



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (PPGCS)

LEILSON DA SILVA LIMA

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS
CIENTÍFICAS PARA MELHORAR A PRÁTICA CLÍNICA DE OBSTETRAS**

MACAPÁ

2021

LEILSON DA SILVA LIMA

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS
CIENTÍFICAS PARA MELHORAR A PRÁTICA CLÍNICA DE OBSTETRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof.º Dr. Rafael Cleison Silva dos Santos

MACAPÁ

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Cristina Fernandes – CRB-2/1569

Lima, Leilson da Silva.

Translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras. / Leilson da Silva Lima; orientador, Rafael Cleison Silva dos Santos. – Macapá, 2021.

54 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Trabalho de parto. 2. Parto normal. 3. Auditoria clínica. 4. Pesquisa médica translacional. I. Santos, Rafael Cleison Silva dos, orientador. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

618.2 L732t

CDD. 22 ed.

LEILSON DA SILVA LIMA

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS
CIENTÍFICAS PARA MELHORAR A PRÁTICA CLÍNICA DE OBSTETRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

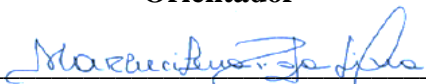
Orientador: Prof. Dr. Rafael Cleison Silva dos Santos

Data de aprovação em 12/04/2021.

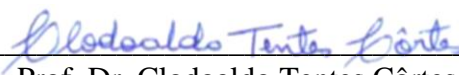
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rafael Cleison Silva dos Santos
Universidade Federal do Amapá
Orientador



Prof. Dra. Marlucilena Pinheiro da Silva
Universidade Federal do Amapá
Examinador Titular Interno



Prof. Dr. Clodoaldo Tentes Côrtes
Universidade Federal do Amapá
Examinador Titular Externo



Prof. Dra. Inara Mariela da Silva Cavalcante
Universidade Federal do Amapá
Examinador Titular Externo

MACAPÁ

2021

Às mulheres da minha vida, minha mãe Sueli pelos melhores ensinamentos; minha namorada Eloisa pelos momentos de apoio e incentivo; e minha irmã Suellem por ter me influenciado a ser um profissional da área de saúde.

Aos meus amigos de longa data: Alecsander Miranda, Antonio Carlos, Bruno Ribeiro, Custódio Neto, David Miranda, Juliano Lima, Kairo Neri e Luís Felipe, pelas parcerias e ajuda nos bons e maus momentos.

Ao Programa de Educação Tutorial do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, grupo ao qual fiz parte durante a graduação e me permitiu ser um profissional mais completo, principalmente com relação à pesquisa científica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Cleison Silva dos Santos, pelo seu apoio, ensinamentos e estímulo para me tornar um profissional melhor, além disso, por ser uma pessoa ética e comprometida com a prática clínica, docência e pesquisa científica. Ao conviver com esse mentor, percebe-o como alguém que sempre buscou mais conhecimentos e superar os novos desafios, características essenciais para um cientista.

Aos meus sogros, Alex e Raimunda, pelo acolhimento e apoio, mesmo havendo momentos de estresses no convívio diário, o que é comum, por se tratar de uma interação de família.

Ao PPGCS pelo aprendizado e oportunidade de troca de experiência no Mestrado em Ciências da Saúde, tanto aos discentes da turma de 2019 como aos docentes, que contribuíram para a construção do conhecimento em torno da proposta pedagógica do programa. Às professoras Dra. Alessandra Azevedo do Nascimento e Dra. Annelí Mercedes Celis de Cárdenas pelo apoio constante e empenho junto à Coordenação do PPGCS.

À equipe de profissionais da saúde do Hospital Estadual de Santana (HES), que direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão dessa pesquisa, em especial às enfermeiras Érita Salviano e Elcione Corrêa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro para a continuidade do programa de Mestrado por meio do edital de demanda social.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso
mudar a forma de nascer”

Michel Odent

RESUMO

LIMA, Leilson da Silva. **Translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2020.

O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções obstétricas em todos os períodos clínicos do parto. Sabe-se que essas intervenções podem ser prevenidas ou reduzidas com a adoção de práticas preconizadas pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde. Esse documento é subsidiado pela Organização Mundial de Saúde, contudo, em nossa realidade a maioria das práticas obstétricas não segue essas recomendações. O estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras. Trata-se de estudo longitudinal, quase experimental, com enfermeiros e médicos que atuam na assistência ao parto no Hospital Estadual de Santana, Amapá, Brasil, onde realizou-se 21 entrevistas estruturadas na pré e pós-auditoria, além de intervenções educativas com “auditoria e feedback” e “diretrizes de prática clínica” recomendadas pela *Cochrane collaboration* para provocar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde. Nas entrevistas, utilizou-se um questionário estruturado com 29 questões e cinco opções de respostas em escala *Likert*, variando de “nunca” a “sempre”, com pontuação de 1 a 5. Além disso, 12 *banners* impressos em forma de adesivos, medindo 120 x 90 centímetros, foram fixados na recepção da maternidade e nas duas salas de parto para reforçar aos profissionais àquelas recomendações das diretrizes de prática clínica. O estudo foi realizado em três fases: pré-auditoria e (fase 1); implementação das práticas (fase 2, que corresponde às intervenções educativas); pós-auditoria (fase 3). Os dados foram descritos e analisados de forma descritiva e inferencial através do *ranking* médio e *ranking* médio total da escala *Likert* (mediante comparação entre os resultados das etapas 1 e 3), com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá sob parecer nº 2.853.419. Os achados mostram que em relação as práticas obstétricas, e de acordo com *ranking* médio da escala *Likert*, houve aumento significativo da proporção de profissionais que recomendam ou realizam a sutura perineal com fio sintético absorvível ($p=0,003$) e a técnica de compressa morna no períneo ($p=0,031$). Sobre as intervenções obstétricas, proporcionalmente, houve redução de profissionais que recomendam ou realizam a manobra de Kristeller no parto, com diferença estatística ($p=0,023$). Na análise do *ranking* médio total, houve aumento da proporção de profissionais favoráveis à recomendação ou realização de práticas obstétricas, após a exposição dos *banners*, na comparação entre as fases 1 e 3, porém, sem diferença estatística significativa ($p=0,230$) e redução proporcional de profissionais recomendando ou realizando intervenções obstétricas desnecessárias, com diferença estatística ($p=0,024$), entre as fases 1 e 3. Conclui-se que as intervenções educativas proporcionaram melhoras na prática dos profissionais. Sugerimos novas pesquisas com estratégias de intervenções educativas que incluam abordagens multifacetadas para melhorar a qualidade nos cuidados baseados em evidência na assistência ao parto.

Palavras-chave: Trabalho de Parto. Parto Normal. Auditoria Clínica. Pesquisa Médica Translacional.

ABSTRACT

LIMA, Leilson da Silva. **Translation of knowledge based on scientific evidence to improve the clinical practice of obstetricians**. 2020. Dissertation (Master in Health Sciences) - Postgraduate Program in Health Sciences, Federal University of Amapá, Macapá, 2020.

The predominant model of childbirth assistance in Brazil is characterized by the abusive or inappropriate use of obstetric interventions in all clinical periods of childbirth. It is known that these interventions can be prevented or reduced with the adoption of practices advocated by the National Guidelines for Assistance to Childbirth of the Ministry of Health. This document is subsidized by the World Health Organization, however, in our reality, most obstetric practices do not follow these recommendations. The study aimed to evaluate the effectiveness of educational interventions based on scientific evidence to improve the clinical practice of obstetricians. This is a longitudinal, quasi-experimental study with nurses and doctors who work in childbirth care at the Hospital Estadual de Santana, Amapá, Brazil, where 21 structured interviews were carried out in the pre and post-audit, in addition to educational interventions with “audit and feedback” and “clinical practice guidelines” recommended by Cochrane collaboration to bring about changes in the behavior of healthcare professionals. In the interviews, a structured questionnaire with 29 questions and five answer options on a Likert scale was used, ranging from “never” to “always”, with a score from 1 to 5. In addition, 12 printed banners in the form of stickers, measuring 120 x 90 centimeters, were fixed at the maternity reception and in the two delivery rooms to reinforce the professionals to those recommendations of the clinical practice guidelines. The study was carried out in three phases: pre-audit and (phase 1); implementation of practices (phase 2, which corresponds to educational interventions); post-audit (phase 3). The data were described and analyzed in a descriptive and inferential way through the average ranking and total average ranking of the Likert scale (by comparing the results of steps 1 and 3), with a significance level of 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Amapá under opinion No. 2,853,419. The findings show that in relation to obstetric practices, and according to the average ranking of the Likert scale, there was a significant increase in the proportion of professionals who recommend or perform the perineal suture with absorbable synthetic thread ($p = 0.003$) and the warm compress technique in the perineum ($p = 0.031$). Regarding obstetric interventions, proportionally, there was a reduction in the number of professionals who recommend or perform the Kristeller maneuver in childbirth, with a statistical difference ($p = 0.023$). In the analysis of the total average ranking, there was an increase in the proportion of professionals in favor of recommending or performing obstetric practices, after the exposure of the banners, in the comparison between phases 1 and 3, however, without significant statistical difference ($p = 0.230$) and reduction proportion of professionals recommending or performing unnecessary obstetric interventions, with statistical difference ($p = 0.024$), between phases 1 and 3. It is concluded that educational interventions provided improvements in the professionals' practice. We suggest new research with educational intervention strategies that include multifaceted approaches to improve the quality of evidence-based care in childbirth care.

Keywords: Labor and Delivery. Normal birth. Clinical Audit. Translational Medical Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo original do JBI de saúde baseada em evidências, 2005.	26
Figura 2	Modelo novo do JBI de saúde baseada em evidências, 2015.	26
Foto 1	<i>Banners</i> na recepção geral e da maternidade do HES, Amapá, 2019.	31
Foto 2	<i>Banners</i> na sala de pré-parto e de parto do HES, Amapá, 2019.	32
Fluxograma 1	Fluxograma de participantes do HES, Amapá, 2019.	35

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Intervenções destinadas a provocar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde.	18
Quadro 2	Evidências científicas sobre a eficácia de estratégias de intervenções educativas utilizadas no <i>KT</i> .	20
Quadro 3	Questões-chave que orientam as atividades de intervenção educativa para o <i>KT</i> .	21
Tabela 1	<i>Ranking</i> Médio da escala <i>Likert</i> das práticas obstétricas recomendados ou realizados por obstetras do HES, Amapá, 2019.	37
Tabela 2	<i>Ranking</i> Médio da escala <i>Likert</i> das intervenções obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras do HES, Amapá, 2019.	38
Tabela 3	<i>Ranking</i> médio total das práticas e intervenções obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras do HES, Amapá, 2019.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Translação do conhecimento	15
1.2	Intervenções educativas para a translação do conhecimento	17
1.3	Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal no Brasil	22
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	MÉTODO	25
3.1	Tipo de estudo	25
3.2	Local do estudo	25
3.3	População e amostra	28
3.4	Fases do estudo e coleta de dados	28
3.4.1	Fase 1: Pré-auditoria	29
3.4.2	Fase 2: Implementação das práticas (intervenções educativas)	31
3.4.3	Fase 3: Pós-auditoria	31
3.5	Análise dos dados	32
3.6	Variáveis do estudo	33
3.7	Aspectos éticos	33
4	RESULTADOS	34
4.1	Impacto nas práticas obstétricas	34
4.2	Impacto nas intervenções obstétricas	37
4.3	<i>Ranking</i> médio total	38
5	DISCUSSÃO	39
5.1	Práticas obstétricas	39
5.2	Intervenções obstétricas	47
5.3	<i>Ranking</i> médio total	51
5.4	Limitações do estudo	52
5.5	Implicações para a prática e a pesquisa	52
6	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	54

APÊNDICE A	QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS	63
APÊNDICE B	<i>BANNER</i> SOBRE CUIDADO PERINEAL	64
APÊNDICE C	<i>BANNER</i> SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO	65
APÊNDICE D	<i>BANNER</i> SOBRE POSIÇÕES DE PARTO	66
APÊNDICE E	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXO 1	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UNIFAP	68
ANEXO 2	AUTORIZAÇÃO DO NEPS/HES	70
ANEXO 3	DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO	71

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, esforços consideráveis têm sido empreendidos por organizações governamentais e não governamentais, na tentativa de provocar mudanças significativas na atenção ao parto e nascimento, que buscam implantar um novo modelo de atenção, com melhorias na qualidade da assistência prestada, e diminuição da morbimortalidade para o binômio mãe e filho (LEAL *et al.*, 2019).

Essa urgente necessidade se dá porque, no Brasil, a quase totalidade dos partos é realizada em hospitais (98,4%) e assistidos, predominantemente, por médicos obstetras (88,7%), com assistência marcada pelo uso excessivo de tecnologias duras e medicalização, que supostamente melhoram os indicadores maternos e perinatais (LOPES *et al.*, 2019). Entretanto, as mulheres têm sido expostas à altas taxas de intervenções obstétricas (condutas desnecessárias e potencialmente iatrogênicas como o uso de cateter venoso, ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto, amniotomia, manobra de Kristeller, episiotomia, cesariana, dentre outras). Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres de risco obstétrico habitual em todo o país (BRASIL, 2017).

Esse modelo de assistência ao parto, no Brasil, caracterizado pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções em todos os períodos clínicos do parto, foi ratificado, através do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil”, que avaliou em quase 24 mil puérperas, o uso das práticas obstétricas (cuidados que promovem experiências de parto positivas, seguras e recomendadas pelas diretrizes nacionais) e de intervenções obstétricas desnecessárias na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual. O estudo apontou que mais de 70% das mulheres sofreram punções venosas, cerca de 40% receberam ocitocina e amniotomia de rotina para aceleração do parto, a posição litotômica foi utilizada em quase 92% dos casos, a manobra de Kristeller em 37% e a episiotomia em 56%. Além disso, quase 52% sofreu cesariana como cuidado rotineiro em gestação de risco habitual (LEAL *et al.*, 2014).

