

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

Translation of knowledge based on scientific evidence to improve the clinical practice of obstetricians

Traducción del conocimiento basada en evidencia científica para mejorar la práctica clínica de los obstetras

Rafael Cleison Silva dos Santos¹, Leilson da Silva Lima²

Como citar este artigo:

Santos RCS, Lima LS. Translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras. 2021 jan/dez; 13:-1639. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.10934>.

RESUMO

Objetivo: avaliar a eficácia de intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras. **Método:** estudo longitudinal com enfermeiros e médicos do 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. Os dados foram analisados através de uma escala *Likert*. **Resultados:** houve aumento de profissionais favoráveis à recomendação de práticas obstétricas, após as intervenções educativas, com aumento significativo da sutura perineal com fio sintético absorvível e a técnica de compressa morna no períneo; menos profissionais recomendaram as intervenções obstétricas, com redução significativa da manobra de *Kristeller* no parto. **Conclusão:** as intervenções educativas proporcionaram melhoras na prática dos profissionais.

DESCRITORES: Parto normal; Auditoria clínica; Pesquisa médica translacional.

ABSTRACT

Objective: evaluate the effectiveness of educational interventions based on scientific evidence to improve the clinical practice of obstetricians. **Method:** longitudinal study with nurses and doctors 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 “recommended clinical practice guidelines” by Cochrane collaboration to bring about changes in the behavior of healthcare professionals. The data were analyzed using a Likert scale. **Results:** there was an increase in professionals favorable to the recommendation of obstetric practices, after educational interventions, with a significant increase in perineal suture with absorbable synthetic thread and the warm

1 Doutor em Ciências do Cuidado de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Permanente do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <http://orcid.org/0000-0002-4376-8517>. <http://lattes.cnpq.br/0116465182908153>.

2 Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). leilsonsilva9@hotmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-3123-6628>. <http://lattes.cnpq.br/2315500235762245>

compress technique in the perineum; fewer professionals recommended obstetric interventions, with a significant reduction in Kristeller's maneuver during childbirth. **Conclusion:** educational interventions provided improvements in the practice of professionals.

DESCRIPTORS: Normal birth; Clinical audit; Translational medical research.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad de las intervenciones educativas basadas en evidencia científica para mejorar la práctica clínica de los obstetras. **Método:** estudio longitudinal con enfermeras y médicos del Hospital Estadual de Santana, Amapá, Brasil, donde se realizaron 21 entrevistas estructuradas en la pre y post auditoría, además de intervenciones educativas con "auditoría y retroalimentación" y "práctica clínica recomendada directrices" de la colaboración Cochrane para provocar cambios en el comportamiento de los profesionales sanitarios. Los datos se analizaron mediante una escala Likert. **Resultados:** hubo un aumento de profesionales favorables a la recomendación de prácticas obstétricas, después de intervenciones educativas, con un aumento significativo de la sutura perineal con hilo sintético absorbible y la técnica de compresa caliente en el perineo; menos profesionales recomendaron intervenciones obstétricas, con una reducción significativa de la maniobra de Kristeller durante el parto. **Conclusión:** las intervenciones educativas aportaron mejoras en la práctica de los profesionales.

DESCRIPTORES: Parto normal; Auditoría clínica; Investigación médica traslacional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, esforços consideráveis têm sido empreendidos por organizações governamentais e não governamentais, na tentativa de buscar implantar um novo modelo de atenção ao parto, com melhorias na qualidade da assistência prestada e diminuição da morbimortalidade para o binômio mãe e filho.¹

Essa necessidade se dá porque, no Brasil, 98,4% dos partos são realizados em hospitais e 88,7% assistidos por médicos obstetras, com uso excessivo de tecnologias duras e medicalização, expondo mulheres à altas taxas de intervenções obstétricas (condutas desnecessárias e potencialmente iatrogênicas), que deveriam ser utilizadas apenas em mulheres de risco não habitual obstétrico.^{2,3}

