. O estudo revelou menor duração do

trabalho de parto, menor taxa de cesariana e maior satisfação das mulheres no grupo com acompanhante. Os autores destacam que o modelo de apoio contínuo deve ser disponível para todas as mulheres e deve ser introduzido como rotina na assistência (Kashanian, Javadi, Haghighi, 2010).

Uma revisão sistemática envolvendo 22 estudos, com 15.288 parturientes, observou que as mulheres que receberam apoio de acompanhante tiveram trabalho de parto em tempo menor, eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo, tiveram menor tendência à analgesia intraparto, menos neonatos com índice de Apgar baixo (escore inferior a sete) no quinto minuto de vida e menos relato de insatisfação com a experiência de parto. No geral, o apoio contínuo intraparto associou-se a maiores benefícios quando a pessoa apoiadora não era membro da equipe do hospital, quando o apoio teve início precocemente no parto e quando foi realizado em locais em que a analgesia epidural não estava rotineiramente disponível. Os autores concluem que o apoio contínuo de um acompanhante tem benefícios clinicamente significativos e recomendam que todas as mulheres deveriam receber esse suporte durante o trabalho de parto e nascimento (Hodnett et al., 2013).

Portanto, os estudos geram as evidências de que o apoio contínuo do acompanhante às mulheres durante o parto pode melhorar os resultados maternos e neonatais, bem como a experiência de parto.

1.4.2 Realização de amniotomia de rotina durante o trabalho de parto

A rotura artificial das membranas amnióticas durante o parto, também chamada de amniotomia, é um dos procedimentos mais realizados como prática na obstetrícia moderna. O principal objetivo da amniotomia é acelerar as contrações uterinas e, portanto, reduzir a duração do trabalho de parto. No entanto, existem preocupações relacionadas aos efeitos adversos deste procedimento sobre a mulher e o conceito (Wolomly, Tozin, 2009; Smyth, Alldred, Markham, 2013).

A amniotomia é uma técnica antiga na área da obstetrícia. Teoricamente, provoca um aumento na produção local de prostaglandinas, favorecendo o início do trabalho de parto. Deve-se ter cuidado na realização para não causar danos fetais e maternos, certificando-se de que o polo fetal esteja apoiado sobre a bacia, para evitar a temida e grave ocorrência do prolapso de cordão umbilical. Seus principais

efeitos adversos são o aumento do risco de infecção amniótica e risco de acidente de cordão. Quando realizada de rotina e precoce na primeira fase do parto, é classificada pelo MS como “prática no parto normal frequentemente utilizada de modo inadequado” (Brasil, 2001).

Cohain (2013) descreve que a bolsa e o líquido amniótico apresentam uma ação antibacteriana, protegendo o feto contra infecções e pressões sobre o cordão umbilical. Apesar dos riscos conhecidos e da falta de evidência que sustente esta prática, ela ainda acontece rotineiramente na assistência obstétrica. O autor apontou em seu estudo uma relação causal entre a amniotomia e o prolapso do cordão umbilical, resultando, ocasionalmente, em morte fetal. Destaca que um evento potencialmente catastrófico, como o prolapso do cordão, pode servir para alertar quanto à virtude de evitar intervenções desnecessárias.

Segundo Zugaib (2012), na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, não se preconiza a amniotomia como rotina em trabalhos de parto com evolução normal. Esse procedimento é reservado a casos que cursam com distócias ou quando a dilatação cervical situa-se entre seis e oito centímetros, sem malefícios para o conceito e com benefícios à evolução do trabalho de parto. [...] cuidado adicional deve ser tomado quando houver polidrâmnio ou quando a apresentação fetal encontrar-se alta, situações em que o risco de prolapso de cordão é considerável.

A amniotomia de rotina parece estar associada a riscos e benefícios. Em metanálise de nove ensaios clínicos, a rotura precoce das membranas foi capaz de reduzir a duração do trabalho de parto entre 60 e 120 minutos e também a necessidade de infusão de ocitocina. No entanto, houve tendência de aumento do número de cesarianas, tendo sido notado em um dos estudos associação deste evento com presença de sofrimento fetal (Fraser et al., 2007).

Abdullah, Saboohi e Hashami (2010) conduziram um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) envolvendo parturientes primigestas, de gestação a termo, no Paquistão, com objetivo de avaliar os efeitos da amniotomia eletiva sobre a duração do trabalho de parto, tipo de parto, bem como nos resultados neonatais, comparando com a ruptura espontânea das membranas amnióticas. Os resultados mostraram que a amniotomia diminuiu significativamente a duração do trabalho de parto. Não encontraram diferença significativa nos tipos de partos e nos desfechos neonatais, entre as participantes do estudo.

Os pesquisadores relatam que, nos países desenvolvidos, muitos estudos não recomendam amniotomia para acelerar o trabalho de parto, mas, em países em desenvolvimento, como é o caso do Paquistão, esta prática parece ser justificada. Nos hospitais públicos, há muitas parturientes na sala de parto com poucos enfermeiros, médicos e parteiras. Isso cria dificuldade para os profissionais desenvolverem uma atenção apropriada a cada mulher. Justificam que, nessas circunstâncias, a amniotomia tem certas vantagens, como, por exemplo: acelerar o trabalho de parto e facilitar a avaliação do aspecto do líquido amniótico, que ajuda decidir o tipo de parto e preparação para a ressuscitação neonatal (Abdullah, Saboohi, Hashami, 2010).

Nessa perspectiva de elucidar os resultados maternos e neonatais advindos dessa prática, a última revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, atualizada em 2013, com o objetivo de avaliar a efetividade e segurança da amniotomia utilizada isoladamente para acelerar o trabalho de parto, identificou 15 estudos envolvendo 5.583 mulheres. Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes em relação à duração do trabalho de parto; ocorrência de cesarianas; satisfação materna com a experiência do parto e escores de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida. Não houve consenso em termos de dilatação cervical entre os documentos analisados quanto ao momento da amniotomia durante o trabalho parto. Os revisores concluíram que a amniotomia de rotina não deve ser recomendada na assistência ao parto e que a evidência disponível deve ser discutida com as mulheres antes da decisão de realizar esse procedimento (Smyth, Alldred, Markham, 2013).

Sob a epígrafe “manejo ativo do trabalho de parto”, é frequente em muitos protocolos de obstetrícia a infusão de ocitocina depois da amniotomia, com intuito de encurtar a duração do trabalho de parto.

ECR realizado com 214 gestantes nigerianas, de risco habitual, com objetivo de avaliar os efeitos da amniotomia precoce sobre a duração do trabalho de parto e outros resultados maternos e neonatais, revelou que a amniotomia precoce, quando comparada à conservação da integridade da membrana amniótica, reduziu a duração do trabalho de parto e a necessidade de aumento da ocitocina entre as mulheres. Também não teve efeito negativo sobre a taxa de cesariana e os resultados neonatais. Os autores destacam que seu uso rotineiro no manejo do trabalho de parto sem complicações pode reduzir o tempo e seus efeitos associados

à saúde materna e neonatal (Livinus et al., 2015).

A revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que incluiu 14 ensaios randomizados (8.033 mulheres), pesquisou se a amniotomia e a administração de ocitocina precoce previnem ou tratam o primeiro período prolongado do trabalho de parto. A revisão sintetizou que a intervenção precoce com amniotomia e ocitocina foi associada a uma modesta redução na ocorrência de nascimentos por cesarianas e uma menor duração do trabalho de parto. Os revisores não encontraram outros efeitos significativos para os outros indicadores de morbidade materna ou neonatal e concluíram que a intervenção precoce com a amniotomia e ocitocina, quando aplicada preventivamente em mulheres com atraso na progressão do trabalho de parto, parece estar associada à redução modesta na taxa de cesariana comparada ao tratamento convencional (Wei et al., 2013).

1.4.3 Posição da parturiente durante o parto

A OMS, no seu guia prático de assistência ao parto normal, recomenda que, tanto no primeiro quanto no segundo período do parto, as mulheres devem adotar a posição que melhor lhes agrada, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Devem ser estimuladas a experimentar aquilo que for mais confortável e, para isso, os profissionais necessitam ser treinados no manejo do parto em posições diferentes da supina (OMS, 1996).

Silva et al. (2013), em um estudo desenvolvido em uma Casa de Parto de São Paulo, que envolveu 1.079 partos, revelaram que a maioria das mulheres (82,3%) pariu na posição semissentada, 16% na posição lateralizada e 1,7% em outras posições verticalizadas.

Estudo realizado em uma maternidade pública municipal do Rio de Janeiro, com 1.715 partos assistidos por enfermeiras obstétricas, quantificou que as posições verticais foram adotadas em 50,6% deles. Os dados revelaram que essa posição resultou em menor índice de episiotomia; as lacerações perineais, quando ocorreram, foram em sua maioria de primeiro grau e o escore de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida foi sempre superior a sete. O estudo evidenciou que a enfermeira opta por uma atitude menos intervencionista, que protege a integridade da mulher (Mouta et al., 2008).

Revisão de literatura que incluiu 40 estudos, sobre os benefícios das posições

de parto adotadas pelas mulheres, sintetizou que há benefícios físicos e psicológicos para as mulheres quando elas são capazes de adotar posições fisiológicas em trabalho de parto e parto na posição vertical de sua escolha. As mulheres que utilizam essas posições apresentam duração menor do trabalho de parto, experimentam menos intervenção e relatam menos dor severa e maior satisfação com a sua experiência de parto do que aquelas em uma posição semissentada ou litotômica. A revisão aponta o aumento da perda de sangue durante a dequitação como a única desvantagem identificada (Priddis, Dahlen, Schmied, 2012).

Uma revisão sistemática com objetivo de analisar a utilização de diferentes posições da parturiente no período expulsivo, envolvendo 22 estudos com 7.280 mulheres, revelou vários benefícios possíveis para a posição verticalizada em partos sem anestesia peridural. O estudo destaca como benefícios uma redução significativa nos partos assistidos; menor taxa de episiotomia e alerta para a possibilidade de risco de perda sanguínea no uso dessas posições (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012).

1.4.4 Uso de infusão intravenosa de ocitocina no trabalho de parto

A ocitocina é um hormônio neuropeptídico sintetizado no hipotálamo, com funções importantes na estimulação da contratilidade uterina durante o parto e a ejeção do leite durante a lactação (Hertog, Groot, Dongen, 2001). A apresentação sintética é utilizada com muita frequência no trabalho de parto (Smith, Merrill, 2006), proporcionando alterações importantes na dinâmica uterina, aumentando sua frequência e intensidade. Consequentemente provoca modificações no transcurso fisiológico do trabalho de parto, com repercussões e sensações dolorosas desagradáveis para a parturiente.

Segundo o MS, a parturiente que utiliza a ocitocina pode ser acometida de taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive rotura uterina. No feto, a complicação mais frequente é o sofrimento fetal agudo, causado pela redução da perfusão sanguínea no espaço intervilo e pela taquissistolia e/ou hipertonia. Mesmo assim, ela é usada indiscriminadamente na maioria das maternidades brasileiras, sob a égide de prevenção do trabalho de parto prolongado (Brasil, 2001).

O Guia Prático da OMS (1996) menciona a utilização da ocitocina em três das

quatro categorias abordadas, conforme as situações: administração profilática no terceiro período clínico do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue (*prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*); administração em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos (*prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada*); e correção da dinâmica uterina com utilização de ocitocina (*prática frequentemente utilizada de modo inadequado*).

O estudo de Schneck et al. (2012) comparou os resultados maternos e neonatais entre 1.316 mulheres de baixo risco atendidas em CPN peri-hospitalar e hospital. Os autores verificaram que a utilização da ocitocina no trabalho de parto foi mais frequente entre as mulheres assistidas no hospital (47,2% contra 23,6%). Silva et al. (2013), analisando as práticas na assistência obstétrica e neonatal em um CPN extra-hospitalar, mencionaram que um terço das mulheres recebeu ocitocina intravenosa para condução do trabalho de parto e um quarto delas no período expulsivo.

Leal et al. (2014), no estudo nacional, já citado anteriormente, encontraram uma taxa de 36,4% de uso de ocitocina em mulheres de risco obstétrico habitual, sendo mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade.

Uma revisão sistemática, envolvendo oito estudos com 1.338 mulheres de baixo risco, em trabalho de parto espontâneo a termo, foi desenvolvida para analisar se o uso de ocitocina, para o tratamento de progresso lento do primeiro período clínico do parto espontâneo estava associado à redução na taxa de cesariana e morbidade materna e fetal, em comparação com situações em que não era usada ou quando a sua administração era tardia. Não houve diferença estatística no número de cesarianas e tampouco nos resultados maternos e neonatais adversos. Os revisores observaram que o emprego precoce da droga resultou em aumento na hiperestimulação uterina, associado a alterações cardíacas fetais e abreviação do trabalho de parto em cerca de duas horas (Bugg, Siddiqui, Thornton, 2013).