Por isso, mudanças na assistência ao parto vem sendo propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996, e foram atualizadas, em 2018, com recomendações sobre os cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, incluindo a necessidade de resgate do parto como um processo fisiológico, o estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, o acesso às tecnologias não farmacológicas e não invasivas de atenção ao parto e a

utilização de práticas baseadas em evidências científicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A partir dessa realidade e da necessidade de incorporar práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, o Ministério da Saúde (MS), instituiu, desde 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atual política na área de saúde materna e perinatal, a “Rede Cegonha”, uma estratégia inovadora organizada a partir de quatro componentes, sendo um deles, o ‘Parto e Nascimento’, que incorpora práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos das recomendações da OMS (ROMÃO *et al.*, 2018).

Alguns avanços ocorreram, após a implementação da Rede Cegonha, mas a morbimortalidade não reduziu conforme o esperado e ainda é um desafio (LEAL *et al.*, 2019). Em 2017, outro esforço do MS e de outras instituições, sociedades e associações de profissionais enfermeiros e médicos, foi a publicação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (DNAPN/MS), uma estratégia que sintetiza e avalia sistematicamente a informação científica disponibilizada referente à prática assistencial ao parto e ao nascimento, no intuito de contribuir com a promoção, proteção e incentivo ao parto normal (BRASIL, 2017).

No que diz respeito ao despertar para o tema proposto, este foi considerado ao observar a prática obstétrica no Hospital Estadual de Santana (HES), em Santana, Amapá, em visita realizada em 2018. Nessa compreensão, identificou-se que a maioria dessas práticas não segue as recomendações das DNAPN/MS, pois o parto é assistido na posição litotômica, quase exclusivamente por médicos, sob o apelo de puxos dirigidos, sem a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, com uso rotineiro da ocitocina intravenosa, da amniotomia, da episiotomia e da manobra de Kristeller.

Em relação ao modelo de assistência ao parto no HES, podemos inferir que algumas condutas na assistência ao parto não são seguras, culminam com maiores riscos ao binômio mãe-filho, e contrariam as DNAPN/MS e as recomendações da OMS. Por isso, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas.

Nesse sentido, a necessidade de mudar essa realidade tornou-se a questão norteadora do presente estudo: qual a eficácia de intervenções educativas como estratégias de translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras?

Este estudo possui relevância acadêmica porque, além dessas intervenções serem indicadores de morbimortalidade para as mulheres, no local do estudo, não há nenhuma

avaliação prévia referente às práticas recomendadas pelas DNAPN/MS; e relevância social, pois os indicadores de impacto pretendidos podem reduzir a violência obstétrica no local do estudo e possíveis sofrimentos físicos e psíquicos da mulher.

1.1 Translação do conhecimento

O conceito de “Translação do conhecimento” ou, em língua inglesa, “*Knowledge Translation*” (KT), não tem uma definição consensual na literatura da área de saúde, e tanto a tradução para o português como o seu significado não estão claramente estabelecidos na literatura brasileira. No entanto, nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)¹, o termo “Translação do conhecimento” é descrito como sinônimo de ‘tradução do conhecimento’ ou ‘pesquisa translacional’ e definido como a aplicação das descobertas geradas por pesquisa de laboratório e em estudos pré-clínicos para o desenvolvimento de pesquisa clínica e estudos em humanos. Uma segunda área da pesquisa translacional envolve o aprimoramento da adoção de boas práticas (SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018).

Outra importante definição foi proposta pelo *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) e adaptada por outros países e pela OMS, que define o *KT* como um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese de pesquisas, a difusão, o intercâmbio e a aplicação eticamente sólida desses achados para melhorar a saúde, prestar serviços mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2016).

Para Grimshaw e colaboradores (2012) existem dois tipos principais de investigação translacional: T1 - translação de pesquisa biomédica básica para o conhecimento e a ciência clínica; novos entendimentos sobre os mecanismos das doenças para desenvolver novos métodos diagnósticos, tratamentos e prevenção e seu primeiro teste em humanos; e T2 - translação da ciência e do conhecimento clínico para a melhoria da saúde. Em T1 ocorre ainda o processo de construção da ciência, enquanto em T2 há um conhecimento produzido e seu objetivo é melhorar a saúde.

No entanto, a translação do conhecimento além de uma necessidade ainda é um desafio, pois as pesquisas, normalmente, não costumam centrar-se na implementação de uma

¹ BVS é um portal desenvolvido por meio de acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no Brasil, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS. Disponível em <https://bvsalud.org/>

mudança na prática, embora muitas publicações tenham destacado a necessidade de recorrer a dados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (PÜCHEL; LOCKWOOD, 2018).

Nessa compreensão, existem muitas barreiras para a divulgação e utilização dos resultados da investigação no contexto dos cuidados de saúde, dentre as quais, podem-se destacar as internacionalmente aceitas, tais como a falta de consciência, de ferramentas, de praticidade, de tempo, de motivação, de concordância das evidências ou do resultado das pesquisas, e a aparente falta de valor e de benefício para mudar a prática (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012).

No Brasil, a primeira barreira é a falta geral de consciência e de familiaridade com a translação do conhecimento, que é um campo relativamente novo e possui muitos desafios na sua implementação, incluindo as dificuldades em identificar problemas de pesquisa relevantes, o pouco envolvimento dos principais interessados, a falta de parcerias entre pesquisadores e usuários do conhecimento em processos de investigação, os orçamentos baixos para a pesquisa e a pouca atenção à pesquisa translacional por políticas das agências de financiamento (OELKE; LIMA; COSTA, 2015).

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

Para Pearson (2014) é possível transferir evidências para profissionais de saúde, instalações de saúde e sistemas de saúde, por meio de periódicos e outras publicações, de orientações, de mídia eletrônica, de educação de apoio para o desenvolvimento de estratégias e métodos utilizados na tomada de decisão.

No entanto, após a translação do conhecimento, um outro componente importante é a implementação dessas evidências na assistência ou nos serviços de saúde (JORDAN *et al.*, 2016, 2018, 2019), sendo a auditoria clínica, uma das estratégias de melhoria da qualidade que fornece dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho almejado. Assim, após a síntese e a transferência da evidência em saúde, avalia-se o impacto da sua utilização no sistema de saúde e no processo de cuidado (CÔRTEZ *et al.*, 2018).

A implementação de evidências baseia-se na suposição de que os profissionais modificam sua prática ao receberem um *feedback*, mostrando que ela é inconsistente com o desejável (JORDAN *et al.*, 2016, 2018, 2019). Nessa compreensão, traduzir conhecimento ou evidências em cuidado à saúde é algo cada vez mais enfatizado, na maioria dos países, sendo um processo complexo, sem um modelo padrão, e exige mais que conhecimento e convicções, pois implica mudanças de comportamento no âmbito individual e institucional para a superação de barreiras e o preenchimento das lacunas (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012).

Recentemente, uma revisão da literatura realizada com o objetivo de compreender e distinguir as diferentes terminologias encontradas nos estudos sobre o conceito e o processo de “translação do conhecimento” na área da saúde, os autores observaram que na literatura internacional os conceitos de “pesquisa translacional” e “translação do conhecimento” não seriam exatamente sinônimos (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

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

1.2 Intervenções educativas para a translação do conhecimento

Sabemos que a educação inicial e continuada de profissionais tem sido os métodos mais utilizados para melhorar os serviços de saúde. A eficácia dessas intervenções educativas para a translação do conhecimento em saúde tornou-se um importante campo de pesquisa científica por si só. Idealmente, essas intervenções devem ser baseadas em evidências, assim como a prática clínica. Por isso, diferentes estratégias educacionais têm sido “testadas” para implementar inovações ou melhores práticas, além da supressão daquelas não mais recomendadas (WENSING *et al.*, 2020).

A translação do conhecimento, por si só, geralmente, não é suficiente para melhorar o desempenho do profissional de saúde, mas, na maioria das vezes, é uma pré-condição de

importância crucial para qualquer implementação de mudança da prática clínica. Atualmente, há uma maior ênfase em utilizar intervenções educativas direcionadas ao profissional para implementar evidências nos serviços de saúde, embora, a maioria dessas experiências esteja focada nos resultados baseados em processos (PANTOJA *et al.*, 2017).

Assim, algumas iniciativas de translação de conhecimento aliadas ao uso de intervenções educacionais nos sistemas de saúde têm sido descritas na literatura, tais como lembretes, materiais educativos impressos, palestras, reuniões, dentre outras, que são categorizadas de diferentes maneiras (CURTIS *et al.*, 2016; GRIMSHAW *et al.*, 2012; WENSING; BOSCH; GROL, 2013).

Apesar dos diferentes tipos de intervenções educativas direcionadas aos profissionais de saúde, a taxonomia proposta pela *Cochrane collaboration* tem sido amplamente recomendada como estratégia de implementação para provocar mudanças no comportamento desses profissionais (COCHRANE, 2016). Essa taxonomia classifica as intervenções em 19 categorias, conforme descrito no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde.

(continua)

CATEGORIA	DEFINIÇÃO
1. Auditoria e <i>feedback</i>	Um resumo do desempenho dos profissionais de saúde durante um período de tempo, fornecido a eles em formato escrito, eletrônico ou verbal.
2. Relatório de incidentes clínicos	Sistema para relatar incidentes críticos.
3. Monitoramento externo	Sistema de inspeção ou avaliação de serviços de saúde realizado por organizações para promover padrões externos baseados em evidências (acreditação).
4. Comunidades de prática	Grupos de pessoas com um interesse comum que aprofundam seus conhecimentos e <i>expertise</i> nesta área, interagindo continuamente.
5. Melhoria contínua da qualidade	Processo que revisa e melhora o atendimento, envolve equipes de saúde, métodos de melhoria de processo, resolução de problemas e análise de dados para avaliar mudanças.
6. Jogos educativos	O uso de jogos como estratégia educacional para melhorar os padrões de atendimento.
7. Materiais educativos	Distribuição a indivíduos ou grupos de materiais educacionais de apoio clínico, ou seja, qualquer intervenção em que o conhecimento seja distribuído.
8. Reuniões educacionais	Cursos, <i>workshops</i> , conferências ou outras reuniões educacionais.

Quadro 1 - Intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde.

(conclusão)

CATEGORIA	DEFINIÇÃO
9. Visitas de extensão educacional	Visitas pessoais de uma pessoa treinada a profissionais de saúde em seus próprios ambientes, para fornecer informações com o objetivo de mudar a prática.
10. Diretrizes de prática clínica	As diretrizes clínicas são desenvolvidas sistematicamente para ajudar os profissionais de saúde a decidirem sobre os cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas.
11. Educação interprofissional	Educação continuada para profissionais de saúde que envolve mais de uma profissão na aprendizagem conjunta e interativa.
12. Processo de consenso local	Processo de consenso local formal ou informal, tipo adaptar uma diretriz para um sistema de saúde local ou promover a implementação de diretrizes.
13. Formadores de opinião locais	A identificação e uso de formadores de opinião locais identificáveis para promover a boa prática clínica.
14. Supervisão gerencial	Visitas de supervisão de rotina pela equipe de saúde.
15. Intervenção mediada pelo paciente	Essas intervenções incluem: informações de saúde relatadas pelo paciente; <i>feedback</i> do paciente sobre a prática clínica e treinamento conduzido pelo paciente.
16. Divulgação pública de desempenho	Informar o público sobre os provedores de saúde por meio da divulgação de dados de desempenho em formato escrito ou eletrônico.
17. Lembretes	Intervenções manuais ou informatizadas que levam os profissionais de saúde a melhorar a prática clínica.
18. Medidas de rotina	Relatórios de medidas de resultados dos pacientes aos provedores.
19. Intervenções sob medida	Intervenções para mudar a prática que são selecionadas com base em uma avaliação das barreiras à mudança, por exemplo, por meio de entrevistas ou pesquisas.

Fonte: Adaptado de *Cochrane* (2016).

No entanto, ainda é limitada a recomendação mais apropriada de uma intervenção isolada em detrimento de outra. Por isso, é essencial que essas estratégias continuem a ser avaliadas e documentadas na literatura para que possam ser ajustadas ou modificadas de acordo com as barreiras encontradas. Entretanto, é possível afirmar que as abordagens multifacetadas (mais de duas intervenções) são mais eficazes em relação as abordagens simples (até duas intervenções) e o tipo de intervenção a ser escolhido deve basear-se na eficácia de estratégias anteriores (WENSING *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, destaca-se a importância de utilizar intervenções educativas multifacetadas e baseadas nas melhores evidências científicas, isto é, de se traduzir

conhecimento em ação de forma ampla e segura (GRIMSHAW *et al.*, 2012; SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018; WENSING; BOSCH; GROL, 2013).

No Brasil, ainda há muita incompreensão envolvida na tradução do conhecimento, na obtenção de evidências para informar a mudança na prática e na adaptação às barreiras específicas, limitando a educação, a disseminação ativa e a integração de evidências entre profissionais e sistemas de informação (LOCKWOOD; AROMATARIS; MUNN, 2014; PÜCHEL; LOCKWOOD, 2018).

Em relação a eficácia dessas estratégias de intervenções educativas utilizadas no *KT*, isto é, para provocar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, as evidências científicas disponíveis para materiais educativos, formadores de opinião, intervenções mediadas pelo paciente, divulgação pública de desempenho, lembretes, intervenções sob medida, auditoria e *feedback*, e reuniões educacionais, foram resumidas, no quadro 2, abaixo, e embora, pareçam incipientes, elas são prática e clinicamente relevantes (WENSING *et al.*, 2020).

Quadro 2 - Evidências científicas sobre a eficácia de estratégias de intervenções educativas no *KT*.