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a 'Rede Cegonha', uma estratégia inovadora que incorporou práticas de saúde incluindo o resgate do parto como processo fisiológico, o estímulo para a atuação da enfermeira obstétrica, o acesso às tecnologias não farmacológicas e não invasivas e a utilização de práticas baseadas em evidências científicas, nos termos das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).^{4,5}

Alguns avanços ocorreram após a implementação da 'Rede Cegonha', mas a morbimortalidade materna ainda é um desafio.¹ Por isso, outro esforço do Ministério da Saúde (MS) 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 translação do conhecimento.³

Nessa compreensão, identificou-se que em nossa realidade, a maioria das condutas na assistência ao parto não é segura,

culmina com maiores riscos ao binômio mãe-filho e, contraria as recomendações das DNAPN/MS³ e da OMS,⁴ caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas. Por isso, a necessidade de mudar essa realidade justificou a realização do estudo e tornou-se a uma questão norteadora: qual a eficácia de intervenções educativas como estratégias de translação do conhecimento baseado em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras?

O termo "Tradução do conhecimento" ou "*Knowledge translation*" (KT, em língua inglesa) 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.⁶⁻¹¹

Algumas iniciativas de translação do conhecimento aliadas ao uso de intervenções educacionais, tais como lembretes, diretrizes ou materiais educativos impressos, palestras, conferências, reuniões, uso de líderes de opinião local, dentre outras, tem sido descritas na literatura,^{7,8} mas ainda é limitada a recomendação mais apropriada de uma intervenção em relação à outra, sendo essenciais novas avaliações documentadas na literatura. No entanto, pode-se afirmar que as abordagens multifacetadas são mais eficazes em relação as abordagens simples.^{9,10}

O estudo teve como objetivo avaliar a eficácia intervenções educativas baseadas em evidências científicas para melhorar a prática clínica de obstetras.

MÉTODO

Estudo longitudinal, quase experimental, tipo antes e depois, que seguiu o processo de auditoria clínica, sugerido pela metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do *Joanna Briggs Institute* (JBI),¹¹ sediado em Adelaide, Austrália, 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 estudo foi desenvolvido no período de maio a outubro de 2019 na maternidade do Hospital Estadual de Santana (HES), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA). O HES conta com quatro enfermeiros e 10 médicos para atender 220 partos por mês de mulheres de risco habitual obstétrico, 73% partos e 27% cirúrgicos.

A população foi constituída por todos os obstetras que aceitaram participar do estudo, sendo quatro enfermeiros e oito médicos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser especialista em obstetrícia, atuar na assistência direta ao parto normal e ter pelo menos 12 meses de experiência. A amostra foi composta por 12 profissionais na fase 1 e nove na fase 3. O único critério de exclusão foi não participar da fase 2 (intervenção).

Na fase 1, constituiu-se uma equipe de auditoria, definiu-se os critérios de auditoria e realizou-se a auditoria de base. A equipe de auditoria foi composta pelo diretor geral do HES, coordenação de enfermagem, chefe de obstetrícia,

enfermeiros da maternidade e os próprios pesquisadores. Estabeleceu-se 29 critérios de auditoria, sendo 21 práticas obstétricas e oito intervenções obstétricas (mostrados nas tabelas dos resultados).

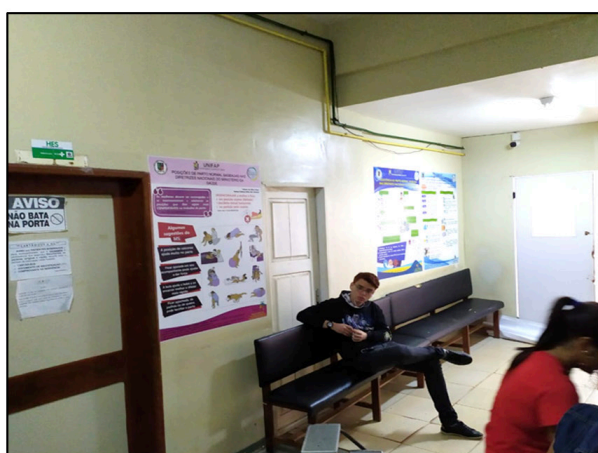
Na auditoria de base, iniciada em maio de 2019, realizou-se 12 entrevistas face-a-face de 15 minutos com quatro enfermeiros e oito médicos, utilizando um questionário estruturado de 29 questões e cinco opções de respostas tipo “escala de *Likert*”: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “maioria das vezes” e “sempre”, atribuídas a valores lineares numéricos de 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente.

