

## **Intervenção educativa baseada em evidências científicas para melhorar a prática de parteiros: estudo quase experimental**

Modalidade: Tema Livre para Prêmios

Eixo temático: 4º EIXO – Cuidado qualificado

**Introdução.** O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções em todos os períodos clínicos do parto. Sabe-se que essas intervenções podem ser prevenidas ou reduzidas com a adoção de práticas baseadas em evidências científicas.

**Objetivo:** Implementar práticas baseadas em evidências científicas a partir de uma intervenção educativa. **Método:** estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, conduzido em maternidade pública, no Amapá. Entrevistou-se 42 profissionais e 280 puérperas, e analisou-se dados de 555 prontuários. Foi desenvolvida em três fases: auditoria de base (fase 1), intervenção educativa (fase 2) e auditoria pós-intervenção (fase 3). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sob o parecer nº 2.853.419/2018. **Resultados:** após a intervenção educativa, houve incremento de 8,3% na taxa de parto normal. Na entrevista com as mulheres constatou-se aumento significativo da presença do acompanhante no trabalho de parto (11,9%) e da posição vertical ou cócoras (393,4%); redução significativa de amniotomia (32,0%), posição litotômica (32,4%) e ocitocina intravenosa (28,5%). Na perspectiva dos profissionais, houve redução estatística da prescrição/administração de ocitocina (65,5%) e orientação aos puxos dirigidos (49,0%). Na análise dos prontuários, observou-se redução significativa da taxa de amniotomia (66,0%) e da posição litotômica (6,0%); a taxa de posição vertical ou cócoras apresentou incremento estatístico de 131,8%. **Conclusões:** houve impacto positivo da intervenção educativa na melhora da assistência à parturiente.

**Descritores:** Trabalho de Parto; Parto Normal; Auditoria Clínica; Pesquisa Médica Translacional; Prática Clínica Baseada em Evidências.

### **Referências**

Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(5):716-25. doi: 10.1590/S0080-623420150000500002.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM Filha, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014. doi: 10.1590/0102-311X00151513.

## Introdução

O modelo predominante de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções e cerceamento dos direitos da parturiente (restrição à presença de acompanhante, amniotomia de rotina, posição litotômica e infusão intravenosa de ocitocina) em todos os períodos clínicos do parto. Esses problemas podem ser prevenidos ou reduzidos, com a adoção das melhores evidências científicas disponíveis na assistência obstétrica<sup>(1)</sup>.

A pesquisa Nascir no Brasil traçou um perfil da assistência obstétrica hospitalar no País por meio de um estudo com 23.940 puérperas, aponta que algumas práticas como, posição litotômica (91,7%); ocitocina (36,4%); amniotomia (39,1%); manobra de Kristeller (36,1%); e cesariana (51,9%) continuam sendo oferecidas como cuidados rotineiros para parturientes com gestação de risco habitual<sup>(2)</sup>.

Se, por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro, permitiu a concretização do modelo que considera a gravidez e o parto como doenças e não como expressões de saúde. Como consequência, a mulher e o recém-nascido (RN) são expostos a elevadas taxas de intervenções<sup>(1)</sup>.

Diante disso, algumas mudanças na assistência ao parto e nascimento foram propostas pela Organização Mundial da Saúde, em 1996, incluindo a necessidade de resgate do parto como um evento natural, com estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto<sup>(3)</sup>. Nesta perspectiva, destaca-se a importância de basear as políticas e as práticas de saúde nas melhores evidências disponíveis e de traduzir o conhecimento em ação, promovendo a efetividade e a segurança das intervenções<sup>(4-6)</sup>.

No entanto, introduzir práticas baseadas em evidências científicas na prática assistencial exige mais que conhecimento e convicções, pois implica em mudanças de comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento<sup>(4)</sup>.

A implementação refere-se à utilização da evidência na prática clínica, por meio de mudanças na assistência e/ou nos serviços de saúde<sup>(4)</sup>, sendo a auditoria clínica uma das estratégias para promover sua consolidação.

A auditoria clínica é uma estratégia de melhoria da qualidade que fornece dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho almejado. Baseia-se na suposição de que os profissionais modificam sua prática ao receberem um feedback mostrando que ela é inconsistente com o desejável<sup>(7)</sup>.