Outra revisão sistemática com quatro estudos e 644 mulheres foi realizada para comparar a dose inicial baixa *versus* o aumento da dose de ocitocina no trabalho de parto de evolução lenta; avaliar o efeito nos desfechos maternos e neonatais, bem como as experiências das mulheres no parto. Os resultados

apontaram que maior dosagem do medicamento foi associada à redução significativa no tempo de trabalho de parto ($\pm 3,5$ horas); diminuição na taxa de cesariana e aumento na taxa de parto vaginal. Os autores concluíram que não há evidências científicas suficientes para recomendar utilização de altas doses de ocitocina para as mulheres com progressão lenta do trabalho de parto. Mais pesquisas devem ser feitas nesse sentido, incluindo os resultados maternos e neonatais, bem como os efeitos sobre as mulheres (Kenyon et al., 2013).

Portanto, não está claro, com base nos dados disponíveis, que o uso de ocitocina, sob a égide de manejo ativo do trabalho de parto, ofereça benefícios para mulheres e neonatos. Assim, não há indícios de que a prevenção do trabalho de parto prolongado por meio do uso liberal da ocitocina no parto normal seja benéfica.

1.4.5 Puxo dirigido durante o parto (manobra de Valsalva)

A prática de estimular puxos prolongados e dirigidos durante o segundo período clínico do parto é amplamente advogada em muitas maternidades, sendo classificada pela OMS como uma das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. A abordagem fisiológica é esperar até que a própria mulher sinta a necessidade dos puxos espontâneos (OMS, 1996).

Os puxos, quanto à forma, podem ser espontâneos ou dirigidos. Os primeiros referem-se ao puxo quando a mulher sente necessidade de fazê-lo associado às contrações entre três a cinco puxos expiratórios curtos, com duração não superior a seis segundos e com a glote aberta. O puxo dirigido é estimulado independentemente da vontade de puxar. A mulher é solicitada a inspirar profundamente no início da contração e a utilizar a apneia expiratória durante um período de 10 a 30 segundos, associada ao esforço com contração abdominal e diafragmática (com a glote fechada) numa frequência de três a quatro puxos em cada contração (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010; Barasinski et al., 2016).

Segundo Barasinski et al. (2016), o puxo dirigido, também chamado de "manobra de Valsalva", é amplamente utilizado nos países ocidentais, mas a origem desta prática obstétrica é obscura e provavelmente foi desenvolvida com a disseminação dos partos fórceps, mas sem dados científicos convincentes para apoiá-lo. De acordo com o MS, embora sem registros oficiais, ainda é uma prática muito comum na assistência à mulher no trabalho de parto. O MS ressalta a

necessidade de uma análise crítica das evidências disponíveis para se determinar os seus benefícios, assim como os riscos associados à sua utilização (Brasil, 2016).

Foram encontradas quatro revisões sistemáticas a respeito de puxo, sendo uma delas com metanálise. A primeira delas incluiu 17 ECRs, com objetivo de identificar as evidências sobre os benefícios do controle ativo do puxo no período expulsivo em comparação com a conduta expectante. Verificou que o puxo dirigido reduz sua duração, mas pode ter efeitos prejudiciais na oxigenação materno-fetal e na integridade do assoalho pélvico, com o aparecimento de incontinência urinária e fecal. O puxo espontâneo foi relacionado a melhor escore de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, menor fadiga materna, maior proteção do assoalho pélvico, menor taxa de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos e aumento da satisfação materna. Os revisores concluíram que o puxo dirigido é uma prática obstétrica que afeta a maioria das mulheres em trabalho de parto, não sendo identificados benefícios materno-fetais para a sua execução. Os puxos espontâneos e livres são a melhor conduta, facilitando, junto com o uso de posturas maternas a, descida fetal passiva (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010).

A segunda revisão sistemática a respeito de puxo incluiu 55 artigos e foi desenvolvida no Reino Unido. A síntese revelou que o puxo dirigido aumenta a probabilidade de trauma perineal, taxa de parto operatório, disfunção do assoalho pélvico em longo prazo, comprometimento da oxigenação materno-fetal, a fadiga materna e o sofrimento fetal agudo. O puxo espontâneo diminui a probabilidade de parto instrumentado, trauma perineal, episiotomia e apresenta melhores resultados neonatais. O revisor conclui que não se deve dirigir o puxo, por causar prejuízos materno-fetais. Estratégias como a alternância de posição ou períodos de descanso são fundamentais como forma de incentivar a parturiente ao puxo espontâneo, ouvindo o seu corpo. A evidência sugere que o puxo espontâneo deva ser incentivado, melhorando os resultados maternos e fetais (Cooke, 2010).

A terceira revisão foi desenvolvida na Holanda, com metanálise, e incluiu três ECRs com 425 nulíparas. O puxo dirigido foi associado a menor duração do segundo período do trabalho de parto, aumento do número de partos instrumentalizados, mais efeitos negativos na função do assoalho pélvico no pós-parto. Não houve diferenças significativas no que diz respeito à necessidade de reanimação e admissão neonatais em unidades de cuidados intensivos. Os revisores concluem que, apesar de o puxo dirigido estar associado a períodos expulsivos mais

curtos, a sua relevância clínica ainda é incerta. As evidências presentes neste estudo não apoiam o uso rotineiro de puxo dirigido, sendo que a melhor prática visa à promoção do puxo espontâneo e a liberdade da mulher na tomada de decisão (Prins et al., 2011)

A última revisão foi desenvolvida no Brasil, incluindo 20 estudos, com 3.684 mulheres, e teve como objetivo avaliar os possíveis benefícios e desvantagens dos puxos (espontâneo *versus* dirigido e tardio *versus* precoce) sobre os desfechos materno-fetais. Os resultados mostraram que, na primeira comparação, não foram encontradas diferenças na duração do segundo período do parto, nas taxas de lacerações perineais e de episiotomia, no escore de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida e internações em unidades de cuidados intensivos. Na segunda comparação, o puxo tardio foi associado ao aumento de 54 minutos na duração do período expulsivo, aumento da taxa de parto vaginal espontâneo, maior incidência de pH baixo no sangue do cordão umbilical e aumento do custo de atendimento intraparto. Não houve diferença nas taxas de laceração perineal, episiotomia, internações em unidades de cuidados intensivos e índices de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida. Com base nos resultados encontrados, os revisores concluem que não há evidência conclusiva para apoiar um tipo específico do puxo, como rotina, na prática clínica. A preferência e o conforto da parturiente e situações clínicas devem orientar as decisões (Lemos et al., 2015).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que não se deve solicitar à gestante que promova puxos voluntários durante o segundo período do trabalho de parto e sim apoiar a realização de puxos espontâneos. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento (Brasil, 2016).

1.4.6 Pressão no fundo uterino durante o parto (manobra de Kristeller)

A pressão no fundo uterino envolve a aplicação manual de pressão sobre a parte superior do útero dirigida para o canal de parto, com intenção de reduzir o segundo período do parto.

A OMS classifica essa manobra como uma das práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e indica

que esta deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Destaca que, em muitos países, é comum a prática de fazer pressão no fundo do útero durante o período expulsivo, com a intenção de acelerar o nascimento. Às vezes, isso é feito pouco antes do desprendimento fetal ou desde o início do segundo período. Além do aspecto do maior desconforto materno, suspeita-se que esta prática possa ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, mas não existem dados de pesquisa sobre esse assunto. Refere que o método é usado com certa frequência, sem que existam evidências de sua utilidade (OMS, 1996).

Uma revisão sistemática, com 500 mulheres, que teve como objetivo investigar os efeitos da pressão no fundo uterino no período expulsivo, revelou que não há nenhuma evidência disponível que permita concluir sobre os efeitos benéficos ou nocivos dessa manobra (Verheijen, Raven, Hofmeyr, 2009).

Também Moiety e Azzam (2014) estudaram 8.097 mulheres egípcias submetidas ao parto normal, com objetivo de verificar os efeitos da manobra de Kristeller. Os autores constataram que a duração do segundo período diminuiu significativamente, houve aumento importante para o risco de lacerações perineais graves, de ruptura uterina, de distocias do ombro fetal, de dispareunia e incontinência urinária com seis meses e um ano após o parto. Quanto ao RN, também houve aumento do risco de índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto de vida, de sequelas fetais como hipoperfusão, edema, paralisia cerebral e, consequentemente, deficiência mental.

Diante da falta de evidências científicas que respaldem a realização desta intervenção, a plenária do Conselho Federal de Enfermagem homologou em janeiro de 2017 a Decisão 95/2016 do Coren-RS², que proíbe a participação de profissionais de Enfermagem na realização da manobra de Kristeller.

1.5 HIPOTESE

A prática obstétrica de profissionais (enfermeiros e médicos) que participam de uma intervenção educativa pautada nas práticas baseadas em evidências científicas melhora a assistência ao parto normal.

² Conselho Federal de Enfermagem. Proíbe a participação de profissionais de Enfermagem na manobra de Kristeller [Internet]. [citado 13 jan. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-homologa-decisao-do-coren-rs-que-proibe-manobra-de-kristeller_48419.html

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ♦ Avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

2.2 ESPECÍFICOS

- ♦ Avaliar a prática corrente na assistência ao parto normal quanto à presença de acompanhantes, amniotomia de rotina no trabalho de parto, posição da parturiente no parto, uso de infusão intravenosa de ocitocina, puxo dirigido e manobra de Kristeller.
- ♦ Implementar as melhores práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, que seguiu o processo de auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007) para a implementação de evidências na prática, utilizado pelo *Instituto Joanna Briggs* (JBI) e consiste das seguintes fases:

Fase 1 - planejamento e realização da auditoria de base (pré-implementação).

Fase 2 - avaliação e discussão dos resultados da auditoria de base e intervenção educativa para implementação das melhores práticas com a equipe de auditoria.

Fase 3 – reauditoria ou auditoria pós-intervenção, na qual se mensuram os mesmos critérios da auditoria de base e tem como objetivo comparar as diferenças nos resultados entre as duas auditorias e avaliação da conformidade de cada critério que foi auditado.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), uma maternidade pública de referência no Estado do Amapá, localizada na capital Macapá. Essa instituição presta atendimentos às mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico, originárias de todo o estado, de municípios fronteiriços e da população ribeirinha do Estado do Pará. Tem como missão oferecer qualidade no atendimento especializado aos usuários do SUS, assegurando a continuidade do atendimento e proporcionando a formação técnico-profissional na área de saúde, tais como: enfermagem, nutrição, fisioterapia e especializações, nas modalidades de residência médica e de enfermagem.

O hospital é classificado como de grande porte, contando atualmente com 169 leitos ativos, distribuídos em clínicas para acompanhamento de gestantes de alto risco, unidades de terapia intensiva adulto e neonatal, enfermarias de alojamento conjunto, tratamento gineco-obstétrico e pós-operatório, centro de parto normal e unidade neonatal. A média mensal de partos em 2015 foi de 650, com

taxas de 66,5% de partos normais e 33,5% de cesarianas.

Os profissionais da unidade obstétrica, desde o ano de 2014, têm atuado de modo a proporcionar um modelo que preserva a privacidade das usuárias e garante uma assistência mais individualizada, com uma adaptação na ambiência para CPN intra-hospitalar com oito leitos, organizados no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde a mulher permanece desde a admissão até duas horas após o parto. Depois deste período, a puérpera e o recém-nascido são avaliados e, quando não apresentam nenhuma intercorrência, são encaminhados ao alojamento conjunto.

A equipe obstétrica é composta por 42 enfermeiros obstétricos e 29 médicos obstetras, incluídos residentes de ambas as categorias, além de alunos de graduação em enfermagem, medicina e outras áreas da saúde. Os cuidados prestados pela equipe na assistência à mulher no parto estão normatizados em documento escrito, denominado Procedimento Operacional Padrão (POP), que foi elaborado de acordo com as recomendações previstas em protocolos da OMS e MS.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por profissionais da equipe de saúde do HMML e puérperas, além de prontuários médicos das mulheres atendidas por essa instituição.

