

IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: ESTUDO LONGITUDINAL

Rafael Cleison Silva dos Santos¹

Objetivo: avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre práticas obstétricas e desfechos perineais. **Método:** estudo longitudinal, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica, realizado com enfermeiros e médicos, puérperas e prontuários em uma maternidade pública de referência no estado do Amapá. **Resultado:** após a intervenção educativa, mais profissionais recomendaram as posições lateral e verticais no período expulsivo do parto; mais puérperas relataram as práticas de puxo dirigido e manobra de Kristeller; menos prontuários indicaram a laceração espontânea e graus de lacerações maiores. **Conclusão:** a intervenção educativa proporcionou resultados melhores, mas não estatisticamente significativos.

Descritores: Auditoria clínica, Períneo, Pesquisa translacional.

IMPLEMENTATION OF SCIENTIFIC EVIDENCES IN NORMAL CHILDBIRTH CARE: LONGITUDINAL STUDY

Objective: to evaluate the impact of an educational intervention on obstetric practices and perineal outcomes. **Method:** longitudinal study, according to the methodology of implementation of scientific evidence in clinical practice, performed with nurses and doctors, puerperas and medical records in a referred public maternity hospital in the state of Amapá. **Result:** after the educational intervention, more professionals recommended the lateral and vertical positions in the expulsive period of childbirth; More puerperas reported the practices of directed pull and maneuver of Kristeller; Less medical records indicated spontaneous laceration and higher degrees of lacerations. **Conclusion:** the educational intervention provided better results, but not statistically significant.

Descriptors: Clinical audit, Perineum, Translational research.

IMPLEMENTACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA ATENCIÓN DE PARTO NORMAL: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre las prácticas obstétricas y resultados perineales. **Método:** Estudio longitudinal, de acuerdo con la metodología de implementación de la evidencia científica en la práctica clínica, realizada con las enfermeras y los médicos, las madres y los registros en una referencia maternidad pública en el estado de Amapá. **Resultado:** Después de la intervención educativa, la mayoría de los profesionales recomiendan las posiciones laterales y verticales en la segunda etapa del parto; más madres reportaron las prácticas de extracción y maniobra dirigida Kristeller; a menos que los registros que se indican las laceraciones espontáneas y un mayor grado de laceraciones. **Conclusión:** La intervención educativa poca mejora de las prácticas y los resultados perineales.

Descriptores: Auditoría clínica, Períneo, Investigación traslacional.

¹Enfermeiro. Universidade Federal do Amapá. Amapá. E-mail: rcleison@unifap.br

INTRODUÇÃO

A importância de basear os cuidados nos serviços de saúde na melhor evidência disponível é um conceito estabelecido. No entanto, as evidências geradas pelas pesquisas nem sempre são utilizadas por todos os profissionais na prática clínica⁽¹⁾.

O cuidado à saúde baseado em evidências é um processo de decisão clínica que considera o contexto no qual o cuidado é prestado, a preferência do cliente e o julgamento do profissional de saúde; além disso, apresenta quatro componentes principais: geração das evidências em saúde; síntese das evidências; transferência das evidências; implementação das evidências⁽²⁾.

Nas diversas áreas do cuidado à saúde, o uso de evidências científicas é muito importante, porém, na assistência prestada à mulher durante o parto, seu uso é crucial para a prevenção, avaliação e reparo dos traumas perineais, que vão desde lacerações espontâneas até a episiotomia (incisão cirúrgica), associados às morbidades sangramentos, dor, infecção, deiscência e dispareunia⁽³⁾.

Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir, avaliar e reparar esses traumas com habilidade e competência para assegurar a redução dessas morbidades pós-parto⁽⁴⁾.

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre práticas obstétricas e desfechos perineais em uma maternidade pública.

METODOLOGIA

Estudo longitudinal, que utilizou uma metodologia⁽²⁾ para implementação de evidências científicas na prática clínica em três fases: pré-auditoria e auditoria de base (fase 1); intervenção educativa (fase 2); e auditoria pós-implementação (fase 3). Foi iniciado em julho de 2015 e concluído em março de 2016, no Hospital da Mulher Mãe-Luzia, em Macapá, Amapá, instituição pública de referência do estado.