(continua)

INTERVENÇÕES	EVIDÊNCIAS
Materiais educativos	
Giguère <i>et al.</i> (2020) - Materiais educacionais impressos: efeitos na prática profissional e resultados de saúde	Revisão com 84 estudos. Quando usados isoladamente <i>versus</i> nenhuma intervenção, os materiais educacionais impressos melhoraram os resultados da prática dos profissionais de saúde e os resultados de saúde do paciente. Mas, a sua eficácia em comparação com intervenções multifacetadas, é incerta.
Formadores de opinião locais	
Flodgren <i>et al.</i> (2019) - Formadores de opinião locais: efeitos na prática profissional e nos resultados da saúde	Revisão com 24 estudos. Os líderes de opinião locais, sozinhos ou em combinação com outras intervenções, são eficazes na promoção da prática baseada em evidências. Não está claro se o efeito difere se a educação for ministrada por formador único de opinião ou por equipes multidisciplinares de formadores.
Intervenções mediadas pelo paciente	
Fønhus <i>et al.</i> (2018) - Intervenções mediadas pelo paciente para melhorar a prática profissional	Revisão com 25 estudos. Intervenções mediadas pelo paciente melhoram a adesão profissional à prática clínica recomendada com efeito moderado.
Divulgação pública de desempenho	
Metcalfé <i>et al.</i> (2018) - Impacto da divulgação pública de dados de desempenho sobre o comportamento dos profissionais de saúde	As evidências existentes ainda incompletas para informar se a divulgação pública de dados de desempenho pode melhorar a prática clínica dos profissionais. Novos estudos devem considerar essa avaliação.

Quadro 2 - Evidências científicas sobre a eficácia de estratégias de intervenções educativas no *KT*.

(conclusão)

INTERVENÇÕES	EVIDÊNCIAS
Lembretes	
Arditi <i>et al.</i> (2017) - Lembretes gerados por computador para profissionais de saúde: efeitos na prática profissional de saúde	Revisão com 35 estudos. Há evidências de que lembretes gerados por computador para profissionais de saúde melhoram a qualidade do atendimento, em termos de conformidade com as diretrizes de prática clínica.
Intervenções sob medida	
Baker <i>et al.</i> (2015) - Intervenções sob medida para abordar os determinantes da prática	Revisão com nove estudos. A implementação sob medida é eficaz, mas o efeito é variável e tende a ser moderado. Ainda é inconclusiva a melhor forma de adaptar as intervenções e, portanto, o efeito de uma intervenção adaptada é incerto.
Auditoria e feedback	
Ivers <i>et al.</i> (2012) - Auditoria e feedback: efeitos na prática profissional e nos resultados de saúde	Revisão com 140 estudos. 'Auditoria e feedback' geralmente levam a melhorias pequenas e importantes na prática profissional. A eficácia da 'auditoria e do feedback' depende do desempenho da linha de base e de como o feedback é fornecido.
Reuniões educacionais	
Forsetlund <i>et al.</i> (2009) - Reuniões e workshops de educação continuada: efeitos sobre a prática profissional e os resultados dos cuidados de saúde	Revisão com 81 estudos. Reuniões educativas, isoladamente ou combinadas, melhoraram a prática profissional, mas o efeito é pequeno e semelhante a outros tipos de educação continuada, como 'auditoria e feedback', e 'visitas de extensão educacional'.

Fonte: Adaptado de Wensing *et al.* (2020).

Nesse ponto, é importante mencionar que independentemente de qual intervenção será utilizada, há cinco questões-chave que orientam as atividades de intervenção para a translação do conhecimento (GRIMSHAW *et al.*, 2012), conforme descrito no quadro 2 abaixo:

Quadro 3 - Questões-chave que orientam as atividades de intervenção educativa para o *KT*.

(continua)

QUESTÕES-CHAVE	DEFINIÇÃO
1. O que deve ser transferido?	Essa questão diz respeito às evidências científicas; no entanto, para a tradução do conhecimento recomenda-se a utilização de diretrizes de prática clínica, que são eficazes se o foco for os profissionais de saúde. Estudos individuais podem ser enganosos devido ao viés em sua conduta ou variações aleatórias em seus resultados, embora alguns ensaios randomizados, excepcionalmente grandes, possam ser persuasivos para justificar algumas práticas.
2. Para quem o conhecimento deve ser transferido?	Essa questão destaca que públicos-alvo variam de acordo com o tipo de pesquisa que está sendo traduzido, ou seja, os resultados da ciência básica, da pesquisa em saúde da população ou da pesquisa clínica terão os públicos-alvo diferentes. Nesse sentido, as partes interessadas podem ser: profissionais, administradores locais, formuladores de políticas nacionais, órgãos reguladores, indústria, financiador de pesquisa e outros pesquisadores.

Quadro 3 - Questões-chave que orientam as atividades de intervenção educativa para o *KT*.
(conclusão)

QUESTÕES-CHAVE	DEFINIÇÃO
3. Por quem o conhecimento deve ser transferido?	Essa questão permite esclarecer que a tradução do conhecimento pode ser feita tanto por um indivíduo (profissional de saúde, pesquisador ou usuário) quanto por um grupo, organização ou mesmo o sistema de saúde. O responsável mais apropriado varia conforme com o público-alvo. Além disso, o fator credibilidade do mensageiro é importante.
4. Como o conhecimento deve ser transferido?	Essa questão é a forma como deve ser realizada a tradução do conhecimento. O ponto inicial é o 'planejamento' do uso do modelo de <i>KT</i> para determinado contexto, seguido da 'identificação de barreiras' (estruturais: desincentivos financeiros; organizacionais: falta de instalações ou equipamentos; de grupos de pares: padrões locais de atendimento não alinhados com a prática desejada; de interação profissional e profissional-paciente). Outro ponto importante é a 'escolha da intervenção ou intervenções' que podem ser simples ou multifacetadas. A eficácia das estratégias para superar barreiras específicas ao <i>KT</i> permanece incompleta.
5. Com qual efeito o conhecimento deve ser transferido?	Essa questão relaciona-se aos objetivos do <i>KT</i> para determinado grupo de partes interessadas. Em outras palavras, a tradução do conhecimento científico é essencial para tomada de decisão de profissionais, de gestores e formuladores de política; ou seja, que as práticas baseadas em evidências reflitam na mudança de comportamento dos profissionais e nos indicadores de qualidade.

Fonte: Adaptado de Grimshaw *et al.* (2012).

1.3 Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal no Brasil

Inicialmente, é importante esclarecer que as diretrizes clínicas são documentos sancionados por conselhos nacionais, organizações especializadas ou partes interessadas do governo para auxiliar os profissionais na tomada de decisões em vários aspectos da assistência em saúde. Elas são desenvolvidas por meio de uma relevante revisão sistemática da literatura e uma avaliação (realizada por pares) dos benefícios e malefícios de cada evidência, a fim de fornecer total transparência nas recomendações (DALIYA *et al.*, 2020; STEIN; LANG; MIGOWSKI, 2018).

Além disso, para ser uma fonte ideal de recomendações para a prática, as diretrizes clínicas precisam ser confiáveis, ou seja, seguir uma metodologia rigorosa e levar em consideração as preferências do paciente, a *expertise* dos profissionais e os recursos disponíveis em cada contexto. Na situação ideal, as diretrizes clínicas devem incluir não apenas revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções, mas também a viabilidade, a adequação e o significado das práticas de saúde (JORDAN *et al.*, 2019).

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

Nesse contexto, vale mencionar o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres às informações e os serviços integrados de atendimento, com cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo, com ênfase no atendimento ginecológico de qualidade e oferta informada dos métodos anticonceptivos e ações educativas (OSIS, 1998).

Outro evento político importante instituído foi o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), criado no ano 2000, reduziu as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, melhorou a assistência à gestante e puerpera, preconizou o mínimo de seis consultas e o puerpério, a vacina e a garantia de vaga para o parto (BRASIL, 2002).

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que ampliou as ações de saúde da mulher, até então muito focadas no ciclo

gravídico-puerperal, para incluir assistência às doenças ginecológicas, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério e à violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros (BRASIL, 2004).

No entanto, a alta taxa de mortalidade materna e neonatal associada ao número de cesarianas passou a ser um grande desafio ao SUS, sugerindo violação dos direitos humanos e, no mesmo ano, 2004, foi publicado o Pacto Nacional do MS pela redução da mortalidade desse binômio. Contudo, em 2006, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo essa taxa maior no sistema suplementar, 81%. Em 2008, a taxa de cesarianas chegou a 84,5%, mesmo com as recomendações da OMS para diminuir o número de partos cirúrgicos (LEAL *et al.*, 2014).

Em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. Seguindo essas determinações, o MS em 2015, solicitou à Coordenação-Geral de Saúde da Mulher e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de uma proposta de diretriz clínica de assistência ao parto normal para utilização no SUS e saúde suplementar no Brasil (BRASIL, 2016, 2017).

A metodologia das DNAPN/MS baseou-se no levantamento e validação científica de práticas adotadas internacionalmente, adaptando-as à realidade local e construindo consensos entre outras instituições, sociedades e associações de profissionais médicos e de enfermagem e das mulheres, e passaram por uma consulta pública até fevereiro de 2016, antes da publicação do seu relatório de recomendação, no intuito de sintetizar e avaliar a informação científica disponível em relação às práticas na assistência ao parto e ao nascimento, de modo a qualificá-los e contribuir com a melhoria da assistência obstétrica no Brasil (COFEN, 2017).

Finalmente, em fevereiro de 2017, foi publicada a Portaria nº 353 do MS, que aprovou as DNAPN com 225 recomendações para a assistência à parturiente e ao recém-nascido em oito áreas distintas: 1) unidade onde é realizada a assistência; 2) cuidados gerais durante o trabalho de parto; 3) alívio da dor durante o trabalho de parto; 4) cuidados durante a primeira fase do parto; 5) cuidados durante a segunda fase do parto; 6) cuidados durante a terceira fase do parto; 7) cuidados maternos imediatamente após o parto; e 8) cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2017).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia de intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar as práticas obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras.
- Realizar intervenções educativas, em conformidade com as DNAPN/MS.
- Avaliar o impacto das intervenções educativas nas práticas obstétricas dos profissionais.

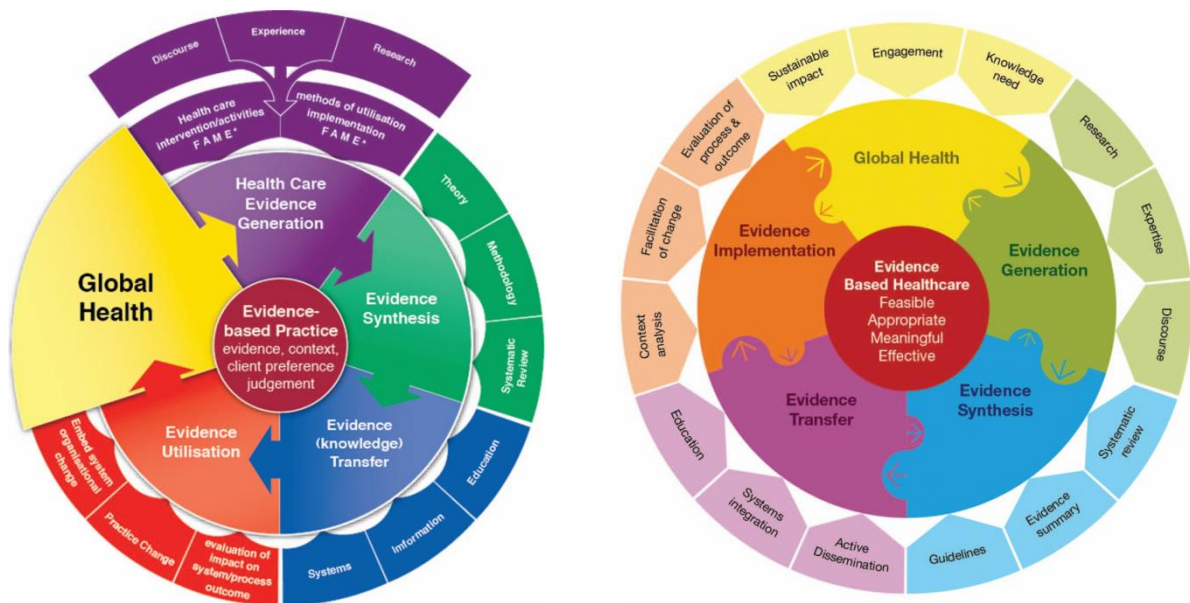
3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo longitudinal, quase experimental, que seguiu o processo de auditoria clínica, sugerido pela metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do Instituto Joanna Briggs (JBI), sediado em Adelaide, Austrália (CÔRTEZ *et al.*, 2015), que desenvolveu uma metodologia própria com ferramentas da pesquisa-ação, que compreende três fases: 1) pré-auditoria; 2) implementação das práticas; 3) pós-auditoria.

O modelo JBI de saúde baseada em evidências foi publicado pela primeira vez em 2005 e, desde então, tem sido amplamente referenciado na literatura. Ele conceituou a prática baseada em evidências como: tomada de decisão clínica que considera a melhor evidência disponível; o contexto em que o atendimento é prestado, a preferência do cliente e o julgamento clínico do profissional de saúde. O modelo de 2005 descrevia quatro componentes principais (Figura 1) como sendo geração de evidência, síntese de evidências, transferência de evidências ou de conhecimento e utilização de evidências, com cada modelo estruturado para incorporar seus elementos essenciais (JORDAN *et al.*, 2016).

Figura 1 e 2 - Modelo original e novo do JBI de saúde baseada em evidências, 2005, 2015.



Fonte: Jordan *et al.* 2016, 2019.

Em 2015, um grupo de trabalho do JBI atualizou o modelo com base nos resultados de uma análise de citação e no processo de engajamento das partes interessadas (Figura 2). No modelo novo, os “segmentos internos” fornecem a conceituação do JBI nas principais etapas envolvidas no processo de obtenção de uma abordagem baseada em evidências para a tomada de decisão clínica, enquanto os “segmentos externos” operacionalizam as partes componentes do modelo e articulam como elas podem ser acionadas de maneira pragmática (JORDAN *et al.*, 2019).

Embora tenham sido feitas algumas pequenas alterações estruturais e de design no modelo novo, a integridade do modelo original foi mantida em mente. As alterações incluem mudanças de cores, consistência de fatias externas e introdução de setas indicando um fluxo bidirecional em todo o modelo (as setas não são do mesmo tamanho para garantir que haja clareza direcional e evitar a aparência de ser prescritivo). Este é um esclarecimento importante, no qual existem evidências de alta qualidade para um tópico, não há necessidade de pesquisas adicionais (geração de evidências); portanto, a partir da síntese, se oferece o caminho mais direto para informar as melhores práticas. Em muitos domínios de prática, há necessidade de intervenções educacionais sustentadas para promover a transferência de evidências, e isso também pode estar vinculado à implementação. Em síntese, o ponto de partida do modelo novo pode estar na saúde global, ou síntese, ou transferência, ou no contexto correto também pode estar no ponto de implementação (JORDAN *et al.*, 2019).