A amostra de profissionais englobou todos os enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e residentes de ambas as categorias que atuam na assistência ao parto normal e que aceitaram participar do estudo. Um total de 71 profissionais foi identificado na população, porém, ao aplicarem-se os critérios de inclusão, foram elegíveis 52. Desses, dez profissionais não foram encontrados ou não concordaram em participar do estudo, restando uma amostra final de 42 participantes para a pré-auditoria de base (fase 1), sendo 25 enfermeiros e 17 médicos. Participaram da intervenção educativa (fase 2) 32 desses profissionais (20 enfermeiros e 12 médicos), sendo que os mesmos compuseram a amostra da auditoria pós-intervenção (fase 3).

O tamanho da amostra de puérperas foi definido utilizando-se um teste de prevalência para estudos tipo antes e depois e levando-se em consideração a taxa do uso de ocitocina na região Norte do Brasil de 22,8%, encontrada no estudo de Leal et al. (2014). Considerou-se ainda um estimador de redução desta taxa para

menos de 15%. Assim, a amostra foi constituída por 280 puérperas, sendo 140 delas antes da intervenção e outras 140 depois da intervenção.

A amostra de prontuários na auditoria de base foi selecionada a partir de todas as altas das puérperas no mês de julho de 2015. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HMML contabilizou e disponibilizou um total de 424 prontuários, e, após serem submetidos aos critérios de inclusão, foram selecionados 291 para compor a amostra. Na auditoria pós-intervenção, a amostra de prontuários foi selecionada a partir das altas ocorridas entre a segunda quinzena de fevereiro e a primeira quinzena de março de 2016. A justificativa para esta decisão de trabalhar partes de dois meses foi em razão de uma greve dos profissionais de saúde, ocorrida entre 1º e 18 de fevereiro daquele ano. Deste modo, houve preocupação com a possibilidade de vieses devido a uma possível falta de registro nesses prontuários. Nestes períodos citados, o SAME disponibilizou 440 prontuários, e, ao serem submetidos aos critérios de inclusão, foram selecionados 264.

3.3.1. Critérios de inclusão

3.3.1.1 Profissionais do serviço

- Ser enfermeiro obstétrico, médico obstetra, residente de enfermagem ou de medicina que estejam atuando na assistência ao parto normal no HMML.

3.3.1.2 Usuárias do serviço e prontuários

- Mulher ter sido admitida na fase ativa ou em pródromos de trabalho de parto e com até oito centímetros de cérvico-dilatação;
- Ter tido gestação de risco habitual e parto normal atual;
- Não ter apresentado intercorrências obstétricas durante o trabalho de parto (síndromes hipertensivas, diabetes mellitus, apresentação fetal anômala, gemelaridade e descolamento prematuro de placenta);
- Não ser indígena;
- Não ser portadora de necessidades especiais.

3.4 FASES DO ESTUDO

Como referido anteriormente, este estudo foi desenvolvido em três fases, descritas a seguir.

3.4.1 Fase 1: Critérios, identificação das práticas utilizadas no parto normal e avaliação dos desfechos (auditoria de base)

As estatísticas sobre as práticas utilizadas pelos profissionais na assistência ao parto e suas morbidades não são usualmente conhecidas no serviço. Embora, no local do estudo, exista a orientação para adotar as melhores práticas recomendadas pela OMS e MS, nem sempre os protocolos estão implantados na prática ou são seguidos por todos os profissionais. Nesse sentido, a avaliação preliminar dessas práticas foi uma etapa indispensável para a condução desta pesquisa.

A identificação das práticas utilizadas na assistência ao parto normal e a avaliação dos desfechos maternos foram realizadas através de: a) entrevista das puérperas, durante a internação no alojamento conjunto utilizando um formulário (APÊNDICE A); b) registros nos prontuários das puérperas (APÊNDICE B); c) questionários respondidos pelos profissionais do serviço envolvidos no estudo (APÊNDICE C). Esse processo de coleta de dados para identificação das práticas na auditoria de base ocorreu entre o início de agosto e o final de setembro de 2015.

Para facilitar o desenvolvimento do estudo, utilizou-se a estratégia de trabalhar com uma equipe de auditoria, envolvendo pessoas ligadas ao processo gerencial e assistencial, os “profissionais-chave”. Essa equipe foi composta pela diretora geral do HMML; diretores técnico e clínico; coordenadores de ginecologia e obstetrícia; coordenadora de Enfermagem e gerente do Núcleo de Educação Permanente (NEP).

3.4.1.1 Critérios de auditoria

Os critérios de auditoria foram estabelecidos levando-se em consideração a experiência clínica do pesquisador adquirida nas seis práticas abordadas no estudo (presença de acompanhante, realização de amniotomia, posição da parturiente, uso de ocitocina de rotina durante o trabalho de parto; puxos dirigidos e manobra de

pressão no fundo uterino, no parto) e alguns desfechos maternos, que podem indicar a utilização das melhores evidências científicas no serviço. Esses critérios são:

- Aumento da taxa de parto normal;
- Aumento do número de acompanhantes de escolha da mulher;
- Redução da taxa de amniotomia;
- Aumento da frequência da posição de parto de escolha da mulher;
- Redução da taxa de uso da posição litotômica;
- Aumento da taxa de uso das posições de parto verticalizadas;
- Redução da taxa de uso de ocitocina;
- Redução da taxa de puxo dirigido (manobra de Valsalva)
- Abolição da manobra de Kristeller.

3.4.2 Fase 2: Implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal (intervenção educativa)

Com a finalidade de implementar as melhores práticas, foi planejada e realizada uma intervenção denominada “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal”, ocorrido em 20 de outubro de 2015, no auditório do Hospital São Camilo, exclusivamente para os profissionais que participaram da auditoria de base. O evento foi divulgado pelo pesquisador durante as entrevistas com os profissionais e por convite individualizado emitido pelo NEP/HMML. Foi desenvolvido no turno matutino e repetido no vespertino, com a intenção de oportunizar expressivamente a participação dos profissionais.

No que tange à dinâmica de condução do seminário, iniciou-se com a apresentação pela diretora geral do HMML da avaliação preliminar dos desfechos e dos resultados encontrados na fase 1 (auditoria de base). As seis práticas (presença de acompanhante, realização de amniotomia, posição da parturiente no período expulsivo, uso de ocitocina de rotina durante o trabalho de parto, puxos dirigidos e manobra de pressão no fundo uterino no parto) objetos deste estudo foram expostas pelo pesquisador e pelo diretor de obstetrícia e discutidas, à luz das evidências científicas, com os participantes. Foi confeccionado e disponibilizado, durante o seminário, na forma de pasta, para os participantes um material de leitura pautado em estudos científicos atuais e de alto nível, tais como, ensaios clínicos

aleatorizados e revisões sistemáticas, além de terem sido emitidos certificados de participação.

Apesar do empenho do pesquisador e demais membros da equipe de auditoria na divulgação do seminário, dos 42 participantes da auditoria de base, apenas 18 profissionais (11 enfermeiros e 7 médicos) compareceram à intervenção educativa. O pesquisador, em comum acordo com os demais membros da equipe de auditoria e a orientadora da pesquisa, decidiu por outra estratégia para abranger um número mais expressivo desses profissionais, que foi a confecção de dois *banners*, contendo sínteses das práticas abordadas no referido seminário, e a abordagem dos profissionais faltantes no próprio ambiente de trabalho.

Assim, no período compreendido entre o final de outubro e durante todo o mês de novembro, os profissionais que não participaram do seminário foram abordados no hospital, durante a sua jornada de trabalho, e convidados a participarem de sessões de apresentação e discussão dessas práticas. Dessa forma, mais 14 profissionais (nove enfermeiros e cinco médicos) foram envolvidos pela intervenção educativa, consolidando um total de 32 participantes (20 enfermeiros e 12 médicos).

3.4.2.1 Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal (APÊNDICE D)

As práticas abordadas no seminário relacionaram-se a:

- Benefícios da presença de acompanhantes, de escolha da parturiente, no parto normal;
- Danos produzidos pela amniotomia de rotina no trabalho de parto;
- Vantagens das posições verticalizadas e da liberdade de escolha da mulher e prejuízos da posição litotômica no período expulsivo;
- Vantagens da restrição do uso da infusão de ocitocina na condução do parto fisiológico e iatrogenias pelo uso irrestrito; e
- Danos produzidos pelas manobras de Kristeller e de Valsalva.

3.4.3 Fase 3: Auditoria pós-intervenção

Esta fase ocorreu com 60 dias após as intervenções educativas e

permaneceu do final de janeiro a meados de março de 2016. Assim, como na fase 1 (auditoria de base), foram entrevistadas 140 puérperas assistidas no trabalho de parto normal, que se encontravam entre 1-2 dias de internação nas enfermarias de alojamento conjunto. Foram entrevistados também os 32 profissionais do HMML que participaram da intervenção educativa. As fontes de informações sobre a assistência ao parto e as seis práticas, objeto deste estudo, que os profissionais utilizam foram obtidas por meio dos registros em 264 prontuários. Convém comentar que são amostras independentes da primeira fase, porém com a mesma definição amostral, os mesmos critérios de inclusão e instrumento de coleta dos dados.

A finalidade desta fase foi identificar a aplicação das boas práticas discutidas na intervenção educativa e comparar com os resultados encontrados na auditoria de base, bem como avaliar o impacto dessa intervenção na implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador, segundo as fases do estudo já descritas anteriormente. As fases do estudo foram realizadas com amostras independentes de mulheres e de prontuários, ou seja, uma amostra diferente de mulheres e de prontuários compuseram as fases 1 e 3.

As Figuras 1 e 2, a seguir, mostram o fluxo de coleta de dados, considerando as três fases do estudo.

Figura 1 - Fluxo de coleta de dados das puérperas, considerando as fases do estudo.

Figura 2 - Fluxo de coleta de dados dos profissionais, considerando as fases do estudo.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.6.1 Variáveis sociodemográficas

- Idade das puérperas: analisada em anos completos e categorizada nas seguintes faixas etárias: < 20 anos; 20 – 30 anos e ≥ 30 anos;
- Parto anterior: analisada de acordo com o registro, em prontuário, de paridade anterior. Categorizada como nenhum; um; ou ≥ dois partos;
- Formação profissional: categorizada como enfermeiro obstétrico; médico obstetra; enfermeiro residente em obstetrícia; médico residente em ginecologia e obstetrícia;
- Tempo de serviço do profissional: analisada em anos completos de atuação na área e categorizada em < 5 anos; 5 – 10 anos e ≥ 10 anos.

3.6.2 Variável independente

A variável independente foi considerada a intervenção educativa (seminário e apresentação e discussão com *banners*) desenvolvida para a implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal.

3.6.3 Variáveis dependentes

Como variáveis dependentes, foram considerados os desfechos maternos e as práticas avaliadas na fase 3 (pós-intervenção), descritas a seguir:

3.6.3.1 Práticas e desfechos nas entrevistas com puérperas:

- Presença de acompanhante: analisada a presença de um acompanhante de escolha da mulher e categorizada em: sim; não; com acompanhante, mas não de sua escolha;
- Realização de amniotomia: analisada pelo relato da mulher, de rompimento artificial da bolsa amniótica durante o trabalho de parto. Categorizada em: sim; não;
- Escolha da posição de parto: analisada se a mulher teve oportunidade de

- escolher a posição adotada no período expulsivo. Categorizada em: sim; não;
- Posição de parto: analisada a posição adotada pela mulher no período expulsivo. Categorizada em: litotômica; vertical/cócoras; lateral e quatro apoios;
 - Uso de ocitocina: analisada pelo uso de infusão intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto. Categorizada em: sim; não;
 - Incentivo a puxo dirigido: analisada pelas respostas das mulheres quanto à orientação/incentivo a esta prática; Categorizada em: sim; não;
 - Manobra de Kristeller: analisada pelo relato de compressão abdominal da mulher durante o parto. Categorizada em: sim; não.

3.6.3.2 Práticas e desfechos nas entrevistas com profissionais:

- Presença de acompanhante: analisada pelas respostas dos profissionais de possibilitar a presença de acompanhante no cenário do parto. Categorizada em: sempre; na maioria das vezes; raramente e nunca;
- Realização de amniotomia: analisada pelas respostas dos profissionais quanto à realização do procedimento. Categorizada em: sempre; na maioria das vezes; raramente e nunca;
- Escolha da posição de parto: analisada pelas respostas dos profissionais em possibilitar a escolha da posição de parto pela mulher. Categorizadas em: sempre; na maioria das vezes; raramente; nunca;
- Posição de parto: analisada pelas respostas dos profissionais quanto a orientações às mulheres das posições litotômica, lateral e vertical. Categorizadas em: sempre; na maioria das vezes; raramente; nunca;
- Prescrição/orientação de ocitocina: analisadas as respostas quanto às condutas de prescrição e administração de ocitocina pelos profissionais. Categorizadas em: sempre; na maioria das vezes; raramente; nunca;
- Incentivo a puxo dirigido: analisada pelas respostas dos profissionais quanto à orientação/incentivo a esta prática; Categorizada em: sempre; na maioria das vezes; raramente; nunca;
- Manobra de Kristeller: analisada pela menção dos profissionais quanto à realização/incentivo a esta manobra. Categorizada em: sempre; na maioria

das vezes; raramente; nunca.