Um dos modelos de auditoria clínica é aquele adotado pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), que consiste de três fases: auditoria de base, implementação das melhores práticas e auditoria pós-implementação<sup>(4)</sup>.

Apesar de existirem muitas pesquisas sobre as boas práticas de assistência ao parto, faltam estudos sobre a avaliação do impacto de intervenções que proponham a implementação destas evidências. Aspecto como a metodologia de implementação ainda precisa ser melhor investigado<sup>(8-9)</sup>.

Assim, este estudo foi proposto com objetivo de avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

## **Método**

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, que seguiu o processo de auditoria clínica para a implementação de evidências na prática, utilizado pelo JBI e consiste das fases: 1) planejamento e realização da auditoria de base; 2) intervenção educativa para implementação das melhores práticas com a equipe de auditoria; 3) auditoria pós-intervenção, na qual se mensuram os mesmos critérios da auditoria de base e tem como objetivo comparar as diferenças nos resultados entre as duas auditorias e avaliação da conformidade de cada critério auditado.

O estudo foi conduzido em uma maternidade pública no Amapá, que presta atendimentos às mulheres de risco habitual. Os dados foram obtidos por entrevista com os profissionais da equipe de saúde e puérperas e consulta aos prontuários das mulheres atendidas no local do estudo.

Na auditoria de base, participaram 42 profissionais (25 enfermeiros e 17 médicos); 32 da intervenção educativa (20 enfermeiros e 12 médicos); e os mesmos 32 compuseram a amostra da auditoria pós-intervenção. Os critérios de inclusão desses profissionais foram: ser enfermeiro obstétrico, médico obstetra, residente de enfermagem ou medicina e atuar na assistência ao parto.

O tamanho amostral de puérperas foi definido por meio de teste de prevalência para estudos tipo antes e depois, considerando-se a taxa do uso de ocitocina na região norte do Brasil de 22,8%<sup>(2)</sup> e um estimador de redução desta taxa de 15%. Desta forma estimou-se que seriam necessárias 280 mulheres (140 antes da intervenção e 140 depois). Os critérios de inclusão foram: admitida na fase ativa ou pródromos de trabalho de parto e até oito centímetros de cervico-dilatação; ter tido gestação de risco habitual e parto normal atual; não ser indígena e portadora de necessidades especiais.

A amostra de prontuários na auditoria de base foi selecionada das altas de puérperas ocorridas 30 dias antes do início desta fase. Foram aplicados os mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas, selecionando 291 prontuários. Na auditoria pós-intervenção, a amostra foi de 264 prontuários, selecionada a partir das altas ocorridas 60 dias após a fase 2.

A coleta de dados ocorreu em três fases: inicialmente, realizou-se uma auditoria de base, constituição de uma equipe, definição dos critérios de auditoria e avaliação preliminar dos desfechos e das práticas empregadas no trabalho de parto e parto normal antes da implementação das evidências. A equipe de auditoria envolveu pessoas ligadas ao processo gerencial e assistencial, os “profissionais-chave”, composta por diretores geral, técnico e clínico do Hospital, gerente de obstetrícia, todos médicos; coordenadora de Enfermagem e responsável do Núcleo de Educação Permanente.

Como critérios de auditoria considerou-se algumas práticas e desfechos maternos que podem indicar a utilização das melhores evidências científicas como, aumento da taxa de parto normal, do número de acompanhantes de escolha da mulher; da frequência da posição de parto de escolha pela mulher e de posições verticalizadas; redução da taxa de amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina intravenosa, de puxo dirigido e da manobra de Kristeller. Nesta fase, realizou-se também entrevistas com os profissionais do serviço e puérperas internadas no alojamento conjunto, com 1-2 dias pós-parto. As perguntas foram relativas ao acompanhante de escolha da mulher, amniotomia, ocitocina, posições de parto, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Foram coletados dados dos prontuários de puérperas.

Na fase 2, foi realizada uma intervenção educativa com três *banners*, medindo 1,20 x 0,9 m cada, contendo evidências científicas sobre a assistência ao parto normal para os profissionais que participaram da auditoria de base. Contudo, apenas 32 profissionais (20 enfermeiros e 12 médicos) dos 42 profissionais da auditoria de base participaram desta fase.