A população foi constituída por enfermeiros e médicos obstetras que atuavam na assistência ao parto normal; além de puérperas de parto vaginal, não indígenas, com risco habitual obstétrico e acessíveis para entrevistas por telefone após a alta hospitalar. A amostra de profissionais nas fases 1, 2 e 3 foi de 42, 32 e 32, respectivamente. Na amostra de puérperas, incluiu-se 70 mulheres, 35 antes e outras 35 após a intervenção. O tamanho da amostra de puérperas

foi calculado considerando a menor taxa de episiotomia do Inquérito Nacional "Nascer no Brasil" (região Norte, 48,6%) e a coleta de dados foi por conveniência. A amostra intencional de prontuários (n=291, na fase 1, e n=264, na fase 3) de puérperas foi considerada a partir dos mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas.

Na fase 1, constituiu-se equipe de auditoria, critérios de auditoria e auditoria de base. A equipe de auditoria incluiu os diretores, a coordenação de enfermagem, o chefe de obstetria, o núcleo de educação permanente, o próprio pesquisador e um enfermeiro residente. Foram utilizados critérios de auditoria estabelecidos a partir de estudo piloto⁽⁵⁾, relacionados com posição no parto, puxos dirigidos, manobra de Kristeller, reparo perineal, anestesia perineal, infecção ou deiscência perineal, condições do períneo e grau da laceração.

Na auditoria de base, a coleta de dados com os profissionais e as puérperas (entre 1 e 2 dias pós-parto) foi realizada por meio de entrevistas face-a-face com formulário estruturado no hospital, e por telefone, após a alta hospitalar, entre 10-12 dias e 30 dias pós-parto, todas com duração de 10 minutos. Os dados também foram coletados com formulário próprio em prontuários de puérperas não entrevistadas e com alta hospitalar, ocorrida no mês anterior ao início da fase 1.

A fase 2, realizada três semanas após o término da fase 1, constituiu-se de duas intervenções educativas destinadas à população do estudo com a finalidade de apresentar os resultados da auditoria de base e as evidências científicas sobre as melhores práticas em relação ao manejo do trauma perineal. As intervenções tiveram duração de quatro horas cada, uma no período da manhã e outra à tarde, com material de leitura atualizado⁽⁶⁻¹²⁾ para todos os participantes.

A fase 3 foi realizada com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção educativa proposta na fase 2. Os dados da fase 3 foram coletados oito semanas após o término da intervenção do mesmo modo que na fase 1, mas com amostras independentes de mulheres e prontuários de puérperas não entrevistadas.

Para a análise inferencial dos dados, comparou-se os resultados da fase 1 com a fase 3. Foi utilizado o modelo de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE) para a amostra de profissionais e de puérperas com variáveis coletadas em

“Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir, avaliar e reparar esses traumas com habilidade e competência”

mais de um momento pós-parto. Para as variáveis coletadas uma única vez no pós-parto e para a amostra de prontuários, foi utilizado o teste exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas no SPSS 22, na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor-p=0,05).

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

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das posições recomendadas no parto pelos profissionais. Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, houve melhoras nas recomendações, incluindo menor uso da litotômica e o maior uso da lateral e das verticais, sem diferença estatisticamente significativa.

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

Posições recomendadas no parto	Profissionais				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Recomenda posição litotômica no parto	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	12	37,5	0,059
Raramente ou nunca	20	47,6	20	62,5	
Recomenda posição lateral no parto	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	18	56,0	0,313
Raramente ou nunca	20	47,6	14	44,0	
Recomenda posição vertical no parto	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	15	47,0	0,822
Raramente ou nunca	23	55,0	17	53,0	

*GEE
Fonte: Pesquisador

A Tabela 2 mostra a distribuição das práticas identificadas no parto com as puérperas. Essas variáveis se referem às perguntas feitas exclusivamente no período de internação, entre 1 e 2 dias pós-parto. Para as práticas de puxo dirigido e manobra de Kristeller, houve aumento nos relatos, mas sem diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 3.