Atualmente, o JBI é uma organização global sem fins lucrativos comprometida com o desenvolvimento, promoção e apoio à Prática Baseada em Evidências (PBE) e à prática de CSBE no mundo, por ser uma organização internacional líder para a tradução, transferência e implementação de evidências da aplicabilidade, adequação ao contexto, significado para o usuário e eficácia das práticas de cuidados de saúde. Assim, o JBI disponibiliza dentre outros recursos (APÓSTOLO, 2017):

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

- O *JBI Comprehensive Systematic Review Training Program* e o *JBI Evidence Based Clinical Fellowship Program* para preparar os clínicos para a síntese e implementação da evidência na prática. No Brasil, ambos podem ser realizados na Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo (EEUSP) ou consultados em: <http://joannabriggs.org/jbi-education.html>.

No tocante à metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica, o JBI, propõe, que na fase 1, o tópico a ser auditado deve ser muito bem definido e a equipe de auditoria deve ser estabelecida, incluindo as partes interessadas, ou seja, os diretores, os responsáveis técnicos, os profissionais do serviço, ou seja, os “profissionais-chave” (*key stakeholders*), que representam as pessoas envolvidas no processo gerencial e assistencial, das quais dependem as barreiras e facilidades encontradas na instituição para o desenvolvimento do projeto (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

Grimshaw e colaboradores (2012) acrescentam que os pacientes, a comunidade, os administradores locais, os da política nacional, órgãos reguladores, a indústria, os financiadores de pesquisa e os pesquisadores também poderão possibilitar as condições necessárias para disseminar o projeto e fornecerão o *feedback* relacionado aos resultados.

Ainda na fase 1, os critérios para auditoria devem ser identificados e a pré-auditoria é realizada, para obter os parâmetros a serem avaliados após a implementação das práticas. Na fase 2, são utilizadas as estratégias para a implementação das práticas (intervenções educativas) e os recursos necessários para superar as barreiras encontradas. A fase 3, baseia-se nos mesmos critérios, instrumentos e fonte de dados da pré-auditoria (fase 1). Nesta última fase, deve-se avaliar o impacto das intervenções realizadas na implementação das práticas no cuidado à saúde (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

3.2 Local do estudo

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

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por enfermeiros e médicos. Os profissionais elegíveis foram aqueles que atenderam os seguintes critérios de inclusão: possuir o título de especialista em obstetrícia ou estar cursando especialização ou ser residente nessa especialidade; e atuar na assistência direta ao parto normal nos últimos 12 meses. A amostra foi constituída por 12 obstetras (quatro enfermeiros e oito médicos).

3.4 Fases do estudo e coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em três fases, descritas a seguir:

3.4.1 Fase 1: Pré-auditoria

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

a) Equipe de auditoria

A equipe de auditoria foi estabelecida a partir de reuniões prévias com o diretor geral do HES (autorizou a auditoria e as intervenções), a coordenadora de enfermagem e o chefe de obstetrícia (foram comunicados sobre o projeto para aumentar a adesão entre os participantes), o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do HES (colaborou na logística da implementação das práticas), enfermeiros da maternidade do HES (colaboradores na logística das reuniões, auditoria e intervenções) e os próprios pesquisadores (responsáveis pela auditoria, intervenções, coordenação e supervisão do projeto).

b) Critérios de auditoria

Para determinar os níveis de cumprimento das recomendações das DNAPN/MS, foram utilizados alguns critérios de auditoria estabelecidos a partir de reuniões prévias com a equipe de auditoria, a saber:

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: deambulação ou movimentação; banho de chuveiro; avaliação do trauma perineal (classificação da laceração); uso do anestésico (episiotomia e reparo de lacerações); uso de ocitocina na terceira fase do parto; conduta ativa na terceira fase do parto; técnica de proteção manual do períneo; ingestão de líquidos e alimentos; clampeamento do cordão umbilical após o 1º minuto; reparo de todas as lacerações perineais, inclusive, de 1º grau; exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau; presença do acompanhante de livre escolha da mulher; massagem de relaxamento; posição no parto de escolha da mulher; uso da sutura contínua não ancorada na mucosa e no músculo; uso da técnica de sutura contínua intradérmica na pele; posição no parto de cócoras; posição no parto de quatro; posição no parto lateral; uso do fio sintético absorvível na sutura perineal; compressa morna no períneo para prevenir trauma.

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: uso do fio biológico catagute na sutura perineal; técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos; posição no parto supina ou semi-supina (litotômica); puxos dirigidos; uso da manobra de Kristeller; uso de amniotomia de rotina; uso de ocitocina de rotina na primeira fase; episiotomia de rotina.

c) Auditoria de base

Para identificar as práticas obstétricas recomendadas ou realizadas por obstetras do local de estudo, antes das intervenções educativas, realizou-se 12 entrevistas face-a-face de 15 minutos com quatro enfermeiros e oito médicos, através de um questionário estruturado (Apêndice A), entre os meses de maio e junho de 2019. O questionário possui 29 questões e cinco opções de respostas na “escala de *Likert*”: "nunca", "raramente", "às vezes", "maioria das vezes" e "sempre", atribuídas a valores lineares numéricos de 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente.

Optou-se, nesta pesquisa, por respostas em escala *Likert* porque, de acordo Bishop e Herron (2015), as respostas em *Likert* são esquemas psicométricos de pontuação de itens muito populares para tentar quantificar as opiniões, interesses ou eficácia percebida de intervenções (esta última se aplica aos nossos objetivos). Além disso, as perguntas do questionário dos profissionais estão relacionadas aos mesmos critérios de auditoria estabelecidos a partir das recomendações das DNAPN/MS.

Os dados da auditoria de base permitiram avaliar o impacto das intervenções educativas nas práticas obstétricas dos profissionais, na fase 3 da pesquisa, em conformidade

com as DNAPN/MS.

3.4.2 Fase 2: Implementação das práticas (intervenções educativas)

Na fase 2, foram realizadas duas intervenções educativas direcionadas aos profissionais de saúde envolvendo “auditoria e feedback” e “diretrizes de prática clínica”, recomendadas pela *Cochrane Collaboration* em sua taxonomia de intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento de profissionais de saúde (COCHRANE, 2016). Assim, a fase 2 foi iniciada logo após cada entrevista, onde apresentou-se e discutiu-se as evidências científicas de acordo com os critérios de auditoria e as recomendações das DNAPN/MS.

No *feedback*, de tempo variável entre 10 e 15 minutos, um resumo verbal do desempenho dos profissionais pôde incluir as recomendações na prática clínica. Além disso, em agosto de 2019, 12 *banners*, medindo 120 x 90 centímetros, foram fixados em forma de adesivos desde a recepção do HES até as salas de parto para reforçar aos profissionais àquelas recomendações das DNAPN/MS de prática clínica. Os *banners* foram organizados da seguinte forma: três na recepção geral do HES (Foto 1), três na recepção da maternidade (Foto 1), três na sala de pré-parto (Foto 2) e três na sala de parto (Foto 2), totalizando 12 *banners*. A arte “matriz” dos três *banners* está disponível nos apêndices B, C e D.

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



Fonte: Dados da pesquisa.

A estratégia de utilizar os *banners* adesivos para reforçar as recomendações das “diretrizes de prática clínica” foi proposta porque sabe-se que em relação à outras já utilizadas e avaliadas, ainda há pouca evidência sobre o seu impacto na translação de conhecimento (GRIMSHAW *et al.*, 2012; JORDAN *et al.*, 2019; WENSING; BOSCH; GROL, 2013).

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



Fonte: Dados da pesquisa.

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

3.4.3 Fase 3: Pós-auditoria

Considerando que o JBI não estabelece prazos fixos para que a pós-auditoria ocorra, foi proposto, inicialmente, que a terceira fase da pesquisa fosse iniciada 90 dias após o término da fase 2, isto é, a partir de 1º de novembro de 2019. No entanto, considerando a interrupção da fase 2, a pós-auditoria foi iniciada 60 dias após o término da fase 2, a partir de 1º de outubro de 2019, com a finalidade de comparar os resultados.

Nesta fase, os pesquisadores entrevistaram nove profissionais (quatro enfermeiros e cinco médicos) daqueles que participaram da pré-auditoria, *feedback* e que atuaram na assistência ao parto, durante o período em que os *banners* estavam disponíveis no HES,

utilizando-se o mesmo instrumento (questionário de repetição) e critérios de inclusão. Portanto, nas fases 1 e 3, foram utilizadas amostras dependentes de profissionais.

3.5 Análise dos dados

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

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

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

$$RM = \Sigma VC / NT$$

Onde Σ =soma; VC= valores de cada critério; e NT= n° total de sujeitos respondentes

Neste modelo, proposto por Oliveira (2005), considera-se que o escore do RM > três demonstra profissionais mais favoráveis à recomendação ou realização das práticas ou das intervenções obstétricas, enquanto que o escore do RM < três indica profissionais menos favoráveis. O escore do RM = três representa o “ponto neutro” na escala *Likert*, isto é, profissionais nem mais e nem menos favoráveis à recomendação ou realização de práticas ou intervenções obstétricas.

Além disso, verificou-se também o *Ranking* Médio Total (RMT), que é a soma dos valores sumativos de todos os critérios, dividida pelo número de sujeitos respondentes. O RMT segue as recomendações de Carifio e Perla (2008), onde segundo eles, todas as escalas verdadeiras devem necessariamente incluir perguntas múltiplas sobre um determinado tópico

cuja pontuação somada reflete a escala ou a medida. O RMT foi obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{RMT} = \Sigma \text{VSC} / \text{NT}$$

Onde Σ =soma; VSC= valores sumativos de todos os critérios; e NT= nº total de sujeitos respondentes

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

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis independentes foram as intervenções educativas (fase 2) do estudo, visando à implementação das práticas recomendadas pelas DNAPN/MS.

Foram consideradas como variáveis dependentes todos os critérios de auditoria estabelecidos, avaliados e comparados antes e após as intervenções educativas.

3.7 Aspectos éticos

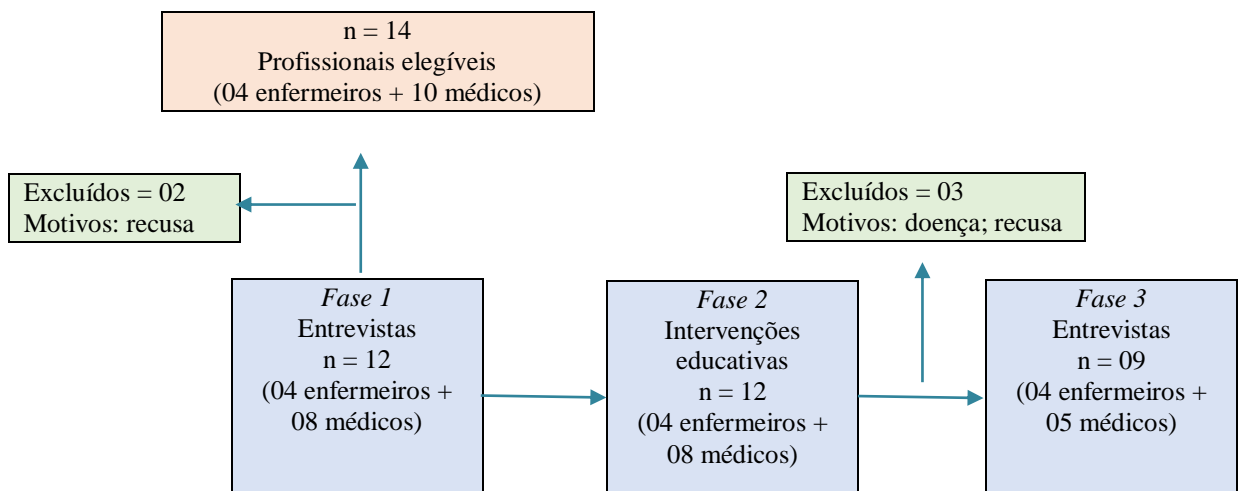
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sob o parecer nº 2.853.419 (ANEXO 1). Também foi solicitada a autorização (ANEXO 2) do NEPS/HES antes do início da coleta de dados. Em todas as etapas do estudo, a participação dos profissionais foi voluntária, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), observando-se as diretrizes e normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados se referem às respostas das 21 entrevistas realizadas com os profissionais que prestam assistência ao parto no HES e que foram incluídos na amostra, considerando uma escala *Likert* de um a cinco pontos, com as alternativas “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “maioria das vezes” ou “sempre”.

Na fase 1, participaram do estudo quatro enfermeiros e oito médicos; na fase 3, houve perda de segmento de três médicos (um teve problemas de saúde e mudou-se de Estado, outros dois não quiseram participar), e apenas quatro enfermeiros e cinco médicos foram entrevistados. A amostra final, respectivamente, na fase 1 e 3, foi de 12 e nove profissionais, respectivamente (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 - Fluxograma de participantes do Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a caracterização da amostra, apenas dois enfermeiros ainda estavam cursando especialização em obstetrícia e todos os médicos já eram especialistas na área; o tempo médio de assistência direta ao parto normal foi de 2,2 anos para enfermeiros e 18,2 anos para médicos.

4.1 Impacto nas práticas obstétricas

Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, as práticas obstétricas que tiveram diferença estatística na recomendação foram ‘uso do fio sintético absorvível na sutura perineal’ ($p=0,003$) e ‘compressa morna no períneo como técnica de prevenção do trauma’ ($p=0,031$). Houve aumento da proporção favorável de profissionais que recomendam ou realizam a sutura perineal com fio sintético absorvível (RM=1,25 *versus* RM=3,00) e que recomendam ou realizam a técnica de compressa morna no períneo (RM=1,00 *versus* RM=2,33).

Para algumas práticas, também houve adesão favorável (RM>3,00) dos profissionais em recomendá-las ou realizá-las, com aumento na diferença média, porém, sem significância estatística, entre as fases 1 e 3. Essas práticas, enfatizadas nos *banners* como recomendadas pelas DNAPN/MS, foram: banho de chuveiro, avaliação do trauma perineal, clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto, exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau, massagem de relaxamento, posição no parto de escolha da mulher e uso da sutura contínua em todos os planos de tecidos. Duas exceções foram a conduta ativa na terceira fase do parto e a ingestão de líquidos e alimentos, que também tiveram adesão favorável (RM>3,00), mas mantiveram a mesma diferença média, entre as fases 1 e 3.