A fase 3 ocorreu 60 dias depois da fase 2, e realizou-se uma auditoria utilizando os mesmos instrumentos e critérios da fase 1, para identificar a aplicação das práticas apresentadas na intervenção educativa e comparar com os resultados encontrados na auditoria de base.

A análise dos dados foi realizada calculando as frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas e as medidas de dispersão das variáveis quantitativas. Realizou-se análise inferencial mediante comparação dos resultados das fases 1 e 3. Para as variáveis qualitativas (comparação entre proporções) utilizou-se o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. Na amostra de profissionais, que envolveu variáveis categóricas, utilizou-se a metodologia de Modelos Lineares Generalizados para medidas repetidas, pelo teste Generalized Estimating Equations (GEE)<sup>(10)</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sob o parecer nº 2.853.419/2018. A participação dos profissionais e usuárias do serviço foi voluntária, após leitura, esclarecimentos e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido ou de Assentimento.

## **Resultados**

Na entrevista com as puérperas, a auditoria pós-intervenção mostrou que houve aumento estatístico da presença do acompanhante de livre escolha, redução estatística de amniotomia, da posição litotômica e infusão de ocitocina (Tabela 1).

**Tabela 1** - Práticas identificadas nas entrevistas com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Amapá, Brasil, 2018.

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

\*Teste Qui-quadrado

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Na entrevista com os profissionais, identificou-se diminuição estatística da prescrição ou administração de ocitocina, após a intervenção. Nas demais práticas, não houve diferença estatística (Tabela 2).

**Tabela 2** - Práticas identificadas nas entrevistas com os profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Amapá, Brasil, 2018.

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

\*Teste GEE

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Na análise dos prontuários, houve um grande número de registros sem informações. Contudo, após a intervenção, verificou-se diferença estatisticamente significativa na realização de amniotomia e no uso da posição lateral durante o parto (Tabela 3).

**Tabela 3** - Práticas identificadas nos prontuários na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-intervenção (fase 3) e p-valor – Amapá, Brasil, 2018.

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

\* Teste Fisher † Teste Qui-quadrado

Fonte: Banco de dados do pesquisador

## Discussão

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

O modelo de assistência encontrado nos hospitais brasileiros resulta em mulheres, sobretudo aquelas de risco obstétrico habitual, sendo expostas a intervenções desnecessárias e sem qualquer

evidência que as justifique<sup>(2)</sup>. Assim, o protocolo desta pesquisa definiu algumas práticas e desfechos maternos que representam a utilização das melhores evidências na atenção ao parto e são recomendados pela OMS. No local do estudo, tais mudanças eram fundamentais diante do quadro constatado na auditoria de base, isto é, altos índices de intervenções sem recomendação científica ou mesmo consideradas iatrogênicas.

Embora este estudo tenha resultado em melhora na prática clínica, as evidências científicas na assistência ao parto não foram totalmente implementadas, possivelmente porque este é um processo complexo e contínuo, que envolve mudanças e superação de barreiras nos âmbitos individual e institucional, como indicado por outros pesquisadores<sup>(4,11)</sup>.

A literatura científica aponta diversos fatores que dificultam a implementação de evidências na prática clínica. No âmbito organizacional, as principais barreiras são a falta de tempo, instalações inadequadas e a falta de apoio<sup>(12)</sup>. No serviço onde esta pesquisa foi conduzida, encontrou-se sobrecarga de trabalho dos profissionais, pequeno número de leitos para a alta demanda de partos e falta de infraestrutura física. Destarte, a implementação de evidências poderia ter alcançado maior sucesso se houvesse um contexto organizacional que apoiasse a prática baseada em evidências.

No âmbito individual, as barreiras incluem falta de conhecimento sobre os métodos e resultados de pesquisa e atitude negativa em relação à prática baseada em evidências<sup>(12)</sup>. Soma-se a isso a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem romper com o atual paradigma de assistência ao parto<sup>(13)</sup>, provavelmente, porque foram formados previamente às políticas de humanização e à prática baseada em evidências. Ademais, a educação médica ainda não está voltada para a formação de profissionais habilitados a prestar assistência integral, de qualidade e humanizada, visto que se inclinam para reproduzir a utilização de práticas intervencionistas<sup>(13-14)</sup>.