Embora a proposta inicial fosse classificar as práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais, em quatro alternativas para facilitar a análise estatística, optou-se por agrupá-las em apenas duas categorias: “sempre ou na maioria das vezes” e “raramente ou nunca”.

3.6.3.3 Práticas e desfechos observados nos prontuários:

- Presença de acompanhante: analisada através do registro desta prática no prontuário das mulheres. Categorizada em: sim; não; sem registro;
- Realização de amniotomia: analisada através do registro desta prática no prontuário das mulheres. Categorizada em: sim; não; sem registro;
- Posição de parto: analisada através do registro nos prontuários de uso das posições litotômica; vertical/cócoras; lateral; quatro apoios;
- Prescrição de ocitocina: analisada através do registro da prescrição desta medicação no prontuário das mulheres;
- Administração de ocitocina: analisada através do registro em prontuário da administração desta medicação;
- Puxo dirigido: analisada através do registro desta prática no prontuário das mulheres. Categorizada em: sim; não; sem registro;
- Manobra de Kristeller: analisada através do registro desta prática no prontuário das mulheres. Categorizada em: sim; não; sem registro.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no aplicativo *Excel*, constituindo o banco de dados de cada etapa do estudo. Para a análise descritiva, foram calculadas a frequência absoluta e relativa das variáveis qualitativas e as medidas de posição e dispersão das variáveis quantitativas.

A análise inferencial foi feita mediante comparação entre os resultados da fase 1 e da fase 3 (antes e depois da intervenção educativa). Para as variáveis qualitativas (comparação entre proporções), foi utilizado na amostra de puérperas o teste Qui-quadrado e, para os prontuários, o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher,

quando as frequências esperadas foram inferiores a 5. Nas amostras de profissionais, que envolveram variáveis categóricas, foi utilizada a metodologia de Modelos Lineares Generalizados para medidas repetidas, pelo teste Generalized Estimating Equations (GEE) ou Modelo de Equações de Estimações Generalizadas (Guimarães, Hirakata, 2012).

A análise do desfecho aumento da taxa de parto normal nos dois períodos de cinco meses, antes e depois da intervenção, foi realizada pela razão entre a frequência de partos normais após a intervenção educativa (expostas) e a frequência de partos normais antes da intervenção educativa (não expostas). Foram coletados todos os partos normais ocorridos nos dois períodos, citados anteriormente, então trata-se de população e o aumento é exatamente o observado.

A análise estatística foi realizada pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Foram considerados estatisticamente significantes os valores de p menores que 0,05.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi 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 (ANEXO 1). Também foi autorizado pela direção clínica do HMML (ANEXO 2). Em todas as fases do estudo, a participação dos profissionais e das usuárias do serviço foi voluntária, após a leitura, esclarecimentos 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 n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto pode ser considerado uma estratégia metodológica que auxilia o pesquisador a planejar a pesquisa em relação às demandas do campo, a validar as técnicas e instrumentos de coleta de dados, a definir a amostra e a refinar as intervenções propostas e as variáveis.

Nesse sentido, em 2014, foi realizado um estudo piloto no Centro de Parto Normal do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), em Itapequerica da Serra, São Paulo. A finalidade foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa na implementação das melhores práticas na assistência ao parto normal e reparo do trauma perineal (Côrtes et al., 2015).

O CPN do PSMMZED é intra-hospitalar, atende parturientes de risco habitual e está organizado no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Os enfermeiros obstétricos realizam todos os partos normais sem distocia. Os médicos obstetras são responsáveis por internar as parturientes, assistir os partos operatórios e distócicos e avaliar as intercorrências. Os profissionais são orientados a seguir as recomendações da OMS e do MS, concernentes à utilização das melhores práticas na assistência ao parto normal.

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

A coleta de dados foi realizada em três fases, utilizando-se de uma metodologia aproximada da proposta do PACES/JBI para implementação de evidências científicas na prática clínica, no período de agosto a novembro de 2014.

Na fase 1 (auditoria de base), foram realizadas entrevistas com os profissionais e com 25 puérperas, 15 profissionais e coletados os dados de 51 prontuários (de puérperas não entrevistadas), com instrumentos estruturados, elaborados especificamente para o estudo, para identificação das práticas utilizadas na assistência ao parto normal, no reparo do trauma perineal e avaliação preliminar dos desfechos. As puérperas foram entrevistadas, pessoalmente, entre 1-2 dias de internação pós-parto, e por telefone, 10-12 dias e 30 dias após o parto.

A fase 2 (implementação de boas práticas) consistiu na intervenção educativa

por meio de oficina, realizada com 15 profissionais participantes. Esta oficina ocorreu em um único dia com duração de quatro horas, no auditório da prefeitura municipal, três semanas após a finalização da fase 1. Sua finalidade foi apresentar e discutir as evidências científicas e as melhores práticas em relação à promoção do parto normal disponíveis na literatura científica, com o objetivo de sensibilizar e atualizar os profissionais para a sua implementação. Foram abordadas as seguintes práticas: uso de infusão intravenosa de ocitocina; métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; escolha da posição no parto pela parturiente; posição no parto; tipo de puxo e outras relacionadas ao trauma perineal e seu reparo.

A fase 3 (auditoria pós-implementação) foi realizada 30 dias após a oficina, mediante entrevistas com 25 puérperas (diferentes daquelas entrevistadas na fase 1) e coletados os dados de 51 prontuários (de puérperas não entrevistadas), utilizando os mesmos instrumentos da fase 1. Nessa fase, as puérperas foram entrevistadas, pessoalmente, entre 1-2 dias de internação pós-parto, exclusivamente.

A análise dos dados foi realizada mediante a comparação entre os resultados das fases 1 e 3 (antes e depois da intervenção). Na amostra de puérperas e de prontuários, foi utilizado o teste exato de Fisher de modo bicaudal, considerando-se estatisticamente significantes os valores de p menores que 0,05.

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

Os resultados revelaram que, entre as 25 puérperas participantes das auditorias de base e pós-implementação, a posição de parto vertical (semisentada, sentada ou de cócoras) foi adotada pela maioria delas e a posição litotômica não foi utilizada por nenhuma parturiente após a intervenção, com diferença estatística entre as fases 1 e 3. Embora não apresentando diferença estatisticamente significativa, a deambulação, a massagem e o banho de chuveiro durante o trabalho de parto foram métodos não farmacológicos de alívio da dor mais empregados após a intervenção.

Neste estudo, encontrou-se certa dificuldade para entrevistar os profissionais, fato que corroborou para manutenção de dados coletados exclusivamente na fase de auditoria de base, não sendo, portanto, realizada a análise comparativa com a

fase de auditoria pós-intervenção. Além disso, as variáveis “administração e indicação para infusão intravenosa de ocitocina” não foram analisadas em razão da falta de registro nos prontuários das puérperas.

Considera-se que, apesar de algumas limitações concernentes à pouca participação dos profissionais médicos e à falta de registros em prontuários, o estudo piloto foi de fundamental importância para aprimorar o projeto de pesquisa, assim como capacitar o pesquisador para seguir a metodologia proposta de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal na maternidade pública de Macapá-AP.

5 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são referentes às duas fases do estudo, ou seja, a auditoria de base (fase 1) e a auditoria pós-intervenção (fase 3). Na fase 1, foram entrevistados 42 profissionais (entre enfermeiros e médicos) e 140 puérperas atendidas na maternidade do estudo, além da análise de dados de 291 prontuários. Na fase 3, participaram 32 profissionais (os mesmos da fase 1) e 140 puérperas (diferentes daquelas da fase 1), além do levantamento dos dados em 264 prontuários (distintos daqueles da fase 1).

Nesses resultados, foram considerados os critérios de auditoria previstos no protocolo de pesquisa, que definiu algumas práticas e desfechos maternos que podem representar o nível de utilização das melhores evidências no serviço. Destaca-se, entre estes desfechos maternos esperados: aumento da taxa de parto normal, do número de acompanhantes de escolha da mulher e da taxa de uso das posições verticalizadas para o parto. Além disso, redução das taxas de amniotomia, de adoção da posição litotômica, do uso de ocitocina, da taxa de puxo dirigido e abolição da manobra de Kristeller.

Para o desfecho aumento da taxa de parto normal, ressalta-se que o SAME desta maternidade registrou, nos cinco meses anteriores à intervenção educativa, a ocorrência de 3.195 partos, sendo 2.035 (63,7%) normais e 1.160 (36,3%) cesarianas, com médias mensais de 407 e 232 partos, respectivamente. Nos cinco meses subsequentes à intervenção, o SAME contabilizou 3.270 partos, sendo 2.257 (69,0%) normais e 1.013 (31,0%) cesarianas, com médias mensais de 451 e 203 partos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos partos identificados pelo SAME do HMML cinco meses antes e cinco meses depois da intervenção – Macapá, AP, 2015 – 2016

Variável	Fase 1		Fase 3	
	N	%	N	%
Tipo de parto				
Normal	2.035	63,7	2.257	69,0
Cesariana	1.160	36,3	1.013	31,0
Total	3.195	100	3.270	100

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Na análise comparativa dos períodos, houve um aumento de 8,3 pontos percentuais (p.p.) na taxa de parto normal, após a intervenção educativa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS

Figura 3 – Fluxograma das puérperas entrevistadas, Macapá-AP, 2015-2016

Fonte: pesquisador

Os dados das Tabelas 2 e 3 mostram os resultados relativos à caracterização das 280 puérperas entrevistadas, bem como das práticas avaliadas antes e depois da intervenção educativa, na auditoria de base (fase 1) e na auditoria pós-intervenção (fase 3).

A Tabela 2 aponta que a maioria das puérperas entrevistadas na fase 1 tinha entre 20 e 30 anos. Na fase 3, essa faixa etária permaneceu preponderante para metade delas. Quanto à paridade, tanto na auditoria de base como na auditoria pós-intervenção, a maior frequência encontrada foi de mulheres sem nenhum parto anterior.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas, de acordo com dados da entrevista sobre idade e paridade na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 - 2016

Variável	Puérperas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Idade (anos)	140		140	
< 20	44	31,4	43	30,7
20 30	74	52,9	70	50,0
≥ 30	22	15,7	27	19,3
Parto anterior	140		140	
Nenhum	57	40,7	59	42,1
Um	38	27,1	42	30,0
≥ Dois	45	32,2	39	27,9

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Na Tabela 3, são apresentados os resultados relacionados às práticas utilizadas durante o parto nas entrevistas com as puérperas. Comparando a auditoria de base à auditoria pós-intervenção, houve aumento significativo de 10,0 p.p. de mulheres com a presença do acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e de 31,4 p.p. da adoção de posições vertical ou cócoras no período expulsivo. Enquanto ocorreu redução significativa de 16,8 p.p. da realização da amniotomia, de 24,3 p.p. da adoção da posição litotômica no período expulsivo, de 17,1 p.p. da infusão de ocitocina intravenosa no trabalho de parto, de 29,3 p.p. da prática de puxos dirigidos durante o trabalho de parto e de 10,7 p.p. da manobra de Kristeller. Não houve diferença significativa quanto à possibilidade de escolha da posição de parto pela parturiente.

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

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

*Teste Qui-quadrado

Fonte: Banco de dados do pesquisador

5.2 CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

Figura 4 – Fluxograma dos profissionais entrevistados, Macapá-AP, 2015-2016

Fonte: pesquisador

As Tabelas 4 e 5 apresentam os resultados referentes à caracterização dos profissionais do serviço, bem como do uso das boas práticas durante o parto normal.

Metade dos 42 participantes da auditoria de base eram enfermeiros, cerca de um terço era médico e os demais eram residentes em enfermagem e medicina. Na auditoria pós-intervenção, observou-se que, dos 32 participantes, também predominaram enfermeiros, seguidos por médicos obstetras e residentes em ambas as categorias profissionais (Tabela 4).