Ainda houve outras práticas com adesão favorável (RM>3,00), mas com redução na diferença média e sem diferença estatística, entre as fases 1 e 3. Nesse grupo, está a deambulação ou movimentação da mulher, uso do anestésico antes da episiotomia ou antes do reparo de lacerações, uso de ocitocina na terceira fase do parto, técnica de proteção manual do períneo e reparo de todas as lacerações perineais. Uma exceção foi a recomendação da presença do acompanhante de livre escolha da mulher, que estava no “ponto neutro” (RM=3,00), na fase 1, e proporcionalmente, tornou-se desfavorável (RM=2,00), na fase 3, sem diferença estatística.

Além disso, a recomendação das posições de cócoras, de quatro e lateral e, a técnica de compressa morna no períneo, foram desfavoráveis (RM<3,00) em todas as fases de auditoria do estudo, mas com aumento na diferença média e sem significância estatística (exceto a compressa morna no períneo, que houve significância), entre as fases 1 e 3. Os dados referentes ao impacto da translação do conhecimento nas práticas obstétricas são apresentados na tabela 1.

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

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

**Teste t de Student*

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 Impacto nas intervenções obstétricas

O uso da manobra de Kristeller foi a única intervenção obstétrica em que houve diferença estatística ($p=0,023$), entre as fases 1 e 3 do estudo. Proporcionalmente, houve redução de profissionais que recomendam ou realizam a manobra de Kristeller (RM=2,42 *versus* RM=1,78) na assistência ao parto.

Ainda houve adesão favorável (RM>3,00) dos profissionais em recomendar ou realizar algumas intervenções obstétricas, porém, com redução na diferença média e sem

diferença estatística, entre as fases 1 e 3. Foi o caso do uso do fio biológico categut na sutura perineal, do uso da técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos e da posição no parto supina ou semi-supina (litotômica).

Ademais, as intervenções obstétricas mais desfavoráveis ($RM < 3,00$) em todas as fases de auditoria do estudo foram os puxos dirigidos, o uso de amniotomia de rotina, o uso de ocitocina de rotina na primeira fase do parto e a episiotomia de rotina, com redução na diferença média e sem diferença estatística, entre as fases 1 e 3 (exceto a episiotomia de rotina, em que houve leve aumento na diferença média). A tabela 2 apresenta os dados comparando as intervenções obstétricas nas diferentes fases.

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

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

**Teste t de Student*

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 *Ranking* médio total

Conforme descrito no Método, foi verificada a média da soma das respostas de todos os participantes para a obtenção do *Ranking* Médio Total da escala *Likert*. Assim, o RMT das práticas obstétricas é o resultado da soma dos valores sumativos de 21 critérios de auditoria, dividido por 12, na fase de pré-auditoria ($RMT = \Sigma \text{valores sumativos de 21 critérios} / 12$), e por nove na fase de pós-auditoria ($RMT = \Sigma \text{valores sumativos de 21 critérios} / 9$). Para o RMT das intervenções obstétricas, dividiu-se o resultado da soma dos valores sumativos de oito critérios de auditoria por 12, na fase de pré-auditoria ($RMT = \Sigma \text{valores sumativos de 8}$

critérios/12), e por nove na fase de pós-auditoria (**RMT=Σ valores sumativos de 8 critérios/9**).

De acordo com o RMT, houve aumento da proporção de profissionais favoráveis à recomendação ou realização de práticas obstétricas, após a exposição dos *banners*, na comparação entre as fases 1 e 3 (RMT=68 *versus* RMT=73,1), porém, sem diferença estatística significativa ($p=0,176$). Por outro lado, reduziu a proporção de profissionais recomendando ou realizando intervenções obstétricas desnecessárias (RMT=22,8 *versus* RMT=19,2), com diferença estatística ($p=0,024$), entre as fases 1 e 3 (Tabela 3).

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

Práticas e intervenções obstétricas	Fase 1	Fase 3	Diferença	p-valor*
	<i>Likert</i>	<i>Likert</i>		
Práticas obstétricas	68	73,1	7,5%	0,176
Intervenções obstétricas	22,8	19,2	-15,8%	0,024

**Teste t de Student*

Fonte: Dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo longitudinal realizado no centro obstétrico do Hospital Estadual de Santana para avaliar o impacto de intervenções educativas nas práticas obstétricas dos profissionais que atuam na assistência ao parto normal. No projeto de pesquisa pretendia-se analisar práticas clínicas identificadas nos prontuários, no entanto, verificou-se que a quantidade e a qualidade dos registros foram deficientes para todas as variáveis estudadas, sugerindo que esses dados são subestimados, limitando a possibilidade de análise e discussão desses achados.

Estudos recentes realizados em nosso meio que investigaram as mesmas práticas e intervenções na assistência ao parto mostraram dificuldade na avaliação dos registros de prontuários por ausência de registros (SANTOS; RIESCO, 2016; CÔRTEZ *et al.*, 2018). Portanto, será realizada apenas a análise dos resultados obtidos nas entrevistas com os profissionais.

5.1 Práticas obstétricas

Em relação às práticas obstétricas avaliadas neste estudo, os resultados mostram que após as intervenções educativas, houve diferença estatística no aumento da proporção favorável de profissionais que recomendam ou realizam a sutura perineal com fio sintético absorvível e a técnica de compressa morna no períneo.

Para essas duas práticas, é interessante esclarecer que esse achado não significa que os profissionais as estejam realizando, mas que eles podem ter compreendido a importância de recomendá-las para reduzir morbidades maternas associadas ao trauma perineal. Isso porque, embora essas práticas tenham sido enfatizadas nos *banners* como recomendadas pelas DNAPN/MS, há pouca infraestrutura (material indisponível ou inadequado) e ou facilitadores de mudança da prática clínica (treinamentos ou atualização) para os profissionais do centro obstétrico.

A sutura perineal com fio sintético absorvível e a técnica de compressa morna no períneo são práticas demonstradamente úteis no manejo do cuidado perineal no parto. O uso de suturas sintéticas absorvíveis de lacerações e episiotomias de primeiro e segundo grau resultam em menor probabilidade de dor perineal pós-parto, de dispareunia e de deiscência, do que as suturas de catagute. A única desvantagem é o tempo de que a sutura sintética leva

para ser totalmente absorvida, podendo chegar a 120 dias, no caso do *Monocryl*® ou aproximadamente 42 dias, se for usado o *Vicryl Rapide*™ e, raramente há a necessidade de remoção dessa sutura (KETTLE; JOHANSON, 2013; FROHLICH; KETTLE, 2015; SANTOS; RIESCO, 2016; ODIJK *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (AASHEIM *et al.*, 2017), com 15.181 mulheres, avaliou o efeito de diferentes técnicas perineais no período expulsivo do parto na incidência do trauma perineal. Os autores concluíram que o uso de compressa morna pode reduzir a ocorrência de lesões perineais de terceiro e quarto grau. O procedimento mostrou-se aceitável para as mulheres e tem sido recomendado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2016) e pela *World Health Organization* (2018) para os cuidados na segunda fase do trabalho de parto e o parto.

Embora sem diferença estatística, algumas práticas obstétricas tiveram aumento da proporção favorável de profissionais em recomendá-las ou realizá-las, após a exposição dos *banners*, foram: banho de chuveiro, avaliação do trauma perineal, clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto, exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau, massagem de relaxamento, posição no parto de escolha da mulher e uso da sutura contínua em todos os planos de tecidos.

Esses achados foram considerados satisfatórios porque embora os profissionais tenham se tornado mais favoráveis às recomendações, essas práticas eram incipientes e raramente foram utilizadas no centro obstétrico do HES. Uma observação importante, foi em relação ao banho de chuveiro, que no local do estudo, ainda é realizado com água fria, por falta instalações elétricas no banheiro para tal finalidade.

A recomendação do banho de chuveiro com água morna é uma estratégia benéfica não farmacológica para o alívio da dor com efeito relaxante da musculatura corporal, de baixo custo em relação a outros métodos, de fácil aplicabilidade, que ajuda a parturiente na diminuição da tensão, do medo e da pressão arterial. Além disso, promove o aumento da dilatação do colo uterino, proporciona conforto e favorece a formação de vínculo com a equipe de enfermagem (CÔRTEZ *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2018).

É importante destacar que alguns profissionais relataram, durante o período em que os *banners* ficaram disponíveis, que não tinham segurança para avaliar ou classificar sozinhos o trauma perineal, principalmente no esfíncter anal. Isso foi preocupante porque os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de avaliá-lo para assegurar que as estruturas e os tecidos envolvidos sejam reparados.

A falta de conhecimento em anatomia perineal pode levar à inadequada avaliação do trauma, especialmente, os de terceiro e quarto grau, que são subestimados. A avaliação inclui a classificação do trauma em primeiro grau (envolve pele e mucosa); segundo grau (estende-se aos músculos perineais); terceiro grau (envolve o esfíncter anal e é sub-classificada em 3a: lesiona <50% da extensão do esfíncter anal externo; 3b: lesiona >50% da extensão do esfíncter anal externo; 3c: lesiona toda a extensão do esfíncter anal externo e interno); quarto grau (estende-se ao epitélio anal) (JIANG *et al.*, 2017; SANTOS; RIESCO, 2016).

No local do estudo, o clampeamento do cordão umbilical, tem sido realizado, antes do primeiro minuto, após os nascimentos de bebês a termo em boas condições, iniciando-se, simultaneamente, os cuidados imediatos. Essa prática, embora, seja realizada com frequência, não possui base científica, estando em desacordo às recomendações das DNAPN/MS.

O clampeamento do cordão umbilical, pelo menos 60 segundos após o nascimento de recém-nascidos, entre 37 e 42 semanas, sem necessidade de estabilização, resulta em aumento de cerca de 96 ml sangue por transfusão placentária e em média 101g de peso para o bebê. Como resultado, a hemoglobina 48 horas após o nascimento, é mais alta e a deficiência de ferro durante a infância é menos frequente (MCDONALD *et al.*, 2014; VAIN, 2015). Se o clampeamento do cordão umbilical ocorrer até 90 segundos, desde que > 60 segundos, pode não apenas melhorar o *status* hematológico precoce dos recém-nascidos, mas também evitar icterícia neonatal excessiva que exija fototerapia (QIAN *et al.*, 2020).

Em relação ao exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau, os profissionais enfermeiros referiram que, antes das intervenções educativas, consideravam desnecessário ou não tinham certeza de sua responsabilidade nesse exame ou ainda que a sua realização fosse de competência exclusiva do médico. Porém, de acordo com as DNAPN/MS, tanto as enfermeiras obstétricas, as obstetrites, como os médicos obstetras envolvidos na assistência ao parto devem estar adequadamente treinados nesse tipo de avaliação e reparo do trauma genital, certificando-se que essas habilidades sejam mantidas (BRASIL, 2017). Assim, é recomendável que o exame retal seja realizado nos casos de trauma de terceiro e quarto grau, para verificar se a sutura não foi, inadvertidamente, inserida através da mucosa retal (SANTOS; RIESCO, 2016; SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018).

A massagem de relaxamento para o controle da dor no trabalho de parto, antes das intervenções educativas, foi uma prática obstétrica ausente, no local do estudo, com profissionais nem mais e nem menos favoráveis à sua recomendação, sendo observada uma maior adesão após a exposição dos *banners*, especialmente, por profissionais enfermeiros ou

médicos com menor tempo de formação.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (SMITH *et al.*, 2018), com 1.055 mulheres, avaliou o efeito, a segurança e a aceitabilidade de métodos manuais de relaxamento para controlar a dor no trabalho de parto. Os autores concluíram que, embora, haja necessidade de mais pesquisas para abordar os resultados, o uso da massagem pode ter um papel não só na redução da dor, mas também na duração do trabalho de parto, na melhora do senso de controle e da experiência emocional do trabalho de parto. No entanto, a *World Health Organization* (2018) tem recomendado o procedimento apenas como uma opção para o alívio da dor na primeira fase do parto.

A recomendação da livre escolha da posição no parto pela mulher foi pouco favorável entre os profissionais antes das intervenções educativas. No centro obstétrico, a posição supina no período expulsivo era uma regra imposta pela rotina, inclusive nas parturientes de risco habitual, sendo estas desencorajadas a adotarem qualquer outra posição que achassem mais confortável. Entretanto, observou-se profissionais mais favoráveis à sua recomendação da livre escolha na pós-auditoria.

Há um consenso na literatura (BRASIL, 2017; LEAL *et al.*, 2019; TRAPANI JÚNIOR, 2019) de que a posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente, incluindo posições verticalizadas, em situações normais.

Sobre a recomendação do uso da sutura contínua em todos os planos de tecidos perineais, os profissionais foram menos favoráveis na pré-auditoria, e suas ponderações durante as entrevistas eram de que a técnica de sutura interrompida seria mais segura para as mulheres, causaria menos morbidades e, principalmente, evitaria a deiscência. Após a exposição dos *banners*, os profissionais foram mais favoráveis à recomendação da sutura contínua.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2013), com 8.184 mulheres, avaliou os efeitos de suturas absorvíveis contínuas *versus* suturas interrompidas de episiotomia e lacerações perineais de segundo grau após o parto. Os autores concluíram que a técnica de sutura contínua, em comparação com a técnica interrompida, está associada com menor analgesia até 10 dias após o parto, menor uso de material de sutura (fio e anestesia) e menor remoção de sutura. Evidências mais recentes (FROHLICH; KETTLE, 2015; MARTÍNEZ-GALIANO *et al.*, 2019; SANTOS; RIESCO, 2016) apontam que a sutura contínua no reparo dos tecidos perineais está associada com o aumento da satisfação e sensação de normalidade da mulher até três meses pós-parto e menor incidência de

incontinência urinária até o 15º dia.