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*¹² em sua taxonomia de intervenções educativas destinadas a provocar mudanças no comportamento de profissionais de saúde. 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 na recepção da maternidade e nas duas salas de parto para reforçar aos profissionais àquelas recomendações das diretrizes³ de prática clínica (Figura 1).

Figura 1 - *Banners* na recepção e sala de parto, Hospital Estadual de Santana, Amapá, 2019



Neste ponto, é importante destacar que um profissional médico que atua no local do estudo, danificou parte do material exposto, ficando apenas três dos 12 *banners* expostos, que foram finalmente “descartados” do hospital no 48º dia de intervenção.

Na fase 3, considerando que o JBI não estabelece prazos fixos para que a pós-auditoria ocorra, foi proposto inicialmente que a terceira fase seria realizada 90 dias após o término da fase 2, isto é, no dia primeiro de novembro de 2019. No entanto, considerando a interrupção da fase 2, a pós-auditoria foi iniciada 60 dias após a data da intervenção, a partir do dia primeiro 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 questionário de repetição e os critérios de inclusão. Portanto, nas fases 1 e 3, foram utilizadas amostras dependentes de profissionais.

A análise descritiva e inferencial foi realizada no software IBM SPSS®, versão 25.0. Na análise descritiva foram calculados o *Ranking Médio* (RM)¹³ e *Ranking Médio Total* (RMT)¹³ da escala tipo *Likert*. Para a análise inferencial, comparou-se os resultados da fase 1 com a fase 3 (antes e depois da intervenção)

através do 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 tipo *Likert* foi utilizado o cálculo do *Ranking Médio* (RM),¹³ que é a soma dos valores de um a cinco atribuídos para cada critério, dividida pelo número de sujeitos respondentes, obtido através da seguinte fórmula:

$$RM = \frac{\Sigma VC}{NT}, \Sigma = \text{soma}; VC = \text{valores de cada critério}; NT = n^\circ \text{ total de respondentes}$$

No RM,¹³ considerou-se que o escore do $RM > 3$ demonstra profissionais mais favoráveis à recomendação ou realização das práticas ou das intervenções obstétricas, enquanto que o escore do $RM < 3$ indicou profissionais menos favoráveis. O escore do $RM = 3$ representa o “ponto neutro” na escala tipo *Likert*.

Além disso, verificou-se também o *Ranking Médio Total* (RMT),¹³ que é a soma dos valores sumativos de todos os critérios, dividida pelo número de sujeitos respondentes, obtido através da seguinte fórmula:

$$RMT = \frac{\Sigma VSC}{NT}, \Sigma = \text{soma}; VSC = \text{valores sumativos dos critérios}; NT = n^\circ \text{ total de respondentes}$$

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

RESULTADOS

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' ($p=0,031$). Para as práticas de 'banho de chuveiro', 'avaliação do trauma perineal', 'clampeamento do cordão umbilical', 'exame retal', 'massagem de relaxamento', 'posição no parto de escolha da mulher' e 'suturas contínuas', houve adesão favorável ($RM>3$) dos profissionais com aumento na diferença média após as intervenções educativas, mas sem significância estatística entre as fases 1 e 3 (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	Fase 1	Fase 3	Diferença média	p-valor*
	Likert	Likert		
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	4,50	5,00	0,50	0,217
Uso do anestésico	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
Clampeamento do cordão após o 1º minuto	4,00	4,56	0,56	0,162
Reparo de todas as lacerações perineais	3,67	3,33	-0,34	0,455
Exame retal após o reparo de 3º e 4º grau	3,42	3,78	0,36	0,675
Presença do acompanhante de livre escolha	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
Sutura contínua não ancorada na mucosa/músculo	2,58	3,44	0,86	0,240
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