Quanto ao tempo de serviço na área de obstetrícia, na fase 1, observou-se que o maior número de profissionais atuava há dez ou mais anos na área. Na fase 3, houve uma mudança neste perfil, com mais profissionais que atuavam há menos de cinco anos.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais, de acordo com dados da entrevista, sobre a formação e o tempo de serviço, na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 - 2016

Variável	Profissionais			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Formação profissional	42		32	
Enfermeiro ou enfermeiro obstétrico	21	50,0	17	53,1
Médico obstetra	14	33,3	8	25,0
Enfermeiro residente em obstetrícia	4	9,5	3	9,4
Médico residente em ginecologia e obstetrícia	3	7,2	4	12,5
Tempo de serviço na área (anos)	42		32	
< 5	13	30,9	13	40,6
5 ┤ 10	13	30,9	9	28,1
≥ 10	16	38,2	10	31,3

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Os dados da Tabela 5 apresentam os resultados relacionados à utilização das práticas pelos profissionais na assistência ao parto normal. Na distribuição das práticas identificadas, o instrumento de coleta de dados apresentava quatro alternativas para o uso das práticas ou variáveis investigadas: “sempre”, “na maioria das vezes”, “raramente” e “nunca”, mas, para facilitar a análise estatística, optou-se por agrupá-las em duas categorias: “sempre ou na maioria das vezes” e “raramente ou nunca”.

Quanto à participação do acompanhante no cenário do parto, nas fases 1 e 3 do estudo, praticamente todos os profissionais informaram possibilitar a presença do acompanhante de escolha da mulher sempre ou na maioria das vezes.

Em relação à amniotomia, na auditoria de base, pouco mais de um quarto dos profissionais informou realizá-la “sempre ou na maioria das vezes”. Após a intervenção educativa, houve uma redução na prática da amniotomia pelos profissionais, porém sem diferença estatística.

Houve aumento no número de profissionais que oportunizam a escolha da posição de parto pelas parturientes “sempre ou na maioria das vezes”, mas sem diferença significativa.

Na auditoria de base, a posição lateral foi mencionada como a mais recomendada “sempre ou na maioria das vezes”, seguida pelas posições litotômica e vertical. Após a intervenção educativa, houve redução na recomendação “sempre ou na maioria das vezes” da posição litotômica e um aumento na recomendação da posição lateral, mas sem diferença estatística.

Houve redução de 29,6 p.p. na recomendação “sempre ou na maioria das vezes” da prescrição ou da administração de ocitocina no trabalho de parto, com significância estatística, após a intervenção educativa.

Em relação a orientar ou incentivar puxos dirigidos à parturiente, constatou-se que, após a intervenção, houve redução de 21,0 p.p. em recomendar “sempre ou na maioria das vezes” esse procedimento, porém sem diferença estatística.

Na auditoria de base, dois (4,8%) profissionais alegaram realizar ou incentivar a manobra de Kristeller “sempre ou na maioria das vezes”. Na pós-auditoria, todos responderam usar “raramente ou nunca” este procedimento, mas esses resultados não foram estatisticamente significantes.

Tabela 5 - Distribuição das práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015 - 2016

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

*Teste GEE

Fonte: Banco de dados do pesquisador

5.3 CARACTERIZAÇÃO, PRÁTICAS E DESFECHOS IDENTIFICADOS NOS PRONTUÁRIOS DE PUÉRPERAS NÃO ENTREVISTADAS

Figura 5 – Fluxograma dos prontuários analisados, Macapá-AP, 2015-2016

Fonte: pesquisador

As Tabelas 6 e 7 mostram os resultados encontrados nos prontuários, referentes à caracterização das puérperas, bem como das práticas estudadas e registradas na auditoria de base (n=291) e na auditoria pós-intervenção (n=264).

Os dados da Tabela 6 apontam que, em ambas as fases do estudo, predominou a faixa etária entre 20 e 30 anos. No que tange à paridade, observou-se que, na auditoria de base e também na auditoria pós-intervenção, a maior frequência foi de mulheres sem parto anterior (113; 38,8% e 108; 40,9%), respectivamente.

Tabela 6 - Distribuição das puérperas, de acordo com dados dos prontuários sobre idade e paridade na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) – Macapá, AP, 2015 - 2016

Variável	Puérperas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Idade das puérperas (anos)	291		264	
< 20	88	30,2	88	33,3
20 30	150	51,6	125	47,4
≥ 30	53	18,2	51	19,3
Parto anterior	291		264	
Nenhum	113	38,8	108	40,9
Um	86	29,6	77	29,2
≥ Dois	92	31,6	79	29,9

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Os dados da Tabela 7 apresentam as práticas avaliadas na auditoria de base (fase 1) e na auditoria pós-intervenção (fase 3), por meio da análise dos prontuários. Os achados mostram que foi grande o número de informações sem registro relacionadas às variáveis estudadas.

Com relação à presença do acompanhante de escolha da parturiente, no cenário do parto, os 291 prontuários avaliados na auditoria de base apontam que houve aumento do número de mulheres que tinham acompanhantes, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Quanto às informações referentes à prática de amniotomia, houve redução significativa de 29,5 p.p. após a intervenção educativa.

No que tange às posições de partos adotadas pelas mulheres, ocorreu redução de 1,5 p.p. das participantes que adotaram a litotômica e aumento de 2,2 p.p. das posições vertical ou de cócoras, com diferença significativa. Destaca-se o baixo percentual de registro desta variável nos prontuários analisados.

Os registros nos prontuários relativos à prescrição e utilização de ocitocina intravenosa no trabalho de parto revelam que, na pré-auditoria clínica, 151 (51,9%) parturientes tiveram prescrição dessa medicação e, em quase todas (150; 51,5%), a droga foi administrada. Verificou-se que, após a intervenção, ocorreu uma redução na prática de prescrever e administrar a ocitocina, porém sem significância estatística.

A manobra de Kristeller foi a prática mais afetada, enquanto objeto de estudo, pela falta de registros nos prontuários das mulheres não entrevistadas. Na auditoria de base, foram identificados apenas dois (0,7%) prontuários com esse registro. Na auditoria após a intervenção, os números mostraram-se inalterados com dois (0,8%) registros deste procedimento.

Vale ressaltar que não foi encontrado nenhum registro nos prontuários quanto ao tipo de puxo ou orientação desta prática pelos profissionais no período expulsivo do parto.

Tabela 7 - Distribuição das práticas identificadas nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015 - 2016

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

^π Teste Fisher

[£] Teste Qui-quadrado

Fonte: Banco de dados do pesquisador

6 DISCUSSÃO

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

O modelo de assistência encontrado nos hospitais brasileiros resulta em mulheres, sobretudo aquelas de risco obstétrico habitual, sendo expostas a intervenções desnecessárias e sem qualquer evidência que as justifique (Leal et al., 2014). Assim, o protocolo desta pesquisa definiu algumas práticas e desfechos maternos que representam a utilização das melhores evidências na atenção ao parto e são recomendados pela Organização Mundial da Saúde. No serviço onde o estudo foi conduzido, tais mudanças eram fundamentais diante do quadro constatado na auditoria de base, isto é, altos índices de intervenções sem recomendação científica ou mesmo consideradas iatrogênicas.

Embora este estudo tenha resultado em melhora na prática clínica, as evidências científicas na assistência ao parto não foram totalmente implementadas, possivelmente porque este é um processo complexo e contínuo, que envolve mudanças e superação de barreiras nos âmbitos individual e institucional, como indicado por outros pesquisadores (Pearson, Jordan, Munn, 2012; Bick, Chang, 2014).

A literatura científica aponta diversos fatores que dificultam a implementação de evidências na prática clínica. No âmbito organizacional, as principais barreiras são a falta de tempo, instalações inadequadas e a falta de apoio (Shifaza, Evans, Bradley, 2014). No serviço onde esta pesquisa foi conduzida, encontrou-se sobrecarga de trabalho dos profissionais, pequeno número de leitos para a alta demanda de partos e falta de infraestrutura física. Destarte, a implementação de evidências poderia ter alcançado maior sucesso se houvesse um contexto organizacional que apoiasse a prática baseada em evidências.

No âmbito individual, as barreiras incluem falta de conhecimento sobre os métodos de pesquisa, desconhecimento dos resultados de pesquisa e atitude negativa em relação à prática baseada em evidências (Shifaza, Evans, Bradley,

2014). Soma-se a isso a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem romper com o atual paradigma de assistência ao parto (Malheiros et al., 2012), provavelmente, porque foram formados previamente às políticas de humanização e à prática baseada em evidências. Ademais, a educação médica ainda não está voltada para a formação de profissionais habilitados a prestar assistência integral, de qualidade e humanizada, visto que se inclinam para reproduzir a utilização de práticas intervencionistas (Malheiros et al., 2012; Brüggemann et al., 2014).

Bick e Chang (2014) ressaltam que a concorrência imposta por outras prioridades de saúde, a escassez de recursos, a falta de motivação para implementar e sustentar as mudanças na prática assistencial e a disseminação ineficaz dos resultados são fatores que contribuem para a retomada da prática anterior após a finalização de uma intervenção de pesquisa.

Existe um grande número de estratégias que podem contribuir para uma efetiva implementação de mudanças na prática clínica, que são baseadas em diferentes teorias sobre comportamento humano, mudança profissional e desempenho organizacional. A literatura sugere que, por meio da combinação destas diferentes abordagens, mudanças reais e sustentáveis podem ser alcançadas (Grol et al., 2013).

A seguir, a discussão dos resultados está apresentada, considerando os critérios de auditoria: aumento da taxa de parto normal; do número de acompanhantes de escolha da mulher; da taxa de uso das posições de parto verticalizadas; além da redução das taxas de amniotomia; de adoção da posição litotômica no período expulsivo; do uso intravenoso de ocitocina, dos puxos dirigidos e da abolição da manobra de Kristeller. Baseada nestes critérios, esta seção está estruturada nos seguintes itens: 6.1 Práticas e desfechos maternos identificados com as puérperas; 6.2 Práticas e desfechos maternos identificados com os profissionais e 6.3 Práticas e desfechos maternos identificados nos prontuários de puérperas não entrevistadas.

Após a intervenção educativa, houve um incremento de 8,3 p.p. na taxa de parto normal, possivelmente estimulado pela discussão acerca da implementação das práticas baseadas em evidências científicas durante o seminário. Entretanto, em razão das limitações do delineamento do estudo, não é possível afirmar que este foi o único determinante para esta mudança, uma vez que dados adicionais, tais como

a situação de risco das mulheres durante a progressão do trabalho de parto e as indicações para a realização da cesariana, não foram monitorados e analisados. De qualquer forma, notou-se que mais profissionais passaram a adotar práticas que contribuem para viabilizar o parto normal, tais como a presença de acompanhante, redução da amniotomia e da infusão de ocitocina.

6.1 PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS

A auditoria pós-intervenção revelou um aumento significativo do número de mulheres que tiveram um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. O apoio individual durante o trabalho de parto tem efeitos clínicos benéficos para a mulher e seu bebê comprovados por evidência científica, resultando em trabalho de parto mais curto, maior possibilidade de ter parto espontâneo, menor necessidade de analgesia, menos neonatos com índice de Apgar baixo no quinto minuto de vida e menos relatos de insatisfação com o parto e, portanto, deveria ser garantido para toda mulher (Hodnett et al., 2013).

No Brasil, a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no sistema de saúde público e privado, é garantida por lei há mais de dez anos, conforme a Lei Federal n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (Brasil, 2005). Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou, por meio da Resolução Normativa n.º 387, que os atendimentos obstétricos no setor privado devem cobrir despesas do acompanhante, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, independente do seguro saúde (ANS, 2015).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto também reforça a recomendação para que as mulheres tenham acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoa de fora da rede social da mulher (Brasil, 2016). E a OMS classifica esta prática como demonstradamente útil e que deve ser estimulada, uma vez que contribui para a humanização do cuidado e para a redução de intervenções obstétricas desnecessárias (OMS, 1996).

Não obstante, é importante destacar que, nos últimos anos, houve dificuldade na legitimação da garantia desse direito no Brasil, sobretudo por resistência dos

profissionais à presença do acompanhante, falta de estrutura física, recursos humanos e materiais nas instituições de saúde e falta de apoio e diretrizes institucionais para a implementação da Lei do Acompanhante (Brüggemann et al., 2014).

No local do estudo, a estrutura do antigo centro obstétrico, atual CPN, não oferecia condições físicas para instalar satisfatoriamente as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais do serviço. Somente a partir de 2014, essa estrutura sofreu mudanças para adequação da ambiência³ prevista na atual política de assistência à mulher, no componente Parto e Nascimento, da Rede Cegonha/MS.

Assim, as modificações no espaço associadas à intervenção educativa, realizada neste estudo, podem justificar o aumento do relato da presença do acompanhante de escolha da mulher no cenário do parto.

A redução da taxa de amniotomia após a intervenção foi um achado inesperado, pois, no local do estudo, esta prática tem sido realizada associada à infusão de ocitocina sob a justificativa de reduzir o tempo de permanência das mulheres no centro de parto, em razão da elevada demanda por atendimento.