A concorrência imposta por outras prioridades de saúde, a escassez de recursos, a falta de motivação para implementar e sustentar as mudanças na prática assistencial e a disseminação ineficaz dos resultados são fatores que contribuem para a retomada da prática anterior após a finalização de uma intervenção de pesquisa<sup>(11)</sup>.

Existe grande número de estratégias que podem contribuir para uma efetiva implementação de mudanças na prática clínica, que são baseadas em diferentes teorias sobre comportamento humano, mudança profissional e desempenho organizacional. A literatura sugere que, por meio da combinação destas diferentes abordagens, mudanças reais e sustentáveis podem ser alcançadas<sup>(15)</sup>.

Após a intervenção educativa, houve um incremento de 8,3% na taxa de parto normal, possivelmente estimulado pela discussão acerca da implementação das práticas baseadas em evidências científicas no seminário. Entretanto, em razão das limitações do delineamento do estudo, não é possível afirmar que este foi o único determinante para esta mudança, uma vez que dados adicionais, como a situação de risco das mulheres durante a progressão do trabalho de parto e as



indicações para realizar a cesariana, não foram analisados. De qualquer forma, notou-se que mais profissionais passaram a adotar práticas que contribuem para viabilizar o parto normal, tais como a presença de acompanhante, redução da amniotomia e da infusão de ocitocina.

A auditoria pós-intervenção revelou aumento significativo do número de mulheres que tiveram acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. O apoio individual tem efeitos clínicos benéficos para a mulher e seu bebê comprovados por evidência científica, resultando em trabalho de parto mais curto, maior possibilidade de ter parto espontâneo, menor necessidade de analgesia, menos neonatos com índice de Apgar baixo no quinto minuto e relatos de insatisfação com o parto que deveria ser garantido para toda mulher<sup>(16)</sup>.

No Brasil, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no parto é garantida, há mais de dez anos, pela Lei Federal n.º 11.108, de 7 de abril de 2005<sup>(17)</sup>. Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou, por meio da Resolução Normativa n.º 387, que os atendimentos obstétricos no setor privado devem cobrir despesas do acompanhante, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, independente do seguro saúde<sup>(18)</sup>.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto também reforça a recomendação para que as mulheres tenham acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoa de fora da rede social da mulher<sup>(1)</sup>. A OMS classifica esta prática como demonstradamente útil e que deve ser estimulada, uma vez que contribui para a humanização do cuidado e para a redução de intervenções obstétricas desnecessárias<sup>(3)</sup>.

Não obstante, é importante destacar que, nos últimos anos, houve dificuldade na legitimação da garantia desse direito no Brasil, sobretudo por resistência dos profissionais à presença do acompanhante, falta de estrutura física, recursos humanos e materiais nas instituições de saúde e falta de apoio e diretrizes institucionais para a implementação da Lei do Acompanhante<sup>(14)</sup>.

No local do estudo, a estrutura do antigo centro obstétrico, atual CPN, não oferecia condições físicas para instalar satisfatoriamente as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais do serviço. Em 2014, essa estrutura sofreu mudanças para adequação da ambiência prevista na atual política de assistência à mulher, da Rede Cegonha/MS. Assim, as modificações no espaço associadas à intervenção educativa, realizada neste estudo, podem justificar o aumento do relato da presença do acompanhante de escolha da mulher no parto.

A redução da taxa de amniotomia após a intervenção foi um achado inesperado, pois, no local do estudo, esta prática era realizada associada à infusão de ocitocina sob a justificativa de reduzir o tempo de permanência das mulheres no centro de parto, em razão da elevada demanda por atendimento. A amniotomia antes da dilatação cervical completa é, frequentemente, utilizada para acelerar o trabalho de parto, mas a eficácia desta intervenção não foi comprovada e permanece como objeto de debate e investigação.

Duas revisões sistemáticas, sem metanálise, foram conduzidas para avaliar a efetividade do manejo ativo do trabalho de parto. A primeira, com 5.390 mulheres, avaliou se este tipo de manejo reduz o número de cesáreas em gestação de risco habitual e se melhora a satisfação da mulher. As práticas incluíram a amniotomia de rotina, infusão de ocitocina e apoio individual no trabalho de parto. Os autores concluíram que o manejo ativo está associado a pouca redução na taxa de cesariana, mas é altamente prescritivo e intervencionista, sendo necessários mais estudos para avaliar aceitabilidade deste manejo pelas parturientes<sup>(19)</sup>.