A recomendação do 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. Foi mantida a adesão favorável ($RM>3$) dos profissionais para 'uso do fio biológico categute na sutura perineal', 'sutura interrompida em todos os planos de tecidos' e 'posição no parto litotômica', mas, com redução na diferença média após as intervenções educativas, sem significância estatística entre as fases 1 e 3 (Tabela 2).

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

Intervenções obstétricas	Fase 1	Fase 3	Diferença média	p-valor*
	Likert	Likert		
Uso do fio biológico catagute na sutura perineal	4,83	4,44	-0,39	0,130
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 1ª 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

De acordo com o Ranking médio total, houve aumento (7,5%) da proporção de profissionais favoráveis à recomendação de práticas obstétricas, após as intervenções educativas, porém, sem diferença estatística significativa ($p=0,176$). Por outro lado, reduziu (15,8%) a proporção de profissionais recomendando intervenções obstétricas desnecessárias, com diferença estatística ($p=0,024$) (Tabela 3).

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

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

*Teste t de Student

DISCUSSÃO

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 'a sutura perineal com fio sintético absorvível' e 'a técnica de compressa morna no períneo'.

Para essas duas práticas, que também foram enfatizadas nos *banners* como recomendadas pelas DNAPN/MS, os profissionais compreenderam a importância de recomendá-las para reduzir morbidades maternas associadas ao trauma perineal.

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.¹⁴⁻¹⁵ 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.¹⁶

Uma revisão sistemática da *Cochrane Library*¹⁷ com 15.181 mulheres, concluiu 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^{3,4} para os cuidados na segunda fase do trabalho de parto.

Embora sem diferença estatística, outras oito práticas obstétricas tiveram aumento na proporção favorável de profissionais em recomendá-las, após as intervenções educativas, em especial o banho de chuveiro, a avaliação do trauma perineal e o clampamento do cordão umbilical após o primeiro minuto. Esses achados foram considerados satisfatórios porque essas práticas eram muito incipientes no local do estudo e raramente tinham sido utilizadas antes das intervenções educativas.

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.^{3,4,11}

É importante destacar que alguns profissionais relataram, durante o *feedback*, 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 de terceiro e quarto grau. A avaliação inclui a classificação do trauma, que envolve desde a pele e mucosa (1º grau), estendendo-se aos músculos perineais (2º grau), ao esfíncter anal (3º grau) ou ao epitélio anal (4º grau).^{5,18}

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/MS³ e OMS.⁴

O clampeamento do cordão umbilical realizado somente após o primeiro minuto dos nascimentos a termo e sem necessidade de estabilização, resulta em aumento de quase 100 ml sangue por transfusão placentária. Como resultado, a hemoglobina 48 horas após o nascimento é mais alta e a deficiência de ferro durante a infância é menos frequente.^{19,20} Se o clampeamento do cordão umbilical ocorrer até 90 segundos, desde que >60 segundos, pode não apenas melhorar o *status* hematológico precoce dos neonatos, mas também evitar a icterícia excessiva que exija fototerapia.²¹

No que diz respeito às intervenções obstétricas, os resultados mostram que após a exposição dos *banners*, só houve diferença estatística na redução de profissionais favoráveis à recomendação da ‘manobra de Kristeller’. Uma revisão sistemática da *Cochrane Library*,²² com 3.948 mulheres, concluiu que não há evidências suficientes para o uso rotineiro da manobra de Kristeller. Por isso, essa prática não é recomendada pelo MS³ e OMS⁴ já que pode acarretar traumas físicos e psicológicos à mulher.