A amniotomia antes da dilatação cervical completa é, frequentemente, utilizada para acelerar o trabalho de parto, no entanto, a eficácia desta intervenção ainda não foi comprovada e permanece como objeto de debate e de investigação (OMS, 1996).

Três revisões sistemáticas, sem metanálise, foram conduzidas para avaliar a efetividade do manejo ativo do trabalho de parto. Brown et al. (2013) avaliaram se o manejo ativo do trabalho de parto reduz o número de cesáreas em mulheres de baixo risco e se melhora sua satisfação. As práticas incluíram o diagnóstico rigoroso do trabalho de parto, a amniotomia de rotina, a infusão de ocitocina no progresso lento e o apoio individual no trabalho de parto. Foram incluídos sete ensaios clínicos de qualidade mista, com um total de 5.390 mulheres. Os autores concluíram que o manejo ativo está associado a pouca redução na taxa de cesariana, mas é altamente prescritivo e intervencionista. Algumas práticas podem ser mais eficazes do que outras e são necessários mais trabalhos para avaliar a aceitabilidade do manejo ativo pelas parturientes.

A segunda revisão aponta que a amniotomia precoce associada à infusão

³ Transformação de centro obstétrico para CPN

precoce de ocitocina previne o retardo do progresso do período de dilatação e parece estar associada à redução na taxa de cesariana e menor duração do trabalho de parto (Wei et al., 2013). Enquanto a terceira revisão concluiu que não há evidências de que a amniotomia esteja associada à redução da duração do período de dilatação, taxa de cesariana, satisfação materna na experiência do parto e índice de Apgar no quinto minuto de vida (Smyth, Alldred, Markham, 2013). Portanto, a amniotomia não deve ser adotada rotineiramente como parte da assistência à parturiente. Desta forma, a redução da amniotomia observada após a intervenção educativa parece beneficiar a não interferência no processo fisiológico do trabalho de parto.

Quanto à posição de parto, houve redução significativa no uso da litotomia e aumento expressivo na adoção das posições verticalizadas, pós-intervenção. Tal achado pode se justificar pela maior participação das enfermeiras obstétricas do serviço no seminário. Além disso, notou-se que, na prática diária, houve maior adesão dessas profissionais em orientar as mulheres quanto às diferentes posições no parto e a possibilitar a sua livre escolha.

Os resultados do presente estudo coincidem com os achados do estudo realizado em nosso meio (Côrtes et al., 2015) sobre a metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal. Os autores observaram que, após uma intervenção educativa com os profissionais da maternidade, as posições verticalizadas foram adotadas por todas as parturientes, enquanto a litotômica deixou de ser utilizada, com diferença estatística significativa.

Na assistência humanizada, recomenda-se à mulher a liberdade de escolha de posição no trabalho de parto e parto, entretanto, no Brasil, a posição litotômica continua sendo utilizada no período expulsivo em quase a totalidade das parturientes (Leal et al., 2014).

Posições de parto verticais ocorrem com mais frequência dentro de CPN e no domicílio (Dahlen et al., 2013). Posições de nascimento podem ser definidas como posições neutras, nas quais uma linha que passa pelo centro da terceira e quinta vértebras da mulher é mais horizontal do que vertical. De acordo com esta aceção, sentada, agachada, apoiada no banco de nascimento, ajoelhada e em pé são definidas como posições eretas, enquanto laterais e de quatro apoios, semideitada e posição de litotomia são consideradas posições supinas (Gupta, Hofmeyr, Shehmar,

2012), embora sejam diferentes, e podem facilitar ou dificultar o parto fisiológico (Edqvist et al., 2016).

Estudo de coorte prospectivo de partos domiciliares, planejados na Noruega, Dinamarca, Suécia e Islândia, analisou a prevalência de lesões perineais de diferentes gravidades em uma população de primíparas e múltiparas de baixo risco em seis posições flexíveis (ajoelhadas, de pé, quatro apoios, posição lateral, agachada e apoiada em banco de parto) e duas não flexíveis (posição de litotomia e semideitada). Os resultados mostraram que, das 2.992 mulheres incluídas no estudo, a maioria (65,1%) utilizou posições ajoelhada, de pé, quatro apoios, lateral, agachada e apoiada em banco de parto. A posição ajoelhada foi a posição mais frequentemente utilizada, independentemente da paridade (24,6%). Não foi observada associação entre as posições flexíveis e o trauma perineal severo. Por outro lado, as posições flexíveis foram associadas à menor taxa de episiotomia, após ajuste para possíveis fatores de confusão (primiparidade, peso ao nascer, transferência antes do parto e parto na água) (Edqvist et al., 2016).

A posição assumida pelas mulheres durante o parto pode ser influenciada por vários fatores. Um estudo qualitativo sobre as opiniões das mulheres acerca das diferentes posições de parto indicou que a orientação dada pelas parteiras foi o fator mais importante para influenciar a escolha da posição do parto pela mulher. Independentemente da etnia, as parturientes estavam mais familiarizadas com a posição supina. A pesquisa concluiu que a posição supina é dominante nas sociedades ocidentalizadas. Desta forma, as parteiras têm um papel importante a desempenhar na ampliação das escolhas das mulheres (De Jong, Lagro-Janssen, 2004).

Entre os benefícios das diferentes posições verticalizadas ou lateralizada comparadas à supina, estudos mostram aumento da taxa de períneo íntegro, da perda sanguínea e nenhum aumento nas lacerações perineais ou edema perineal (Thies-Lagergren et al., 2011; Meyvis et al., 2012). Contudo, em razão do número pequeno de casos, esses resultados devem ser interpretados com cautela.

Alguns estudos mostram que, quando as mulheres adotam posições verticais no parto, os benefícios físicos e psicológicos incluem menor duração do trabalho de parto, menos intervenções, menos dor severa e maior satisfação com o parto (Priddis, Dahlen, Schmied, 2012). De acordo com a Revisão Sistemática da Biblioteca Cochrane, nessa temática, ainda não é possível estimar com certeza os

riscos e os benefícios das diferentes posições para o parto, em razão da baixa qualidade metodológica dos estudos até o momento. Desse modo, cada mulher deve ter a possibilidade de optar pela posição que queira assumir para o nascimento de seu filho. Contudo, na posição verticalizada, em partos sem anestesia peridural, há redução significativa nos partos assistidos, menor frequência de episiotomia, aumento de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea estimada superior a 500mL (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012).

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

Revisão Sistemática da Biblioteca Cochrane avaliou a utilização de ocitocina para acelerar o progresso lento da dilatação *versus* redução nas taxas de cesariana e de morbidade materna e fetal. Constatou que não houve diferença estatística na frequência de cesarianas e nos resultados maternos e neonatais adversos comparados ao uso tardio ou não. Em contrapartida, observou-se que o emprego precoce da droga resultou em hiperestimulação uterina associada às alterações cardíacas fetais e redução do trabalho de parto em cerca de duas horas (Bugg, Siddiqui, Thornton, 2013). Assim, a infusão de ocitocina no primeiro período clínico do parto não deve ser adotada como prática rotineira, mas poderia estar restrita a situações em que há necessidade da correção da dinâmica uterina (OMS, 1996). Desse modo, os resultados alcançados, após a intervenção educativa, parecem favorecer o alinhamento entre as práticas assistenciais e as evidências científicas, no serviço onde esta pesquisa foi conduzida.

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

Estes achados são importantes, pois é conhecido que, no local do estudo, estas duas práticas têm sido tradicionalmente realizadas durante o período expulsivo por diferentes motivos. Um deles é a orientação “clandestina” desses puxos por

alguns acompanhantes e a solicitação da manobra de Kristeller pela própria parturiente ou seus acompanhantes, por acreditarem que estas práticas são parte da assistência ao parto.

Independente de a dilatação cervical estar completa ou não, é prática frequente nas maternidades estimular a parturiente a fazer força, impedindo que ela obedeça a seus próprios impulsos, desrespeitando, assim, a fisiologia do parto (OMS, 1996).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto recomenda apenas os puxos espontâneos no período expulsivo em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos, exceto quando a dilatação cervical for completa, com 10 cm, depois de 1 hora nesta condição ou se a cabeça fetal estiver visível (Brasil, 2016).

Uma revisão bibliográfica recente que avaliou a morbidade materna e neonatal associada ao tipo de puxo (dirigido ou espontâneo) utilizado durante o período expulsivo constatou que as intervenções variaram entre os sete estudos. Os grupos não diferiram quanto às lesões perineais, episiotomias ou tipo de parto. O impacto no assoalho pélvico variou entre os estudos. Apenas um estudo encontrou maior escore de Apgar no quinto minuto de vida e melhor pH da artéria umbilical no grupo do puxo espontâneo. Os autores concluíram que a baixa qualidade metodológica dos estudos e as diferenças entre os protocolos não justificam uma recomendação de um determinado tipo de puxo (Barasinski et al., 2016).

Estudo transversal, cujo objetivo foi analisar a distribuição das lacerações vulvoperineais e os fatores relacionados à sua localização nas regiões anterior e posterior do períneo no parto normal, concluiu que as parturientes com puxo dirigido tiveram mais traumas na região posterior (Caroci et al., 2014).

A justificativa dos profissionais em orientar puxos longos e dirigidos (manobra de Valsalva) tem como finalidade encurtar a duração do período expulsivo (OMS, 1996). Contudo, a revisão sistemática que investigou os benefícios e desvantagens dos diferentes tipos de puxo durante o período expulsivo concluiu que não há diferença na duração do período expulsivo e nas taxas de trauma perineal ao comparar os puxos espontâneos aos dirigidos (Lemos et al., 2015). Portanto, a mulher deve ser estimulada a seguir seus próprios impulsos.

Em relação à manobra de Kristeller, outros autores estudaram 8.097 mulheres submetidas ao parto normal, com objetivo de verificar os efeitos dessa manobra. Os autores constataram que, apesar da menor duração do segundo período, houve

aumento importante para o risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, distocias do ombro fetal, dispareunia e incontinência urinária com seis meses e um ano após o parto. Quanto ao RN, também houve aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto de vida, de sequelas fetais como hipoperfusão, edema e paralisia cerebral (Moiety, Azzam, 2014).

6.2 PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

As práticas e os desfechos maternos identificados nas entrevistas com os profissionais mostraram que, após a intervenção, todos os profissionais relataram possibilitar a presença do acompanhante de escolha da mulher “sempre ou na maioria das vezes”, mas sem diferença estatística, uma vez que quase todos os profissionais já o faziam antes da intervenção. Esse achado foi semelhante ao encontrado nas entrevistas com as mulheres. Nesse sentido, pode-se inferir que a intervenção educativa melhorou essa prática, ratificando a manutenção das evidências científicas.

No que diz respeito à prática de amniotomia, embora tenha ocorrido diminuição do número de profissionais que referiam realizar este procedimento “sempre ou na maioria das vezes”, este resultado não foi significativo. Esse achado difere daquele obtido nas entrevistas com as puérperas, provavelmente devido ao pequeno número de profissionais entrevistados.

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

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

Nesse sentido, em pesquisa realizada com todas as parteiras que atendem a

partos domiciliares planejados em quatro países nórdicos, estas foram convidadas a recrutar suas clientes para o estudo e a maioria das mulheres usou uma variedade de posições verticalizadas de parto (Edqvist et al., 2016). Um estudo brasileiro, desenvolvido em Casa de Parto, na qual a assistência é prestada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, observou que a totalidade das mulheres pariu nas posições semissentada, lateral e verticalizada (Silva et al., 2013).

Um estudo exploratório envolvendo 110 puérperas e 110 parteiras, em dois hospitais da Nigéria, com objetivo de identificar a relação entre posições de parto e trauma perineal na perspectiva das participantes, revelou elevadas taxas de litotomia. As mulheres que adotaram essa posição (85%) relataram que ela não era útil para o progresso do trabalho de parto, mas que não tinham possibilidade de escolha devido à imposição dos profissionais. As parteiras utilizaram a posição litotômica em 98% dos partos, justificando tal prática pela condição imposta pelo local de trabalho. Os autores concluíram que os cuidados prestados durante o trabalho de parto não são baseados nas evidências científicas, que o uso rotineiro da posição litotômica é uma cultura médica incorporada nesses hospitais e que as parteiras são educadas e treinadas para assistir as mulheres nesta posição (Diorgu et al., 2016).