Tabela 2 - Distribuição das práticas identificadas no parto com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Práticas identificadas no parto	Puérperas				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	N	%	n	%	
Puxo dirigido	35	100	35	100	
Sim	8	22,9	9	25,7	1,000
Não	27	77,1	26	74,3	
Manobra de Kristeller	35	100	35	100	
Sim	2	5,7	5	14,3	0,428
Não	33	94,3	30	85,7	
(1)Reparo perineal	23	100	18	100	
Sim	17	73,9	14	77,8	1,000
Não	6	26,1	4	22,2	
(2)Anestesia antes do reparo perineal	17	100	14	100	
Sim	14	82,4	13	92,9	1,000
Não	3	17,6	1	7,1	

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

A Tabela 3 apresenta a distribuição da infecção ou deiscência perineal identificada com as puérperas que tiveram reparo do trauma perineal. Esses desfechos foram considerados apenas nos períodos de 10 a 12 dias e 30 dias pós-parto porque, em geral, são complicações do processo de cicatrização que surgem mais tardiamente. Embora não haja diferença estatisticamente significativa em relação aos períodos de pós-parto e fases do estudo, chama a atenção a frequência maior, 30 dias após o parto, na fase 3.

Tabela 3 - Distribuição da infecção ou deiscência perineal pós-parto identificada com as puérperas que tiveram reparo do trauma perineal na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Infecção ou deiscência perineal pós-parto	Puérperas				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
10-12 dias	12	100	14	100	
Sim	2	16,7	1	7,1	0,135*
Não	10	83,3	13	92,9	
Não atendeu telefone	5	-	-	-	
30 dias	11	100	13	100	
Sim	-	-	3	23,1	0,077†
Não	11	100	10	76,9	
Não atendeu telefone	6	-	1	-	

*Teste Cochran-Mantel-Haenszel (entre os dias); †teste Tarone-Breslow-Day (entre as fases)
Fonte: Pesquisador

Os resultados relacionados aos desfechos perineais identificados nos prontuários de puérperas não entrevistadas são apresentados na Tabela 4. Houve elevado número de prontuários sem registros para as variáveis estudadas, em ambas as fases do estudo. Os achados mostraram que os registros de laceração espontânea e de graus de lacerações maiores diminuíram minimamente na fase 3, sem diferença estatisticamente significativa.

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

Infecção ou deiscência perineal pós-parto	Prontuários				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Períneo	236	100	172	100	
Laceração espontânea	147	62,3	105	61,0	0,642
Íntegro	73	30,9	51	29,7	
Episiotomia	16	6,8	16	9,3	
Sem registro	55	-	92	-	
Grau da laceração	147	100	105	100	
Primeiro	40	38,8	30	42,9	0,905
Segundo	57	55,4	36	51,4	
Terceiro	6	5,8	4	5,7	
Sem registro	44	-	35	-	

*Teste exato de Fisher
Fonte: Pesquisador

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que, após a intervenção, mais profissionais estimularam posições não supinas, principalmente, lateral e vertical, demonstradamente úteis para diminuir o trauma perineal no período expulsivo, embora sem diferença estatisticamente significativa. Em revisão sistemática⁽¹³⁾ sobre diferentes posições da parturiente no período expulsivo sem anestesia epidural, e que incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres primigestas e múltiparas, os autores concluíram que a posição vertical em partos normais reduz a prática da episiotomia. Por outro lado, destaca-se que a melhor posição para o parto vaginal é aquela de livre escolha da mulher.

Para as práticas identificadas no parto com as puérperas, durante a internação, houve aumento dos relatos de puxo dirigido e da manobra de Kristeller, sem diferença estatisticamente significativa. É possível inferir que no local do estudo ainda persistem crenças de que essas práticas sejam úteis para acelerar o período expulsivo da mulher no parto.

Mas, na verdade, elas são prejudiciais, relacionadas ao trauma perineal e devem ser eliminadas⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, sabe-se que o sucesso de intervenções educativas para corrigir práticas empíricas é bem variável, considerando que estas são baseadas muito mais por crenças, atitudes e experiências do que pelas evidências científicas⁽¹⁵⁾.

Ainda em relação a práticas identificadas com as puérperas, houve aumento dos relatos de reparo perineal e do uso de anestesia no reparo, sem diferença estatística significativa. Na intervenção educativa, tínhamos discutido com os profissionais que, em relação ao reparo de lacerações perineais, as evidências eram limitadas⁽¹⁶⁾ e a decisão de suturar ou não suturar, exceto para traumas de terceiro ou quarto grau, poderia ser baseada na sua avaliação clínica e na preferência das mulheres. Esse resultado corrobora com as recomendações atuais do Ministério da Saúde, que orientam que todas as lacerações perineais, inclusive as de primeiro grau, sejam suturadas para facilitar a cicatrização⁽¹⁴⁾.