A segunda revisão concluiu que não há evidências de que a amniotomia esteja associada à redução da duração do período de dilatação, taxa de cesariana, satisfação materna e índice de Apgar no quinto minuto<sup>(20)</sup>. Portanto, não deve ser adotada rotineiramente como parte da assistência à parturiente.

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

Nossos resultados coincidem com os achados daquele realizado no Brasil, no qual os autores observaram que, após uma intervenção educativa com os profissionais da maternidade, as posições verticalizadas foram adotadas por todas as parturientes, enquanto a litotômica deixou de ser utilizada, com diferença estatística<sup>(21)</sup>.

Na assistência humanizada, recomenda-se à mulher a liberdade de escolha de posição no trabalho de parto e parto, entretanto, no Brasil, a posição litotômica continua sendo utilizada no período expulsivo na maioria das parturientes<sup>(2)</sup>.

Estudo mostra que, quando as mulheres adotam posições verticais, os benefícios físicos e psicológicos incluem menor duração do trabalho de parto, menos intervenções e dor severa e maior satisfação com o parto<sup>(22)</sup>. Revisão sistemática concluiu que ainda não é possível estimar os riscos e benefícios das diferentes posições no parto, em razão da baixa qualidade metodológica dos estudos disponíveis. Assim, cada mulher deve ter a possibilidade de optar pela posição que queira assumir no parto. Contudo, na posição verticalizada, sem anestesia peridural, há redução significativa dos partos assistidos, menor frequência de episiotomia e aumento de lacerações perineais de segundo grau<sup>(23)</sup>.

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

Revisão sistemática que avaliou a utilização de ocitocina para acelerar o progresso lento da dilatação *versus* redução nas taxas de cesariana e morbidade materna e fetal, constatou que não houve diferença estatística na frequência de cesarianas e nos resultados maternos e neonatais adversos comparados ao uso tardio ou não. Em contrapartida, observou-se que o emprego precoce da droga resultou em hiperestimulação uterina associada às alterações cardíacas fetais e redução do trabalho de parto em cerca de duas horas<sup>(24)</sup>. Assim, a infusão de ocitocina no período de dilatação não deve ser adotada como rotina, mas poderia estar restrita a situações em que há necessidade da correção da dinâmica uterina<sup>(3)</sup>. Desse modo, os resultados alcançados, após a intervenção educativa, parecem favorecer o alinhamento entre as práticas assistenciais e as evidências científicas, no serviço onde esta pesquisa foi conduzida.

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

Independente da dilatação cervical completa, é prática frequente nas maternidades estimular a parturiente a fazer força, impedindo que ela obedeça seus próprios impulsos, desrespeitando, assim, a fisiologia do parto<sup>(3)</sup>. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto recomenda os puxos espontâneos no período expulsivo em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos<sup>(1)</sup>.

Revisão bibliográfica recente que avaliou a morbidade materna e neonatal associada ao tipo de puxo utilizado no período expulsivo constatou que os grupos não diferiram quanto às lesões perineais, episiotomias ou tipo de parto. Apenas um estudo encontrou maior escore de Apgar no quinto minuto e melhor pH da artéria umbilical no grupo do puxo espontâneo. Concluiu-se que a baixa qualidade metodológica dos estudos e as diferenças entre os protocolos não justificam uma recomendação de um determinado tipo de puxo<sup>(25)</sup>.

A justificativa dos profissionais em orientar puxos longos e dirigidos tem como finalidade encurtar o período expulsivo<sup>(3)</sup>. Contudo, a revisão sistemática que investigou a interferência do puxo dirigido no expulsivo concluiu que não há diferença na duração deste período e nas taxas de trauma perineal ao comparar com puxos espontâneos<sup>(26)</sup>. Portanto, a mulher deve ser estimulada a seguir seus próprios impulsos.