Duas exceções em relação àquelas práticas em que houve adesão favorável dos profissionais em recomendá-las ou realizá-las, foram a conduta ativa na terceira fase do parto e a ingestão de líquidos e alimentos, que mantiveram a mesma diferença média, entre as fases 1 e 3. Em ambos os casos, as práticas não apresentaram melhora após as intervenções.

A conduta ativa na terceira fase do parto vai do nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas e, envolve um conjunto de intervenções que incluem o uso rotineiro de substâncias uterotônicas, o clampeamento e secção precoce do cordão umbilical (tempo > 1º minuto e < 5º) e a tração controlada do cordão após sinais de separação placentária (BRASIL, 2017).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (BEGLEY *et al.*, 2019), com 8.892 mulheres, comparou os efeitos do manejo ativo *versus* expectante na terceira fase do parto na hemorragia primária grave pós-parto e outros desfechos maternos e neonatais. Os autores recomendam que as mulheres devem receber informações sobre os benefícios e malefícios de ambas as condutas, ativa *versus* fisiológica, para a escolha informada. No entanto, concluíram que a conduta ativa é recomendada na assistência à terceira fase do parto, pois está associada com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea pós-parto.

Sobre a recomendação da oferta de líquidos ou alimentos à parturiente, no local do estudo, houve muita preocupação de profissionais em restringi-la com a justificativa de reduzir o risco de aspiração do conteúdo gástrico, em caso de possível ato anestésico.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013), com 3.130 mulheres, avaliou os benefícios e malefícios do fluido oral ou restrição alimentar durante o trabalho de parto. Os autores concluíram que o risco de aspiração está diretamente ligado ao uso de anestesia geral no parto, que não tem sido muito utilizada nos dias atuais. Portanto, não existem evidências que apoiem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral e, ao contrário, repõe fontes de energia essenciais, previne a desidratação e a cetose.

Àquelas outras práticas que também tiveram adesão favorável dos profissionais, mas com redução na diferença média, entre as fases 1 e 3 do estudo (deambulação ou movimentação da mulher, uso do anestésico antes da episiotomia ou antes do reparo de lacerações, uso de ocitocina na terceira fase do parto, técnica de proteção manual do períneo e reparo de todas as lacerações perineais) já eram percebidas no centro obstétrico da maternidade, algumas mais tímidas que outras, entretanto, demonstraram-se menos favoráveis

na pós-auditoria. Um fato intrigante, que poderia justificar essa redução, foi a ocorrência do episódio em que um médico removeu todos os *banners* da sala de pré-parto e de parto entre 48h e 72h após o início da exposição. Isso pode ter gerado desconforto entre os profissionais favoráveis à adesão das práticas recomendadas pelas DNAPN/MS.

A deambulação ou movimentação da mulher durante o trabalho de parto ainda está comprometida no HES, que possui pouco espaço adequado à sua recomendação, limitando as parturientes entre as camas da sala de pré-parto. Contudo, essa prática é uma tecnologia de baixo custo muito importante. Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (LAWRENCE *et al.*, 2013), com 5.218 mulheres, avaliou os efeitos da mobilidade durante a primeira fase do parto e, concluiu que há evidências claras que as caminhadas diminuem o tempo do trabalho de parto, o risco de cesarianas e não parece estar associada a maior intervenção ou efeitos negativos no binômio mãe-filho. Evidências mais recentes (LEAL *et al.*, 2019; TRAPANI JÚNIOR, 2019) também recomendam a livre movimentação da mulher na primeira fase do parto para tornar as contrações uterinas mais eficientes, aumentar o fluxo sanguíneo fetal, reforçar o controle materno na parturição e oportunizar maior interação da mulher com o acompanhante.

A adesão favorável dos profissionais em recomendar o uso do anestésico antes da episiotomia ou antes do reparo de lacerações perineais, foi um achado relevante neste estudo, pois sabe-se que a prática de reparo perineal sem anestesia local, mesmo que pouco frequente, ainda ocorre nos hospitais brasileiros (SANTOS, 2017), com a justificativa de que o períneo da mulher é indolor logo após o período expulsivo e que, às vezes, o trauma é tão pequeno que não justifica realizar a anestesia. No entanto, a infiltração de anestésico local na região perineal é um dos princípios básicos para realizar o reparo de traumas perineais, assegurando a analgesia efetiva e realizando nova dose de lidocaína 1% ou equivalente até no máximo 20 ml e, a sua não utilização configura violência obstétrica institucional (ANDRADE *et al.*, 2016; SANTOS; SOUZA, 2015).

O uso de ocitocina na dequitação tem sido recomendado como método de profilaxia hemorrágica pelos profissionais desse estudo. Dessa maneira, é importante esclarecer que, embora, na primeira fase do parto, a infusão intravenosa de ocitocina de rotina seja considerada uma intervenção obstétrica quando usada em mulheres que estejam progredindo bem (CÔRTEZ *et al.*, 2018), na terceira fase do parto, a sua administração em todas as pacientes (10 UI, intramuscular/intravenosa), após o desprendimento da criança e, antes do clampeamento e corte do cordão umbilical, é recomendada pelas DNAPN/MS como método

profilático da hemorragia pós parto.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (SALATI *et al.*, 2019), com 10.018 mulheres, avaliou a eficácia da profilaxia com ocitocina *versus* alcaloides do *ergot* na terceira fase do parto para prevenir a hemorragia pós-parto e outros resultados maternos adversos. Os autores concluíram que a ocitocina profilática, em comparação com nenhum uterotônico, pode reduzir a perda de sangue e a necessidade de uterotônicos adicionais; que os alcaloides do *ergot* tem menor risco de dequitação prolongada em comparação com a ocitocina, mas tem mais efeitos colaterais; que não há evidências suficientes para avaliar a dosagem e a via ideal de administração da ocitocina. No entanto, a *World Health Organization* (2018) orienta que se a ocitocina não estiver disponível, o uso de outros uterotônicos como a ergometrina ou metilergometrina (intramuscular) ou o misoprostol (via retal) são recomendados.

A técnica de proteção manual do períneo é parte da rotina dos profissionais que atuam na assistência ao parto no HES. Sobre essa prática obstétrica, embora as DNAPN/MS considerem que tanto a técnica de *Hands-on* ou “mãos sobre” (proteger o períneo) quanto a técnica de *Hands-off* ou “mãos prontas” (com as mãos sem tocar o períneo, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para os cuidados com o períneo no período expulsivo do parto, ainda há pouca evidência disponível na literatura para apoiá-las (SANTOS; RIESCO, 2016).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (AASHEIM *et al.*, 2017), com 15.181 mulheres, avaliou o efeito de diferentes técnicas perineais no período expulsivo do parto, incluindo a proteção perineal na incidência do trauma perineal. Os autores concluíram que usar as mãos para proteger o períneo (*Hands-on*) pode aumentar a ocorrência de episiotomia.

O reparo de todas as lacerações perineais, inclusive de primeiro grau, é uma prática obstétrica tímida no local do estudo. Vale mencionar que, anteriormente, houve recomendações na literatura (CAMARGO; ARAÚJO; OCHIAI, 2015; ELHARMEEL, 2011) de que não havia necessidade de reparo para as lacerações de primeiro e segundo grau, e que a decisão em suturar ou não o trauma perineal era baseada na avaliação clínica dos profissionais e na preferência das mulheres; essa decisão devia ser tomada depois de informá-las sobre a chance de um processo de cicatrização mais lento da ferida, se o trauma perineal for deixado sem suturar, porém com possível melhor sensação de bem-estar geral.

Por outro lado, as DNAPN/MS orientam aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas; que no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização (BRASIL, 2017).

Uma exceção naquelas práticas que tiveram redução na diferença média, foi a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, com profissionais nem mais e nem menos favoráveis à sua recomendação na pré-auditoria, e que se tornaram desfavoráveis, após a exposição dos *banners*. De qualquer forma, esse achado foi fiel à realidade do HES, onde nota-se profissionais “forçados” a restringir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto por falta de espaço no centro obstétrico.

No Brasil, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, é garantida há 15 anos pela Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e, a sua garantia tem sido considerada a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica (SANTOS; SOUZA, 2015).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (BOHREN *et al.*, 2017), com 15.858 mulheres, avaliou os efeitos do suporte contínuo intraparto em mulheres e seus bebês, incluindo políticas sobre a presença de pessoas de apoio de sua livre escolha. Os autores concluíram que o apoio contínuo de um acompanhante durante o trabalho de parto aumenta a possibilidade de parto vaginal espontâneo, diminui a duração do tempo de trabalho de parto, a necessidade de analgesia, o baixo índice de *Apgar* de cinco minutos e os sentimentos negativos sobre a experiência de parto.

A recomendação das posições de cócoras, de quatro e lateral e, a técnica de compressa morna no períneo, foram desfavoráveis na pré e pós-auditoria, mas com aumento na diferença média e sem significância estatística (exceto, a compressa morna no períneo, que houve significância). Para essas práticas, tinha-se conhecimento, desde o planejamento deste estudo, que eram experiências incomuns ou inexistentes no centro obstétrico do HES. No entanto, foram mantidas por se tratarem de práticas consideradas pouco invasivas, sem descrição de efeitos colaterais e recomendadas pelas DNAPN/MS.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (GUPTA *et al.*, 2017), com 9.015 mulheres, avaliou os possíveis benefícios e riscos do uso de diferentes posições na segunda fase do parto para mulheres sem anestesia peridural. Os autores sugerem maiores benefícios para as posições verticais em mulheres, quando comparadas às posições supinas, como redução na duração do período expulsivo do parto (principalmente do grupo primigestas), redução nas taxas de episiotomia e de partos assistidos. Mas, há risco de maior perda de sangue acima de 500 ml e pode haver um risco aumentado de lacerações de segundo grau.

5.2 Intervenções obstétricas

No que diz respeito às intervenções obstétricas, os resultados mostram que após o período de exposição dos *banners*, só houve diferença estatística na redução de profissionais que recomendam ou realizam a manobra de Kristeller no período expulsivo do parto. Para esse achado, em ambas as fases de auditoria do estudo, os profissionais se comportaram como pouco favoráveis às intervenções educativas, embora, com proporção maior de profissionais mais desfavoráveis à sua recomendação na pós-auditoria.

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (HOFMEYR *et al.*, 2017), com 3.948 mulheres, avaliou se a pressão do fundo é eficaz no parto vaginal espontâneo, se previne o prolongamento da segunda fase do parto ou a necessidade de parto operatório e outros efeitos adversos maternos e neonatais. Os autores concluem que não há evidências suficientes para o uso rotineiro da manobra de Kristeller; que a manobra pode encurtar o período expulsivo do parto em nulíparas e reduzir as taxas cesarianas; que novas pesquisas devem descrever em detalhes como a manobra foi aplicada. Em consequência, a manobra de Kristeller não é recomendada pela *World Health Organization* (2018) e, é entendida como violência obstétrica (ANDRADE *et al.*, 2016; SANTOS; SOUZA, 2015), visto que se caracteriza como um procedimento sem evidências sólidas para apoiá-lo, podendo acarretar traumas físicos e psicológicos à mulher.

Mesmo sem diferença estatística, após a exposição dos *banners*, houve redução na diferença média de profissionais recomendando o uso do fio biológico catagute na sutura perineal, a técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos e a posição no parto supina ou semi-supina (litotômica). Os achados referentes ao tipo de material e à técnica utilizada no reparo perineal foram considerados satisfatórios porque mesmo com a pouca infraestrutura para a mudança da prática clínica no local do estudo, eles correspondem aos cuidados perineais enfatizados nas intervenções.

Há evidências de que o fio biológico catagute ainda seja o tipo mais usado para o reparo perineal, associado à maior necessidade de analgesia até o terceiro dia após o parto e maior deiscência, quando comparado à sutura realizada com fio sintético absorvível. O uso da técnica de sutura interrompida, em comparação com a técnica de sutura contínua, está associado à maior necessidade de analgesia até 10 dias após o parto, maior uso de material de sutura (fio e anestésico) e maior remoção da sutura do períneo (FROHLICH; KETTLE, 2015; KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2013; KETTLE; JOHANSON, 2013; SANTOS;

RIESCO, 2016).

Em relação a posição no parto supina ou semi-supina (litotômica), observa-se que está ainda é a posição mais recomendada pelos profissionais, que justificam que na litotomia é mais fácil visualizar o canal do parto e tracionar a criança no período expulsivo. Assim, as intervenções educativas não foram capazes de reduzir com significância essa intervenção obstétrica, no centro obstétrico do HES, porque essa cultura médica de recomendar posições supinas no parto foi incorporada e transferida aos estudantes, residentes e profissionais que prestam assistência ao parto.

Esse resultado foi corroborado com os achados de outros estudos (CÔRTEZ *et al.*, 2018; SANTOS; RIESCO, 2016), que também utilizaram essa metodologia para implementar práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, onde os autores observaram que, após as intervenções educativas com os profissionais enfermeiros e médicos, as posições supinas também foram menos adotadas pelas parturientes, mas sem significância.

As intervenções obstétricas mais desfavoráveis em todas as fases de auditoria do estudo foram os puxos dirigidos, o uso de amniotomia de rotina, o uso de ocitocina de rotina na primeira fase do parto e a episiotomia de rotina, com redução na diferença média (exceto a episiotomia de rotina, em que houve leve aumento na diferença média). Embora sem diferença estatística, essa redução na diferença média após a exposição dos *banners*, permitiu alcançar parte dos objetivos deste estudo.

Normalmente, os profissionais acreditam que os puxos dirigidos (manobra de Valsalva) podem acelerar o período expulsivo da mulher no parto e, assim que confirmam que ela completou a dilatação total do colo uterino, iniciam os comandos do tipo “faça força para baixo” ou “força de fazer cocô”. Infelizmente, esse procedimento ainda faz parte da nossa realidade, o que aumenta o risco de trauma perineal e da hipóxia fetal com necessidade de estabilização do neonato (SANTOS; RIESCO, 2016; SANTOS, 2017).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (LEMOS *et al.*, 2017), com 3.763 mulheres, avaliou os benefícios e as possíveis desvantagens de diferentes técnicas de puxos no período expulsivo do parto sobre os resultados maternos e fetais. Os autores concluíram que com ou sem anestesia peridural, não há evidências conclusivas para apoiar ou refutar nenhum estilo de puxo de rotina no período expulsivo do parto e a preferência da mulher deve orientar essa decisão. Não houve diferença clara nos resultados neonatais.