Sobre o aumento dos relatos de uso de anestesia local antes do reparo perineal, embora esse achado tenha melhorado, três mulheres na fase 1 e uma na fase 3 relataram sofrer sutura perineal sem anestesia com a justificativa de que o trauma era muito pequeno para realizar a anestesia local. Estudo transversal⁽¹⁷⁾ mostrou que das 80 (73%) mulheres submetidas à episiotomia no parto, 59 (53%) relataram não receber anestesia local antes do procedimento. A literatura descreve que a infiltração de anestésico local na região perineal é um dos princípios básicos para realizar o reparo de traumas perineais^(14,18). Vale destacar que a não realização de anestesia local para realização do reparo perineal configura violência obstétrica institucional⁽¹⁹⁾.

Em relação às perguntas feitas por telefone àquelas puérperas que tiveram reparo no trauma perineal, houve aumento dos relatos de infecção ou deiscência perineal no período de 30 dias pós-parto, sem diferença estatística. Nesse caso, não é possível afirmar que a intervenção educativa não foi capaz de melhorar esse desfecho porque na fase 3 faltou material sintético de sutura disponível para o reparo da pele no local do estudo. A literatura descreve que o material sintético é mais adequado em relação ao biológico para o reparo do trauma perineal, promove rápida cicatrização e reduz morbidades pós-parto como infecção ou deiscência perineal⁽²⁰⁾.

Quanto ao resultado dos desfechos perineais identificados nos prontuários, houve elevado número de impressos sem registros das variáveis estudadas, em ambas as fases de auditoria. Achados semelhantes foram relatados no estudo⁽⁵⁾ que identificou ausência de registros no prontuário das puérperas sobre os desfechos perineais. Por isso, algumas variáveis não foram analisadas.

Em relação aos registros encontrados, a laceração

espontânea e os graus de lacerações mais graves reduziram pouco, após a intervenção, sem diferença estatisticamente significante. Nessa compreensão, entende-se que esses achados foram subestimados porque a ausência de registros nos prontuários pode ocultar mais mulheres com melhores desfechos perineais. Além disso, tem sido descrito na literatura que nem sempre a implementação de evidências científicas com intervenção educativa melhora desfechos maternos e que mais pesquisas precisam ser realizadas^(21,22).

As principais limitações do estudo incluem a falta de registros das práticas nos prontuários; a amostra de puérperas internadas, que foi feita por conveniência, sem aleatorização; e as dificuldades na coleta de dados com os profissionais médicos. Os achados trazem contribuições para o conhecimento e a prática clínica dos profissionais

que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitas práticas são empíricas e que existem evidências que podem prevenir os traumas perineais.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas promoveu melhoras sobre as práticas obstétricas e os desfechos perineais estudados, mas não estatisticamente significativas. As auditorias permitem a identificação oportuna de potenciais falhas na assistência e o estabelecimento de estratégias para a sua melhoria. A continuidade das auditorias e novas intervenções educativas sobre práticas baseadas em evidências devem resultar em melhoria no cuidado do manejo perineal.

REFERÊNCIAS

1. Pereira ER. Translation of knowledge and translational research in healthcare. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(3):1-3.
2. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1.
4. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11.
5. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5):716-724.
6. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672.
7. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN: Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol* 2014, 123(Suppl 1):38S.
8. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software.
9. Feigenberg T, et al. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *Biomed Res Int*. 2014;2014:526590.
10. Leal MC, Pereira AEP, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGNB. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Public*. 2014; 30(4).
11. Melo I, Katzl L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*. 2014 11:66
12. Rozita R, Sussan S, Huak CY, Sharif NH. A Comparison of the "Hands-Off" and "Hands-On" Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2014.
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 16.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília; 2016.
15. Bastos MHS. Developing and pilot-testing an educational intervention to reduce the routine performance of episiotomy in Brazil [thesis]. London: Thames Valley University; 2011.
16. Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 8.
17. 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.
18. Steen M, Cummins B. How to repair an episiotomy. *Nursing Standard*. 2016;30(25):36-38.
19. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2015;5(1):57-68.
20. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 6.
21. Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. 2013;11(4):112-119.
22. 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.