Quanto à manobra de Kristeller, outros autores estudaram 8.097 mulheres submetidas ao parto normal, com objetivo de verificar os efeitos dessa manobra. Os autores constataram que, apesar da menor duração do segundo período, houve aumento importante do risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência urinária seis meses após o parto. No RN, houve distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto, de sequelas fetais como hipoperfusão e paralisia cerebral<sup>(27)</sup>.

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

Em relação à amniotomia, embora tenha ocorrido diminuição do número de profissionais que referiam realizar este procedimento “sempre ou na maioria das vezes”, este resultado não foi significativo. Esse achado difere daquele obtido nas entrevistas das puérperas, provavelmente devido ao pequeno número de profissionais entrevistados.

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

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

Estudo em dois hospitais da Nigéria que teve como objetivo identificar a relação entre posições de parto e trauma perineal, revelou elevadas taxas de litotomia. As mulheres que adotaram essa posição (85%) relataram não ser útil para o progresso do parto, mas não tinham possibilidade de escolha devido à imposição dos profissionais. As parteiras utilizaram essa prática em 98% dos partos, justificando condição imposta pela instituição. O uso rotineiro da posição litotômica é uma cultura médica incorporada nesses hospitais e as parteiras são educadas e treinadas para assistir as mulheres nesta posição<sup>(28)</sup>.

O cuidado mais efetivo é aquele no qual a parturiente é a figura central e suas necessidades são valorizadas em detrimento das exigências dos profissionais ou das instituições.

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

A administração de ocitocina associada ou não à amniotomia precoce não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem<sup>(1)</sup>.

Revisão sistemática que comparou a dose inicial baixa contra alta dose de ocitocina apontou que a maior dosagem do medicamento reduziu, significativamente, a duração do parto ( $\pm 3,5h$ ), a taxa de cesariana e aumentou a de parto vaginal. Concluiu-se que não há evidências suficientes para recomendar a utilização de altas doses de ocitocina em mulheres com progressão lenta do trabalho de parto e mais pesquisas devem avaliar esse efeito<sup>(29)</sup>.

Assim como nas entrevistas com as puérperas, houve redução significativa em orientar ou incentivar puxos dirigidos e manobra de Kristeller, após a intervenção educativa. A diminuição dessas intervenções, embora satisfatória, não permitiu alcançar o critério de auditoria definido, inicialmente. A manutenção dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller mostra que ainda há resistência dos profissionais em modificar o modelo de assistência intervencionista baseado em crenças ou experiências prévias. Como o hospital é de ensino, este cenário é ainda mais preocupante, dado que pode resultar na perpetuação deste modelo de atenção ao parto.

Desde o planejamento deste estudo, tinha-se conhecimento que haveria dificuldade em resgatar informações dos prontuários, sobretudo algumas práticas que, embora realizadas, frequentemente são ocultadas, principalmente em razão do risco que representam para a parturiente e concepto, como, puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Outras como uso de ocitocina, amniotomia, posição adotada no parto e presença de acompanhante foram escolhidas por serem importantes indicadores na área obstétrica e, em geral, registradas no prontuário. Para algumas dessas variáveis, a quantidade e a qualidade dos registros foram deficientes, limitando a discussão dos achados deste estudo.

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

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

O registro da integridade das membranas é um dado importante na evolução do trabalho de parto frente as repercussões negativas da rotura artificial na saúde materna e fetal. Há evidências de que efeitos indesejáveis podem resultar desta intervenção, como incremento de desacelerações

precoces dos batimentos cardíacos fetais e maior risco de infecção fetal e puerperal<sup>(1)</sup>. Assim, é essencial estimular o registro desta informação no prontuário.

Quanto às posições adotadas no período expulsivo, os registros nos prontuários mostraram que, após a intervenção educativa, houve diminuição da posição litotômica, enquanto as verticais/cócoras aumentou, com diferença significativa. Este achado corrobora os relatos das puérperas, mas não os dos profissionais, provavelmente, devido ao pequeno número de profissionais entrevistados.

Os registros nos prontuários concernentes à prescrição de ocitocina no trabalho de parto revelaram que essa prática proporcionalmente foi reduzida após a intervenção educativa, mas sem diferença estatística. Na auditoria pós-intervenção, constatou-se que a utilização da ocitocina, no período de dilatação, reduziu a frequência em todas as fontes da coleta de dados auditadas, ou seja, puérperas, profissionais e prontuários. Destaca-se que, para esta variável, os registros estavam disponíveis nos prontuários.