Para as DNAPN/MS, deve-se apoiar apenas a realização de puxos espontâneos no período expulsivo do parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Em

mulheres com analgesia regional, após confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve incentivar a gestante a realizar puxos, exceto se tardiamente. Nesse caso, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível. Após 1 hora a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações (BRASIL, 2017).

A recomendação do uso de amniotomia de rotina também conhecida como ruptura artificial das membranas amnióticas teve pouca adesão dos profissionais na pré-auditoria e, tornou-se ainda menos comum após a exposição dos *banners*. É comum profissionais de centro obstétrico realizarem amniotomia antes da dilatação cervical completa para reduzir o tempo de trabalho de parto, reduzir a taxa de cesariana e, permitir um monitoramento mais direto do *status* fetal e do líquido amniótico. Mas, a eficácia dessa intervenção de forma precoce ou de rotina não foi comprovada em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem e, somente na suspeita de falha de progresso da primeira fase do parto, deve-se considerar a sua realização, se as membranas estiverem íntegras (TRAPANI JÚNIOR, 2019).

Três revisões sistemáticas da *Cochrane Library* (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013; BROWN *et al.*, 2013; WEI *et al.*, 2013), com 5.583, 5.390 e 8.033 mulheres, respectivamente, avaliaram a eficácia e a segurança da amniotomia para reduzir rotineiramente todos os trabalhos iniciados espontaneamente; a redução do número de cesáreas em gestação de risco habitual com o manejo ativo: amniotomia e a ocitocina de rotina; e os efeitos do manejo ativo precoce no progresso do trabalho de parto. Os autores concluíram que não podemos recomendar a amniotomia de rotina nos cuidados do trabalho de parto; que o manejo ativo está associado à pouca redução na taxa de cesariana; e que não há evidências de que o manejo ativo esteja associado à redução do período de dilatação. Portanto, nem a amniotomia de rotina e a conduta ativa devem ser adotadas rotineiramente como parte da assistência à parturiente.

A infusão intravenosa de ocitocina de rotina na primeira fase do parto foi a intervenção obstétrica, dentre àquelas com redução na diferença média, mais desfavorável à recomendação pelos profissionais neste estudo, especialmente, após a exposição dos *banners*. No entanto, em nosso meio, rotineiramente, algumas mulheres ainda são acolhidas com prescrição médica de ocitocina na fase de dilatação, sob a justificativa de aumentar a atividade uterina e reduzir a taxa de parto instrumental e cesarianas (SANTOS, 2018).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (BUDDEN; CHEN; HENRY, 2014),

com 2.391 mulheres, avaliou a efetividade e a segurança da ocitocina de alta e baixa dose na indução do parto a termo. Os autores concluíram que não há evidências de que doses elevadas de ocitocina aumentem o parto vaginal em 24 horas ou a taxa de cesariana, mas pode causar hiperestimulação uterina e sofrimento fetal. Por isso, as DNAPN/MS orientam que a ocitocina, associada ou não à amniotomia, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. Porém, se a falha de progresso na primeira fase do parto for confirmada, a mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra e, o mesmo deverá decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina.

A episiotomia de rotina foi uma intervenção obstétrica desfavorável à recomendação pelos profissionais, na pré e pós-auditoria, e obteve leve aumento na diferença média depois das intervenções educativas. Sobre esse achado e, considerando que a realidade desse serviço ainda possui condições favoráveis à sua realização, cabe aqui reiterar que os fatores relacionados à ocorrência desse tipo de trauma no parto, envolvem condições maternas (paridade, episiotomia anterior, rigidez perineal e altura do períneo; condições fetais (peso ao nascer e variedade de apresentação); e condições assistenciais (posição materna no período expulsivo, infusão de ocitocina de rotina na primeira fase do parto, puxos dirigidos, manobra de Kristeller e até a formação do profissional que presta o cuidado) (SANTOS; SANTOS, 2016).

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library* (JIANG *et al.*, 2017), com 6.177 mulheres, avaliou os efeitos da política de episiotomia seletiva *versus* episiotomia de rotina e concluiu que a episiotomia de rotina não é justificada pelas evidências atuais e que a episiotomia seletiva resulta em menos mulheres com trauma perineal grave. Além disso, experiências de implementação de práticas assistenciais baseadas em evidências científicas (SANTOS; RIESCO, 2016; SANTOS, 2017) para a prevenção do trauma perineal grave, incluindo a episiotomia, destacam que esse tipo de trauma causa sofrimento físico à mulher, especialmente, sangramento, hematoma, dor, dispareunia, infecção, deiscência, fístula retal, incontinência urinária e anal; e sofrimento psíquico, com prejuízos na amamentação e na satisfação sexual da mulher e do marido.

5.3 *Ranking* médio total

O *ranking* médio total é a soma dos valores sumativos de todos os critérios, dividida pelo número de sujeitos respondentes e, demonstra se estes, no geral, foram mais ou menos favoráveis à recomendação ou realização das práticas ou das intervenções obstétricas definidas nos critérios de auditoria.

Neste caso, não houve significância estatística no aumento da proporção de profissionais favoráveis à recomendação das práticas obstétricas, após a exposição dos *banners*, mas foi significativa a redução proporcional de profissionais realizando intervenções obstétricas no local do estudo.

Estatisticamente, é interessante esclarecer que embora a diferença do *ranking* médio total tenha sido maior entre as práticas obstétricas, nesse tipo de *ranking*, considera-se, principalmente, a amplitude das diferenças médias para cada um dos critérios, exatamente, como nas intervenções obstétricas que, à exceção da episiotomia, todas as demais tiveram redução da diferença média, justificando sua significância no *ranking* médio total.

Destarte, na análise do *ranking* médio total, podemos inferir que após as intervenções educativas com os *banners*, mais de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas foram observadas na conduta clínica dos profissionais entrevistados, ao passo que menos mulheres foram expostas às intervenções obstétricas não recomendadas pelas DNAPN/MS.

Nossos achados foram corroborados com outros estudos (LEAL *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2019) que avaliaram possíveis melhorias nos indicadores obstétricos dos profissionais enfermeiros e médicos, em comparação às DNAPN/MS, cujos resultados mostraram aumento na proporção de uso de práticas benéficas (com maiores expressões na presença do acompanhante de livre escolha da mulher, nos métodos não farmacológicos para alívio da dor, e na possibilidade de movimentação e alimentação) e redução de práticas consideradas prejudiciais (especialmente, a posição em litotomia, a realização de episiotomia e a manobra de Kristeller).

No entanto, sabe-se que, no local do estudo, ainda há profissionais que não apoiam mudanças para a qualificação da atenção materna e neonatal, não refletem sobre a sua prática clínica, não sabem informar as suas bases científicas e optam por cuidados empíricos baseados em crenças, atitudes e experiências pessoais. Além disso, ainda falta infraestrutura com a ambiência de Centro de Parto Normal (CPN) e o estímulo para a atuação de mais enfermeiros obstétricos adequadamente treinados, conforme prevista na atual política de

assistência à mulher, a “Rede Cegonha”.

Nessa compreensão, Martínez-Silveira, Silva e Laguardia (2020) descrevem que para o sucesso da implementação de práticas clínicas, é importante avaliar o contexto antes para que haja um ajuste entre a teoria e a realidade. Assim, profissionais com conhecimento obsoleto, ambiente de trabalho inapropriado para a facilitar a mudança de políticas de saúde, recursos humanos inadequados em quantidade e qualidade, e educação continuada inexistente, representam as principais barreiras na translação do conhecimento.

5.4 Limitações do estudo

A quantidade e a qualidade deficiente dos registros das práticas dos profissionais nos prontuários das puérperas, a pequena amostra de profissionais entrevistados, o número reduzido de enfermeiros obstetras atuando no centro obstétrico, a escassez de material disponível ou adequado no período das intervenções educativas, o extravio de parte dos *banners* logo no início da exposição e uma abordagem mais simples nas intervenções educativas, ao invés de multifacetadas, foram as limitações mais importantes nesta pesquisa.

5.5 Implicações para a prática e a pesquisa

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

Além disso, confirmam a importância da educação continuada e padronizada para a manutenção do cuidado baseado em evidências; que apesar das barreiras e dificuldades desta metodologia, as auditorias permitiram a identificação oportuna de potenciais falhas nesse cuidado, de modo que estratégias podem ser estabelecidas para melhorá-lo.

Nossos achados também trouxeram contribuições para o conhecimento dos gestores locais sobre a realidade das práticas e das intervenções obstétricas recomendadas ou realizadas no local do estudo e, sugerimos novas pesquisas com estratégias de intervenções educativas que incluam abordagens multifacetadas para melhorar e manter a qualidade dos registros nos prontuários e nos cuidados na assistência ao parto, conforme recomendado pelas DNAPN/MS.

6 CONCLUSÃO

Em relação as práticas obstétricas, os resultados deste estudo permitem inferir que, após as intervenções educativas com “auditoria e feedback” e “diretrizes de prática clínica”, houve aumento significativo de profissionais recomendando a sutura perineal com fio sintético absorvível e a técnica de compressa morna no períneo. O banho de chuveiro, a avaliação do trauma perineal, o clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto, o exame retal após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau, a massagem de relaxamento, a posição no parto de escolha da mulher e o uso da sutura contínua em todos os planos de tecidos, tiveram adesão favorável, sem significância. As posições de cócoras, de quatro e lateral e, a técnica de compressa morna no períneo, foram desfavoráveis em todas as fases do estudo.

Para as intervenções obstétricas, apenas a manobra de Kristeller reduziu com significância a proporção de profissionais favoráveis. O uso do fio biológico catagute, a técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos e a posição no parto litotômica, apesar de ainda favoráveis à recomendação pelos profissionais, reduziram sem significância. O uso rotineiro de puxos dirigidos, amniotomia, episiotomia e, ocitocina na primeira fase do parto, foram as mais desfavoráveis à recomendação, sem significância.

Na análise do *ranking* médio total, aumentou sem significância à recomendação de práticas obstétricas em conformidade com as DNAPN/MS; e houve redução significativa de profissionais favoráveis às intervenções obstétricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASHEIM, V.; *et al.* Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, n. 165, p.1-15, 2016.

ANDRADE, P. O. M.; *et al.* Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.16, n.1, p.29-37, 2016.

APÓSTOLO, J. L. **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), 2017.

ARDITI, C.; *et al.* Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Syst Rev**, 2017.

BAKER, R.; *et al.* Tailored interventions to address determinants of practice. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

BEGLEY, C. M.; *et al.* Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2019.

BISHOP, P. A.; HERRON, R. L. Use and misuse of the Likert item responses and other ordinal measures. **International journal of exercise science**, v. 8, n. 3, p. 297, 2015.

BOHREN, M. A.; *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de**

assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

BRASIL. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 02, n. 01, p.69-71, 2002.

BROWN, H. C.; *et al.* Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013

BUDDEN, A.; CHEN, L. J; HENRY, A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. **Cochrane Database Syst Rev**, 2014.

CAMARGO, J.C.S.; ARAÚJO, N.M.; OCHIAI, AM. **Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica.** Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015.

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH. **Guide to knowledge translation planning at CIHR:** integrated and end-of-grant approaches. 2016. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html>. Acesso em: 20 dez 2019.

CARIFIO, J.; PERLA, R. Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. **Medical education**, v. 42, n. 12, p. 1150-1152, 2008.

COCHRANE. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). **The EPOC taxonomy of health systems interventions.** 2016. Disponível em: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>. Acesso em: 26 abr 2020.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Ministério da Saúde pública diretrizes para parto normal no Brasil.** 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-publica-diretrizes-para-parto-normal-no-brasil_49355.html. Acesso em: 21 fev. 2020.

CÔRTEZ, C.T; *et al.* Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. **Rev Esc Enferm USP.** v.49, n.5, p716-25, 2015.

CÔRTEZ, C.T.; *et al.* Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.26, n.esp. 2018.

CURTIS, K.; *et al.* Translating research findings to clinical nursing practice. **Journal Clinical Nursing**, v. 26, n.5-6, 2016.

DALIYA, P.; *et al.* Guidelines for guidelines. In: **Enhanced Recovery After Surgery**. Springer: Cham, 2020.

DIAS, E.G.; *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enfermagem em foco**, v. 9, n. 2, p. 35-39, 2018.

ELHARMEEL, S. M.; *et al.* Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. **Cochrane Database Syst Rev**, 2011.

FLODGREN, G.; *et al.* Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev**, 2019.

FØNHUS, M. S.; *et al.* Patient-mediated interventions to improve professional practice. **Cochrane Database of Syst Rev**, 2018.

FORSETLUND, L.; *et al.* Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev**, 2009.

FROHLICH, J.; KETTLE, C. Perineal care. **BMJ Clin Evid**, v.03, n.1401, 2015.

GIGUÈRE, A.; J. M.; *et al.* Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, 2020.

GRIMSHAW, J.M.; *et al.* Knowledge translation of research findings. **Implement Sci**.v.7, n.50, 2012.

GUPTA, J. K.; *et al.* Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

HOFMEYR, G. J.; *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane**

Database Syst Rev, 2017.

IVERS, N.; *et al.* Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, 2012.

JIANG, H.; *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

JORDAN, Z.; *et al.* **The updated JBI model for evidence-based healthcare**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2016.

JORDAN, Z.; *et al.* Redeveloping the JBI Model of Evidence-Based Healthcare: citation analysis and stakeholder engagement. **Int J Evid Based Healthc**, v.16, p.227-241, 2018.

JORDAN, Z.; *et al.* The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. **Int J Evid Based Healthc**, v. 17, n. 1, p. 58-71, 2019.

KETTLE, C.; DOWSWELL, T.; ISMAIL, K. M. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

KETTLE, C.; JOHANSON, R. B. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

LAWRENCE, A.; *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad Saúde Public**. v.35, n.7, 2019.

LEAL, M. C.; *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Sup: S17-S47, 2014.

LEMOS, A. *et al.* Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

LOCKWOOD, C.; AROMATARIS, E.; MUNN, Z. Translating Evidence into Policy and

Practice. **Nurs Clin N Am.** v.49, n.4, p.555-66, 2014. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.010.