Um dos objetivos da humanização do cuidado na assistência ao parto é incentivar a autonomia das mulheres, por meio da aquisição de poder de decisão sobre seus corpos e partos (Rattner, Trench, 2005). Neste sentido, os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores do processo de parturição, capazes de somar os conhecimentos técnicos e científicos baseados em evidências às práticas humanizadas de assistência (Caus et al., 2012). Portanto, o cuidado mais efetivo é aquele no qual a parturiente é a figura central e suas necessidades são valorizadas em detrimento das exigências dos profissionais ou das instituições.

A prescrição ou administração de ocitocina durante o trabalho de parto foi reduzida, significativamente, após a intervenção. Vale ressaltar que, nos anos que antecederam a intervenção, este fármaco foi prescrito, rotineiramente, associado à prática da amniotomia, para o manejo ativo do trabalho de parto, sobretudo pelo profissional médico, sob a justificativa de reduzir o tempo da mulher no centro obstétrico, em razão da alta demanda por atendimento.

A administração de ocitocina associada ou não à amniotomia precoce não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam

progredindo bem (Brasil, 2016).

No que tange ao trabalho de parto de evolução lenta, a Revisão Sistemática da Biblioteca Cochrane, avaliando quatro estudos e 644 mulheres, comparou a dose inicial baixa contra o aumento da dose de ocitocina e apontou que a maior dosagem do medicamento reduziu, significativamente, o tempo de trabalho de parto em $\pm 3,5$ horas, diminuiu a taxa de cesariana e aumentou a de parto vaginal. No entanto, apesar dos benefícios aparentes, os autores concluem que não há evidências científicas suficientes para recomendar a utilização rotineira de altas doses de ocitocina em mulheres com progressão lenta do trabalho de parto e que mais pesquisas devem avaliar esse efeito (Kenyon et al., 2013).

Os estudos apontam que o modelo de atenção ao parto interfere no emprego das práticas obstétricas. Um estudo transversal com 831 gestantes brasileiras, de risco habitual, comparou o manejo do trabalho de parto de um CPN com o hospitalar e uma maternidade com modelo assistencial prevalente. O uso da ocitocina no CPN foi de 27,9%, no hospital de 59,5% e na maternidade de 40,1%, enquanto a amniotomia foi realizada em 67,6%, 73,6% e 82,2% das mulheres respectivamente (Vogt et al., 2011). Outro estudo brasileiro conduzido em um CPN extra-hospitalar verificou que 31% das mulheres em trabalho de parto receberam ocitocina intravenosa e que a amniotomia foi praticada em 53,4% (Silva et al., 2013). Desse modo, constatam-se baixos níveis de intervenções para as mulheres que escolhem dar à luz fora de um hospital.

Assim como nas entrevistas com as puérperas, houve redução na prática de orientação ou incentivo aos puxos dirigidos e ao emprego da manobra de Kristeller após a intervenção educativa. A diminuição dessas intervenções, embora satisfatória, não permitiu alcançar o critério de auditoria definido, inicialmente, isto é, a abolição dessas duas práticas. A manutenção dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller mostra que ainda há resistência dos profissionais em modificar o modelo de assistência intervencionista baseado em crenças ou experiências prévias. Em um hospital de ensino, este cenário é ainda mais preocupante, uma vez que pode resultar na perpetuação deste modelo de atenção.

Segundo Bastos (2011), nos modelos em que a atuação profissional é baseada mais em crenças, atitudes e experiências do que em evidências científicas, o impacto de intervenções educativas com a finalidade de mudar o comportamento individual é variável.

6.3 PRÁTICAS E DESFECHOS MATERNOS IDENTIFICADOS NOS PRONTUÁRIOS DE MULHERES NÃO ENTREVISTADAS

Desde o planejamento deste estudo, era de conhecimento dos pesquisadores que haveria dificuldade em resgatar informações dos prontuários, sobretudo as relacionadas a algumas práticas que, embora realizadas, frequentemente são ocultadas, principalmente em razão do risco que representam para a parturiente e seu conceito, tais como os puxos dirigidos e a manobra de Kristeller. Outros desfechos como o uso de ocitocina, amniotomia, posição adotada no parto e presença de acompanhante foram escolhidos por serem importantes indicadores na área obstétrica e, em geral, terem registro no prontuário. Entretanto, inclusive para algumas dessas variáveis, a quantidade e a qualidade dos registros foram deficientes, limitando a discussão dos achados deste estudo.

Silva e Tavares-Neto (2007) destacam que a qualidade dos registros nos prontuários de hospitais da área de ensino, de modo geral, é bastante desalentadora e requer medidas urgentes, inclusive de qualificação de pessoal, e alertam que, se não houver mudanças substantivas, certamente haverá a continuidade dos reflexos negativos sobre as áreas de ensino e pesquisa clínica, entre outras, o que poderá comprometer a assistência da população.

Após a intervenção educativa, o registro da presença do acompanhante aumentou, mas sem diferença estatística, provavelmente porque esta informação ainda não constava em mais de 80% dos prontuários. Por outro lado, todos os profissionais entrevistados na fase 3 relataram possibilitar a presença do acompanhante “sempre ou na maioria das vezes” e mais de 90% das puérperas informaram ter a presença de um acompanhante no trabalho de parto.

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

O registro da integridade das membranas é um dado importante na evolução do trabalho de parto dado as possíveis repercussões negativas da rotura artificial na saúde materna e fetal. Há evidências de que efeitos indesejáveis podem resultar desta intervenção, como o incremento de desacelerações precoces dos batimentos cardíacos fetais e maior risco de infecção ovular e puerperal (Brasil, 2016). Dessa forma, é essencial estimular o registro desta informação no prontuário.

No que diz respeito às posições adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo, os registros nos prontuários mostraram que, após a intervenção educativa, o uso da posição litotômica reduziu, enquanto das verticais ou cócoras aumentou, com diferença estatística significativa. Este achado corrobora com os relatos das puérperas, mas não os dos profissionais, provavelmente em razão do pequeno número de profissionais entrevistados.

Os registros nos prontuários concernentes à prescrição e utilização de ocitocina intravenosa no trabalho de parto revelaram que essa prática proporcionalmente foi reduzida após a intervenção educativa, mas sem diferença estatística significativa.

Na auditoria pós-intervenção, constatou-se que a utilização da ocitocina, na primeira fase do trabalho de parto, reduziu a frequência em todas as fontes de coleta de dados auditadas, ou seja, puérperas, profissionais e prontuários. Destaca-se que, para esta variável, os registros estavam disponíveis nos prontuários.

Esses achados são coincidentes com aqueles do estudo de Hassan et al. (2013), que implementou intervenções na assistência ao parto normal, com o objetivo de investigar possíveis mudanças nas práticas dos profissionais. Os autores demonstraram diminuição de algumas práticas importantes, entre as quais, o uso liberal da ocitocina e a ruptura artificial de membranas após a intervenção, com diferença estatística significativa.

7 CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir que, embora a implementação das evidências científicas na atenção ao parto tenha resultado na melhoria de alguns indicadores de assistência ao parto, os profissionais continuam empregando práticas inadequadas como a posição litotômica, puxos dirigidos e manobra de Kristeller.

Houve aumento na taxa de parto normal. Para os outros desfechos, as melhoras encontradas, após a intervenção, variaram de acordo com a fonte de informação. Na perspectiva das puérperas, houve aumento significativo da presença do acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto e do uso da posição vertical ou cócoras. Ocorreu redução significativa na realização da amniotomia, uso de posição litotômica, utilização de ocitocina, estímulo aos puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Na perspectiva dos profissionais, a única prática que apresentou diminuição estatisticamente significativa foi prescrição ou administração de ocitocina durante o trabalho de parto. A análise dos prontuários mostra melhora após a intervenção com redução estatisticamente significativa da prática de amniotomia e uso de posição litotômica com consequente aumento das posições verticais ou cócoras.

O registro de desfechos importantes nos prontuários relacionados ao parto, tais como presença do acompanhante, posições no parto, manobra de Kristeller e amniotomia, é deficiente.

Esta investigação revela um impacto positivo na proposta conduzida, mas mostra que o processo de implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal adotado não foi capaz de obter sucesso completo na mudança das práticas obstétricas dos profissionais participantes. Assim, há necessidade de aperfeiçoar essa metodologia de implementação, que é um processo dinâmico e em evolução.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que avalia o impacto de implementação de evidências científicas na prática clínica é um dos poucos no Brasil. Configurou-se como um desafio para o pesquisador, haja vista as limitações encontradas. Houve dificuldades na metodologia utilizada, dado que a ferramenta do Instituto Joanna Briggs (PACES) não possuía os critérios de auditoria para as práticas implementadas nesta pesquisa. Nesse sentido, foi necessário estabelecer critérios próprios, com base na experiência clínica dos profissionais e pesquisadores envolvidos no delineamento desta pesquisa, bem como nos resultados do estudo piloto. Assim, despertou-se o interesse em elaborar um protocolo com esses critérios estabelecidos e propor a inclusão dos mesmos na ferramenta do Instituto Joanna Briggs.

A baixa adesão dos profissionais do serviço, mesmo com apoio dos gestores do HMML e da equipe de auditoria, também configurou uma limitação da pesquisa. O hospital tem 71 profissionais na equipe obstétrica, entre enfermeiros e médicos, dos quais 52 foram considerados elegíveis para o estudo, mas somente 18 participaram da intervenção educativa, tendo sido, portanto, necessária a adoção de outra estratégia para atingir o número de 32 participantes.

A falta de registro nos prontuários foi outra dificuldade identificada. Os resultados mostraram elevada ausência de registros referentes à presença de algumas variáveis, o que limitou a análise e discussão dos achados. Esse problema foi discutido pela equipe de auditoria e chefia de alguns setores do hospital, no sentido de implementar medidas para solucioná-lo.

Destaca-se ainda a estrutura do serviço, na qual há distorção entre a demanda e a capacidade de atendimento, dado que esta é a única maternidade pública em funcionamento no Estado do Amapá. Houve situações em que mais de uma parturiente dividia o mesmo leito. Este fato compromete a qualidade da assistência e dificulta a implementação das evidências científicas.

9 REFERÊNCIAS

Abdullah A, Saboohi S, Hashami U. Effects of amniotomy versus spontaneous rupture of membrane on progress of labour and fetal outcome in primigravidae. *JLUMHS*. 2010;9(1):33-6.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução normativa n.º 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2016; 2 jan.

Álvarez-Burón E, Arnedillo-Sánchez MS. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo: revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*. 2010;11(2):64-8.

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

Bastos MHS. Developing and pilot-testing an educational intervention to reduce the routine performance of episiotomy in Brazil [thesis]. London: Thames Valley University; 2011.

Bétran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-shun W, Thomas J, Look PV, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2):98-113.

Bick D, Chang YS. Implementação de evidências na prática: complexa, com múltiplas facetas e múltiplas camadas. *Rev Esc Enf USP*. 2014;48(4):583.

Boult M, Maddern GJ. Clinical audits: why and for whom. *ANZ J Surg*. 2007;77:572-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2005; 8 abr.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN)... [Internet]. Brasília; 2015 [citado 201 jun 26]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1989-11>.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília; 2016.

Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 16;(9):CD004907.

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.

Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):270-7.

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 Database Syst Rev*. 2013; 23(6):CD007123.

Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc. Anna Nery* [online]. 2012;16(1):34-40.

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

Cohain JS. The less studied effects of amniotomy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(17):1687-1690.

Cooke A. When will we change practice and stop directing pushing in labour? *Br J Midwifery*. 2010;18(2):76-81.

Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):716-25.

Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(3):415-22.

Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. 2013;29(7):759-64.

De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(1):47-55.

Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.

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;29(6):518-23.

Domênico EBLD, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003;11(1):115-8.

Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir OA, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:196.

Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. What do we know about how to do audit and *feedback*? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:50.

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD000015.

Friendland DJ, Go AS, Davoren JB, Shlipak MG, Bent, SW, Subak LL, et al. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):43-50.

Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(5):690-5.

Greenhalgh T. Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Guimarães LSP, Hirakata VN. Uso do modelo de equações de estimatórias generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*. 2012;32(4):503-11.

Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving patient care: the implementation of change in health care [Internet]. 2nd ed. Chichester: John Wiley; 2013 [cited 2017 Feb. 07]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118525975>.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;16(5):CD002006.

- Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Translating evidence into practice in childbirth: a case from the Occupied Palestinian Territory. *Women Birth*. 2013;26:82-9.
- Hertog CE, Groot AN, Dongen PW. History and use of oxytocics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;94(1):8-12.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;15;7:CD003766
- Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, Grimshaw JM. No more 'business as usual' with audit and *feedback* interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci*. 2014;17(9):14.
- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and *feedback*: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;13(6):CD000259.
- Kashanian M, Farahroos J, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;109:198-200.
- Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, Issue7. Art. No.: CD007201.
- Krau SD. The Utilization of evidenced based practice in nursing: some important considerations. *Nurs Clin North Am*. 2014;49:11-2.
- Lacerda RA, Egry EY, Fonseca RMGS, Lopes NA, Nunes BK, Batista AO, et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção a saúde humana. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1237-47.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*. 30 Sup:S17-S47,2014.
- Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD009124.
- Livinus N. Onah, Cyril C. Dim, Uchenna I. Nwagha, Benjamin C. Ozumba. Effect of early amniotomy on the outcome of spontaneous labour: a randomized controlled trial of pregnant women in Enugu, South-east Nigeria. *African Health Sciences*. 2015;15 (4):1097-103.
- Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. Translating evidence into policy and practice. *Nurs Clin North Am*. 2014;49:555-66.
- Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e

práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):329-37.

Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2007;11(2):331-36.

Martin CJH. Effects of Valsalva maneuver on maternal and fetal wellbeing. *Br J Midwifery.* 2009;17(5):279-85.

Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth.* 2012;39(2):115-20.

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.

Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl. J Med.* 1986;314(8):512-4.

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.

National Institute for Clinical Excellence: Principles for Best Practice in Clinical Audit. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Appropriate technology for Birth. *Lancet.* 1985; ii: 436-37.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID: 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24].

Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médicos [tese]. SP: Faculdade de Saúde Pública, USP; 1997.

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.

Pearson A, Weeks S, Stern C. Translation Science and the JBI Model of Evidence Based Healthcare, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia; 2011.

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

Pearson A. Evidence Synthesis and Its Role in Evidence-Based Health Care. *Nurs Clin North Am.* 2014a;49:453-60.

Pearson A. Evidence-based Nursing: Synthesizing the best available evidence to translate into action in policy and practice. *Nurs Clin North Am*. 2014b;49:13-5.

Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(0):197-201.

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

Prins M, Boxem J, Lucas C, Huttona H. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *BJOG*. 2011;118(6):662-70.

Rattner D, Trench B. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo (SP): Editora Senac; 2005.

Riesco MLG. Que parteira é essa? [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Riesco MLG, Oliveira SMJV. Enfermagem baseada em evidências científicas: um enfoque assistencial. In: Aben/ABENFO. (Org.). PROENF: Saúde Materna e Neonatal. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

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_.

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.

Shifaza F, Evans D, Bradley H. Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators to Implement EBP in the Maldives. *Adv Nurs*. 2014. Article ID 698604, 7 pages. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/698604>

Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32.

Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(2):113-26.

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.

Smith JG, Merrill DC: Oxytocin for induction of labor. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49(3):594-608.

Smyth RM, Markham C, Dowswell T.. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;18(6):CD006167.

Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:22.

Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;7(4):CD006067.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London (Saúde no Brasil). 2011; 2:32-46. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.

Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; Issue 8; CD006794.

Wolomly JJ, Tozin RR. Amniotomy for shortening spontaneous labour: RHL Commentary [last revised:5 Jan 2009]. The WHO Reproductive Health Library;Geneva:WHO.

Zugaib M. Obstetricia. 2ªed. São Paulo: Manole; 2012.

APÊNDICE A - Formulário de avaliação preliminar dos desfechos e identificação das práticas utilizadas no parto normal – puerperas

Nome: _____ Idade: _____ anos
Registro Hospitalar: _____ Gesta: _____ Para: _____
Data do parto: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____ Tel.: _____

Em relação às práticas utilizadas no seu parto e o cuidado que você recebeu, solicitamos que responda a algumas questões:

1. Você foi acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante o seu trabalho de parto?

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

2. Quem era essa pessoa (acompanhante)?

- 0 () esposo
- 1 () mãe
- 2 () irmã
- 3 () outras _____
- 4 () não sabe/não se lembra

3. Furaram a bolsa amniótica (bolsa d'água) antes do parto?

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

4. Você teve a oportunidade de escolher a posição do seu parto?

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

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

- 0 () litotômica
- 1 () lateral
- 2 () quatro apoios
- 3 () vertical semissentada
- 4 () vertical sentada
- 5 () vertical cócoras
- 6 () vertical joelhos
- 7 () outra. Especificar: _____

6. Você recebeu soro na veia com medicação para acelerar o trabalho de parto?

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

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

0 () sim

1 () não

2 () não sabe/não se lembra

8. Empurraram ou apertaram sua barriga durante o parto?

0 () sim

1 () não

2 () não sabe/não se lembra

APÊNDICE B - Formulário de avaliação preliminar dos desfechos e identificação das práticas utilizadas no parto normal - prontuário

Nome: _____ Idade: _____ anos
Registro Hospitalar: _____ Gesta: _____ Para: _____
Data do parto: ____/____/____

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

1. Presença de acompanhante durante o trabalho de parto?

0 () sim

1 () não

2 () sem registro

2. Quem era essa pessoa (acompanhante)?

0 () esposo

1 () mãe

2 () irmã

3 () outras _____

4 () sem registro

3. Rompimento da bolsa amniótica antes do parto?

0 () sim

1 () não

2 () sem registro

4. Posição no período expulsivo do parto.

0 () litotômica

1 () lateral

2 () quatro apoios

3 () vertical semissentada

4 () vertical sentada

5 () vertical cócoras

6 () vertical joelhos

7 () outra. Especificar: _____

8 () sem registro

5. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto.

0 () sim

1 () não

6. Administração de ocitocina durante o trabalho de parto.

0 () sim

1 () não

Caso não, passe para a questão 8.

7. Administração de ocitocina foi com base no e indicação do partograma.

0 () sim Indicação: _____
1 () não

8. Orientação de puxo dirigido durante o trabalho de parto?

0 () sim
1 () não
2 () sem registro

9. Realização de manobra de Kristeller durante o parto?

0 () sim
1 () não
2 () sem registro

APÊNDICE C - 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. Possibilita a presença do acompanhante, de escolha da mulher, no trabalho de parto/parto?

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

2. Prescreve/realiza amniotomia durante o trabalho de parto?

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

3. Possibilita a escolha de posição da mulher no período expulsivo do parto?

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

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Tipo de posição vertical?

0 () semissentada

1 () sentada

2 () cócoras

3 () joelhos

8. Recomenda outras posições no período expulsivo do parto: _____

9. Prescreve/administra ocitocina durante o trabalho de parto?

0 () sempre

1 () na maioria das vezes

2 () raramente

3 () nunca

10. Orienta/incentiva puxos dirigidos no período expulsivo?

0 () sempre

1 () na maioria das vezes

2 () raramente

3 () nunca

11. Realiza/incentiva manobra de Kristeller à parturiente no período expulsivo?

0 () sempre

1 () na maioria das vezes

2 () raramente

3 () nunca

APÊNDICE D - Oficina sobre as melhores práticas na assistência ao parto normal

1. Objetivo

Apresentar aos profissionais participantes a avaliação preliminar das práticas utilizadas na assistência ao 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	40 min
Prática Baseada em Evidências	40 min
Apresentação das práticas usadas na assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas	60 min
Discussão com os profissionais sobre as estratégias de mudança na prática dos profissionais do HMML	50 min
Avaliação	15 min
Certificação e <i>coffee break</i>	15 min
Total	240 min

3. Conteúdo

- Vantagens da presença do acompanhante de escolha da mulher no cenário do trabalho de parto e parto;
- Danos produzidos pela realização de amniotomia de rotina no trabalho de parto;
- Vantagens das posições verticalizadas e da liberdade de escolha da mulher e prejuízos da posição litotômica no período expulsivo;
- Vantagens da restrição do uso de ocitocina na condução do parto fisiológico e iatrogenias pelo uso irrestrito;
- Danos produzidos pela manobra de Kristeller e puxo dirigido manobra de Valsalva durante o parto.

4. Participantes

- Enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e residentes de ambas as áreas.

5. Estratégias pedagógicas

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

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissionais – fases 1 e 3 do estudo)

Eu, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, 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) a participar da pesquisa **“Avaliação do impacto de uma intervenção para implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal”**. O objetivo do estudo é promover as melhores práticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas.

Solicito que responda a algumas questões sobre suas práticas na assistência prestada à parturiente de parto normal. Informo que sua participação ocorrerá em três momentos, respondendo a este questionário antes e com oito semanas após sua participação na oficina de melhores práticas de promoção ao parto normal, que será realizada na própria maternidade, em data previamente agendada, com duração de cerca de 2 horas. Para isso, você receberá um questionário antes da oficina e outro de repetição com oito semanas após a oficina.

Esta pesquisa não oferece risco nem benefício imediato a você. Durante o preenchimento do questionário, se você tiver algum desconforto e constrangimento com as perguntas, você só responderá àquelas que julgar oportunas. 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 de responder ao(s) questionário(s). 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 CLODOALDO TENTES CÔRTES pelo telefone: (96) 3241-1530 ou e-mail: ctcortes@unifap.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: _____

Assinatura: _____ ____/____/____.

Pesquisador: _____

Assinatura: _____ ____/____/____.

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(puérperas > 18 anos – fases 1 e 3 do estudo)**

Eu, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, 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 **“Avaliação do impacto de uma intervenção para implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal”**. O objetivo do estudo é melhorar o cuidado prestado às mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que você recebeu, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

Solicito que responda a algumas questões sobre seu parto. Para isso, farei uma entrevista com você nesta maternidade, junto com um grupo de, no mínimo, outras três mulheres, que estejam na mesma enfermaria. O tempo estimado para a entrevista é cerca de 10 minutos.

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 às perguntas que quiser.

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 das entrevistas. 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 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, CLODOALDO TENTES CÔRTES, pelo telefone: (96) 3241-1530 ou e-mail: ctcortes@unifap.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: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

Pesquisador: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(responsável legal das puérperas < 18 anos – fases 1 e 3 do estudo)

Eu, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, 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 **“Avaliação do impacto de uma intervenção para implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal”**. O objetivo do estudo é melhorar o cuidado prestado às mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que ela recebeu, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

A participação consiste em responder a algumas questões sobre o parto. Para isso, farei uma entrevista com ela nesta maternidade, junto com um grupo de, no mínimo, outras três mulheres, que estejam na mesma enfermaria. O tempo estimado para a entrevista é cerca de 10 minutos.

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 às perguntas que quiser.

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 das entrevistas. 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, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, pelo telefone: (96) 3241-1530 ou e-mail: ctcortes@unifap.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.

Responsável: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

Pesquisador: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

APÊNDICE H - TERMO DE ASSENTIMENTO (puérperas < 18 anos - fases 1 e 3 do estudo)

Eu, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, 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 **“Avaliação do impacto de uma intervenção para implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal”**. O objetivo do estudo é melhorar o cuidado prestado às mulheres e bebês durante o parto. Por isso, precisamos conhecer como foi o cuidado que você recebeu, para ajudar na atualização dos profissionais que trabalham nesta maternidade.

Solicito que responda a algumas questões sobre seu parto. Para isso, farei uma entrevista com você nesta maternidade, junto com um grupo de, no mínimo, outras três mulheres, que estejam na mesma enfermaria. O tempo estimado para a entrevista é cerca de 10 minutos.

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 às perguntas que quiser.

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, CLODOALDO TENTES CÔRTEZ, pelo telefone: (96) 3241-1530 ou e-mail: ctcortes@unifap.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: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

Pesquisador: _____

Assinatura: _____ / ____ / ____.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP EEUSP

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: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

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: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

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 2 – AUTORIZAÇÃO DO HMML PARA A PAESQUISA

**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"
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 "Avaliação do impacto de uma intervenção para implementação das melhores práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal", de autoria do doutorando Clodoaldo Tentes Côrtes, sob orientação da Profª. Drª. Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, dando-lhes consentimento para a realização da coleta de dados em nosso serviço durante o período de 03/08/2015 a 31/03/2016. Diante do exposto autorizo o referido pesquisador para que possa visitar o Hospital da Mulher Mãe Luiza para realizar a coleta de dados com os enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e residentes e ambas as categorias desta instituição, para verificar, identificar e promover as melhores práticas na assistência ao parto normal.

Declaro também que me foi comprovado sobre o propósito da pesquisa que assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos participantes, 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), 03 de agosto de 2015.

Maria Gecinilda V. Siqueira
Gerente do NEP/HMML

HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"
Avenida FAB, Nº 81 – 3225-8702 / 3225-8704
E-mail: hm.maeluzia@gmail.com

Nossa MISSÃO é prestar atendimento de qualidade em ginecologia, obstetrícia e neonatologia, contribuindo para o desenvolvimento da comunidade técnico - científico dos profissionais da saúde.