Esses achados são coincidentes com aqueles do estudo que implementou intervenções na assistência ao parto normal, com o objetivo de investigar possíveis mudanças nas práticas dos profissionais. Os autores demonstraram diminuição de algumas práticas importantes, entre as quais, uso liberal da ocitocina e ruptura artificial de membranas após a intervenção, com diferença estatística<sup>(30)</sup>.

A ausência dos critérios de auditoria pré-definidos no JBI para as práticas implementadas foi uma limitação importante nesse estudo. Outras limitações foram a elevada falta de registros das práticas nos prontuários, a coleta não randomizada de puérperas entrevistadas e a dificuldade no recrutamento dos profissionais.

Nossos achados trazem contribuições para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, eliminam os cuidados empíricos, rotineiros e desnecessários à mulher e melhoram a prática clínica.

## **Conclusão**

Nossos resultados permitem inferir que a metodologia de implementação de evidências científicas melhorou algumas práticas obstétricas e desfechos maternos. A taxa de parto normal aumentou significativamente. Nos outros desfechos, as melhoras encontradas variaram de acordo com a fonte de informação. Na perspectiva das puérperas, houve aumento significativo da presença do acompanhante de livre escolha no trabalho de parto e da posição vertical/cócoras. Redução significativa da amniotomia, da posição litotômica, de ocitocina, dos puxos dirigidos e manobra de Kristeller. Na perspectiva dos profissionais, as práticas que apresentaram diminuição estatística foram prescrição/administração de ocitocina no trabalho de parto e incentivo/orientação aos puxos dirigidos.

Análise dos prontuários mostra redução estatística de amniotomia e da posição litotômica, com consequente aumento das posições verticais/cócoras.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf).
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM Filha, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014. doi: 10.1590/0102-311X00151513. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.
3. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 06 abr 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*.2012; CD792519. doi: 10.1155/2012/792519.
5. Pearson A. Evidence Synthesis and Its Role in Evidence-Based Health Care. *Nurs Clin N Am*. 2014a;49:453–460. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.001.
6. Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. Translating Evidence into Policy and Practice. *Nurs Clin N Am*. 2014; 49(4):555–66. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.010.
7. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, Grimshaw JM. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci*. 2014;17(9):14. doi: 10.1186/1748-5908-9-14.
8. Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. 2013;11(4):112-119. Disponível em: <http://www.rcm.org.uk/...birth-programme/>.
9. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32. doi:10.11124/jbisrir-2015-1631

10. Guimarães LSP, Hirakata VN. Uso do modelo de equações de estimações generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*. [Internet]. 2012;32(4):503-11. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/36971/23993>.
11. Bick D, Chang YS. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev Enf USP*. 2014;48(4):583. doi: 10.1590/S0080-623420140000400001
12. Shifaza F, Evans D, Bradley H. Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators to Implement EBP in the Maldives. *Adv Nurs*. 2014. doi: 10.1155/2014/698604.
13. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Text Context Nursing*. 2012;21(2):329-37. doi: 10.1590/S0104-07072012000200010.
14. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Text Context Nursing*, 2014; 23(2):270-7. doi: 10.1590/0104-07072014002860013.
15. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester: John Wiley; 2013. doi: 10.1002/9781118525975.
16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;15;7. doi: 10.1002/14651858.
17. Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm).
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução normativa n.º 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [Acesso 12 jan 2017]. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>.
19. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (9). doi: 10.1002/14651858.CD004907.pub3
20. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (8). doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.



21. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):716-25. doi: 10.1590/S0080-623420150000500002.
22. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*. 2012;25(3):100-6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.
23. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;16(5). doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
24. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, 2013; (10). doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.
25. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecol Obstet Fertil*. 2016;44(10):578–83. doi: 10.1016/j.gyobfe.2016.07.004.
26. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10). doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
27. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(4):946-53. doi: 10.1111/jog.12284.
28. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth*; 2016. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.002.
29. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (7). doi: 10.1002/14651858.CD007201.pub3.
30. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Translating evidence into practice in childbirth: a case from the Occupied Palestinian Territory. *Women Birth*. 2013;26:82-9. doi: 10.1016/j.wombi.2012.12.002.