LOPES, G. D. C.; *et al.* Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27, n.esp, 2019.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M. S.; SILVA, C. H.; LAGUARDIA, J. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. **Reciis - Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.1, n.14, p.225-46, 2020.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M.; *et al.* Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.19, n.01, 2019.

METCALFE, D; *et al.* Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. **Cochrane Database of Syst Rev**, 2018.

MCDONALD, S. J.; *et al.* Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Evid Based Child Health**, v.9, n.2, p.303-397, 2014.

MCNEILL, J; LYNN, F; ALDERDICE, F. Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 955, 2012.

ODIJK, R; *et al.* The MOVE-trial: Monocryl® vs. Vicryl Rapide™ for skin repair in mediolateral episiotomies: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n.8, p.1545, 2017.

OELKE; N.D.; LIMA, M.A.D.S.; COSTA, A.M.A. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36, n.3, p.113-7, 2015.

OLIVEIRA, L. H. **Cálculo de ranking médio para Likert**: análise dos dados. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional) – Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Organizacional, Faculdade Cenecista de Varginha, Varginha, MG, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal - um guia prático**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, suppl.1, 1998.

PANTOJA, T.; *et al.* Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database Syst Rev**, 2017.

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.

PEARSON, A. Evidence Synthesis and Its Role in Evidence-Based Health Care. **Nurs Clin N Am**. v.49, p.453-460, 2014.

PÜSCHEL, V. A. A.; LOCKWOOD, C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise. **Rev Esc Enferm USP**, v.52, n.esp., 2018.

QIAN, Y.; *et al.* Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. **Early Hum Dev**, v.142, 2020.

ROMÃO, R.S.; *et al.* Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **Rev Enferm Centro Oeste Mineiro**, v.8, n. Esp., 2018.

SALATI, J. A.; *et al.* Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. **Cochrane Database Syst Rev**, 2019.

SANTOS, R. C. S. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. **Enferm. Foco**, v.8, n.1, 2017.

SANTOS, R. C. S. Parto cesariano em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 2, p. 103-110, 2018.

SANTOS, R. C. S.; SANTOS, R. G. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 6, n. 2, p. 43-52, 2016.

SANTOS, R. C. S.; FARIAS, J. L. D. J; CÔRTEZ, C. T. A pesquisa translacional e o cuidado perineal no parto: relato de implementação. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 2, p. 121-128, maio/ago. 2018.

SANTOS, R. C. S.; RIESCO, M.L.G. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37 n.esp. 2016.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v.5, n.1, p.57-68, 2015.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

SMITH, C.A.; *et al.* Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2018.

SMYTH, R. M.; MARKHAM, C; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

STEIN, A.T.; LANG, E.; MIGOWSKI, A. Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. e180021, 2018.

TRAPANI JÚNIOR, A. Cuidados no trabalho de parto e parto: recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Femina**, n.47, n.1, p.34-6, 2019.

VAIN, N. E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? **Rev Paul Pediatr**, v.33, n.3, p.258-259, 2015.

WEI, S. *et al.* Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. **Cochrane Database Syst Rev**, 2013.

WENSING, M.; BOSCH, M.; GROL, R. Developing and selecting knowledge translation interventions. **Knowledge translation in health care**, p. 150-162, 2013.

WENSING, M. *et al.* Educational Implementation Strategies. Improving Patient Care, p. 221-233, 2020. In: WENSING, M; GROL, R; GRIMSHAW, J (Ed.). **Improving patient care: The implementation of change in health care**. Wiley-Blackwell: Hoboken, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a**

positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS

Em relação à sua assistência ao parto², no centro obstétrico do HES, pedimos que você dê uma nota de 1 a 5, de acordo com a frequência de sua recomendação ou realização:

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS	NOTA (1 a 5)*
1. Uso de ocitocina na terceira fase do parto	
2. Posição no parto de escolha da mulher	
3. Posição no parto de cócoras	
4. Posição no parto lateral	
5. Posição no parto de quatro	
6. Presença do acompanhante de livre escolha da mulher	
7. Ingestão de líquidos e alimentos	
8. Deambulação ou movimentação	
9. Banho de chuveiro	
10. Massagem de relaxamento	
11. Compressa morna no períneo como técnica de prevenção do trauma perineal	
12. Técnica de proteção manual do períneo	
13. Anestésico antes da realização da episiotomia e antes do reparo de lacerações	
14. Reparo de todas as lacerações perineais, inclusive, de primeiro grau	
15. Uso do fio sintético absorvível na sutura perineal	
16. Uso da técnica de sutura contínua não ancorada na mucosa e no plano muscular	
17. Uso da técnica de sutura contínua intradérmica na pele	
18. Avaliação do trauma perineal (classificação da laceração perineal)	
19. Exame retal antes e após o reparo perineal nas lacerações de 3º e 4º grau	
20. Conduta ativa na terceira fase do parto	
21. Clampeamento do cordão umbilical após o 1º minuto	
INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS	NOTA (1 a 5)*
1. Uso do fio biológico catagute na sutura perineal	
2. Técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos	
3. Posição no parto supina ou semi-supina (litotômica)	
4. Puxos dirigidos	
5. Uso da manobra de Kristeller	
6. Uso de amniotomia de rotina	
7. Uso de ocitocina de rotina na primeira fase do parto	
8. Episiotomia de rotina	

*Nota 1 “NUNCA”; Nota 2 “RARAMENTE”; Nota 3 “AS VEZES”; Nota 4 “MAIORIA DAS VEZES”; Nota 5 “SEMPRE”

² Considerar gestantes de risco habitual e neonatos sem necessidade de manobras de reanimação

APÊNDICE B

BANNER SOBRE CUIDADO PERINEAL




UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ



CUIDADO PERINEAL NO PARTO NORMAL BASEADO NAS DIRETRIZES NACIONAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Trauma perineal

Aquele provocado por episiotomia ou lacerações



Leilson da Silva Lima¹
Rafael Cleison Silva dos Santos²

CLASSIFICAÇÃO

- 1º Grau** Lesão apenas da pele e mucosas
- 2º Grau** Lesão dos músculos perineais **SEM** atingir o esfíncter anal
- 3º Grau** Lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
- 4º Grau** Lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal e o **epitélio** anal.

Fonte: Item 172 da DNAPN/MS

PREVENÇÃO DO TRAUMA

- COMPRESSA MORN**

 - ✓ Considerar aplicação no segundo período (expulsão).

Fonte: Item 137 da DNAPN/MS
- HAND-OFF e HAND-ON**
 (Mãos prontas e Mãos sobre)

 - ✓ Podem ser utilizadas para facilitar o parto.
 - ✓ No 'HAND-ON' orientar à mulher para não empurrar nesse momento.

Fonte: Itens 139 e 140 da DNAPN/MS
- EPISIOTOMIA**

 - ✗ Não realizar episiotomia de ROTINA
 - ✗ Se realizada, a sua indicação deve ser JUSTIFICADA
 - ✓ - Recomenda-se a médio-lateral
 - ✓ - Assegurar analgesia efetiva

*até 20 ml de lidocaína 1%

Fonte: Itens 141, 142 e 143 da DNAPN/MS

REPARO PERINEAL

- AVALIAÇÃO DO TRAUMA**

 - ✓ Explicar à mulher;
 - ✓ Avaliar a extensão e as estruturas envolvidas no trauma;
 - ✓ Realizar exame retal antes e após o reparo (suspeita de dano ao esfíncter anal)
 - ✓ Posicionar a mulher de maneira adequada

Fonte: Item 173 a 180 da DNAPN/MS
- TÉCNICA**

 - ✓ Assegurar analgesia efetiva;
 - ✓ Usar técnica de sutura CONTÍNUA para a parede vaginal, músculo e pele.
 - ✓ Recomenda-se material de sutura sintética absorvível (Fio VICRYL).

Fonte: Item 181 a 191 da DNAPN/MS

OBS:

Após a conclusão do reparo, DOCUMENTAR a extensão do trauma, o método de reparação e os materiais usados.

1. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP - Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: leilsonsilva9@hotmail.com

2. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Enfermeiro. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde. Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: rcleison@unifap.br

Apoio:



Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Estadual de Santana

APÊNDICE C

BANNER SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO



UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL BASEADA NAS DIRETRIZES NACIONAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Leilson da Silva Lima¹
Rafael Cleison Silva dos Santos²

OCITOCINA

-  Usar na terceira fase (dequitação)
-  Não recomendado de ROTINA na primeira fase (dilatação)
-  Informar às mulheres os efeitos

Fonte: Itens 106, 109 e 124 da DNAPN/MS

PARTO

-  Incentivar o parto normal
-  Cesariana APENAS se o parto vaginal não for possível

Fonte: Item 135 da DNAPN/MS

DIETA

-  Permitida ingestão de líquidos e alimentos leves

Fonte: itens 19 e 20 da DNAPN/MS

AMNIOTOMIA

-  Não deve ser realizada de ROTINA

Fonte: Item 100 da DNAPN/MS

ACOMPANHANTE

-  Permitida pela LEI 11.108/2005
-  Escolhido pela gestante e deve receber informações importantes

Fonte: item 14 da DNAPN/MS

MANOBRAS DE KRISTELLER

-  não deve ser realizada

Fonte: item 118 da DNAPN/MS

CONDUTA ATIVA NO 3º PERÍODO (DEQUITAÇÃO)

Fonte: itens 145 e 152 da DNAPN/MS

- a) administrar 10 UI de ocitocina IM após o desprendimento da criança;
- b) clampeamento e corte do cordão umbilical APÓS o primeiro minuto
- c) tração controlada do cordão após sinais de separação placentária

PUXOS DIRIGIDOS

-  Deve-se evitar

Fonte: itens 65, 66 e 115 da DNAPN/MS





Apoio:



Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Estadual de Santana

1. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP . Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: leilsonsilva9@hotmail.com

2. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Enfermeiro. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde. Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: rcleison@unifap.br

APÊNDICE D

BANNER SOBRE POSIÇÕES DE PARTO





UNIFAP
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ



POSIÇÕES DE PARTO NORMAL BASEADAS NAS DIRETRIZES NACIONAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Leilson da Silva Lima¹
Rafael Cleison Silva dos Santos²

As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais **CONFORTÁVEIS** no trabalho de parto.

Item 101 da DNAPN/MS

DESENCORAJAR a mulher a ficar:

- em posição supina;
- decúbito dorsal horizontal;
- ou posição semi-supina.

Fonte: Item 113 da DNAPN/MS



Algumas opções:

A posição de cócoras ajuda muito no parto

Ficar apoiada em seu acompanhante pode ajudar a dar força

A bola ajuda o bebê a se encaixar melhor, a dilatar mais rápido

Ficar agachada, de joelhos ou de quatro pode facilitar o parto



1. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: leilsonsilva9@hotmail.com
2. Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Enfermeiro. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde. Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP. E-mail: rcleison@unifap.br

Apoio:



Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Estadual de Santana

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Leilson da Silva Lima, enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, venho convidá-lo a participar da pesquisa **“Translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras”**.

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia de intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras, em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde.

Solicitamos que responda 29 questões sobre suas práticas e intervenções na assistência prestada à parturiente e à puérpera, hoje e três meses após as intervenções educativas proposta na pesquisa.

Esta pesquisa oferece risco mínimo a você. Durante o preenchimento do questionário, se você tiver algum desconforto e constrangimento com as questões, só responderá aquelas que julgar oportunas.

O tempo estimado para responder o questionário será de 15 minutos. Os dados do estudo serão guardados pelo pesquisador, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

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

Consentimento pós-informado

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar os pesquisadores LEILSON DA SILVA LIMA pelo telefone (96) 9 9146 6907 ou e-mail: leilsonsilva9@hotmail.com e RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS pelo telefone: (96) 9 9115 9058 ou e-mail: rcleison@unifap.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sito à Rodovia JK, KM 01, Macapá, AP.

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

Participante: _____ Data ____/____/____.

Pesquisador: _____ Data ____/____/____.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA, AMAPÁ, BRASIL

Pesquisador: RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95598718.6.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.853.419

Apresentação do Projeto:

Conforme o parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de acordo com as solicitações exigidas pela Conep

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 2.853.419

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173683.pdf	28/08/2018 18:27:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/08/2018 18:26:32	RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia.pdf	05/07/2018 22:12:47	RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_cep.pdf	04/07/2018 17:29:28	RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Implementacao_DNAPN_HES.pdf	04/07/2018 15:11:17	RAFAEL CLEISON SILVA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 29 de Agosto de 2018

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

ANEXO 2



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Memo Nº 031/2018- NEPs/HES

Santana, 04 de setembro de 2018

Ao Srº Drº Rafael Cleison Silva dos Santos

Assunto: Parecer sobre campo para realizar pesquisa de Pós Doutorado.

O NEPs/HES, demanda parecer favorável acerca da viabilidade de campo para realização de pesquisa de Pós Doutorado, intitulado "Implantação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no Hospital Estadual de Santana, Amapá, Brasil". Com coleta de dados a serem realizadas de setembro de 2018 a março de 2019. No Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) deste Hospital. O projeto será supervisionado pelo solicitante. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Vera Lúcia R. de Castro Góes

Enª Vera Lúcia Rodrigues de Castro Góes

Responsável Técnica do NEPs/ portaria 002/2017.

Vera Lúcia R. de Castro Góes
Enfermeira COREN-AP-057-719
Coordenadora NEPs/NSP
portaria 002/2017-HE

ANEXO 3
DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

[RPCFO] Agradecimento pela
Submissão Caixa de entrada



Carlos Roberto Iyra da... 2 de mar
para mim ▾



DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Declaramos que Dr Rafael Cleison Silva dos Santos,
submeteu com êxito o
manuscrito "Translação do conhecimento baseado em
evidências científicas
para melhorar a prática clínica de obstetras" para Revista
de Pesquisa:
Cuidado é Fundamental Online.

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Translação
do conhecimento
baseado em evidências científicas para melhorar a prática
clínica de
obstetras" para Revista de Pesquisa: Cuidado é
Fundamental Online. Através
da interface de administração do sistema, utilizado para a
submissão,
será possível acompanhar o progresso do documento
dentro do processo
editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/author/submission/10934>

Login: rcleison

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email.
Agradecemos mais
uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir
ao público seu
trabalho.

Carlos Roberto Iyra da Silva