Mesmo sem diferença estatística, houve redução de profissionais recomendando ‘o uso do fio biológico categute na sutura perineal’, ‘a técnica de sutura interrompida em todos os planos de tecidos’ e ‘a posição no parto litotômica’, após a exposição dos *banners*. Essa redução foi considerada importante porque envolve àquelas intervenções desnecessárias com maiores morbidades maternas.

Há evidências de que o fio biológico categute 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.¹⁵⁻¹⁶

Em relação a posição litotômica no parto, observou-se que esta ainda era muito recomendada na rotina dos

profissionais, antes das intervenções educativas, por ser a mais favorável para visualizar o canal do parto e tracionar a criança no período expulsivo, ou seja, as parturientes eram desencorajadas a adotarem qualquer outra posição que achassem mais confortável. Essa cultura em recomendar a litotomia no parto ainda era transferida aos estudantes, residentes e profissionais parteiros no local do estudo. Assim, o *feedback* e a exposição dos *banners* não foram capazes de melhorá-la com significância, embora, na literatura^{1,3,4} haja consenso de que a posição no parto eutócico pode ser de escolha da paciente, incluindo posições verticalizadas.

Na análise do *ranking* médio total, demonstra-se, no geral, se as práticas e as intervenções obstétricas foram mais ou menos favoráveis à recomendação ou realização pelos profissionais. Desta forma, podemos inferir que após as intervenções educativas, mais práticas obstétricas baseadas em evidências científicas foram observadas na conduta clínica dos profissionais entrevistados, sem significância estatística, ao passo que menos mulheres foram expostas às intervenções obstétricas desnecessárias ou não recomendadas, com significância.

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.

Nossos achados foram corroborados com outros estudos^{1,15,23} 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 e redução de práticas consideradas prejudiciais.

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 reduzir ou prevenir morbidades maternas e melhorar a experiência da mulher no parto.

As principais limitações do estudo incluem a pequena amostra de profissionais, a escassez de tecnologias não farmacológicas e não invasivas na maternidade, o extravio de parte dos *banners* por um médico e a abordagem com apenas duas intervenções educativas, ao invés de multifacetada.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que as intervenções educativas com “auditoria e *feedback*” e “diretrizes de prática clínica” com uso de *banners* podem aumentar a recomendação por profissionais às práticas obstétricas baseadas em evidências científicas. O estudo confirmou a importância da educação continuada, do maior envolvimento dos profissionais obstetras e de infraestrutura disponível para a manutenção do cuidado baseado em evidências. A amostra foi pequena, mas a população total elegível do hospital era

de 14 profissionais. Sugerimos novas pesquisas com mais intervenções educativas multifacetadas para avaliar sua eficácia na assistência ao parto normal.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Public.* [Internet]. 2019 [acesso em 18 novembro de 2019]; 35(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
2. Lopes GDC, et al. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 18]; 68(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 14 de fevereiro 2018]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
4. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2019 mai 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
5. Romão RS, et al. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* [Internet]. 2018 [acesso em 18 novembro de 2019]; 8(e). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2907>
6. Andrade KRC, Pereira MG. Knowledge translation in the reality of Brazilian public health. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2020 [cited 2021 fev 18]; 54(72). Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>
7. Püchel VAA, Lockwood C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise [editorial]. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 11]; 52(e). Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018ed0103344>
8. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* [Internet]. 2019 [cited 2020 abr 17]; 17(1). Available from: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
9. Santos RCS, Farias JLDJ, Côrtes CT. A pesquisa translacional e o cuidado perineal no parto: relato de implementação. *Estação Científica (UNIFAP).* [Internet]. 2018 [acesso em 18 novembro de 2019]; 8(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18468/estcien.2018v8n2.p121-128>
10. Martínez-Silveira MS, Silva CH, Laguardia J. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 dezembro de 2020]; 14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1677>
11. 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.* [Internet]. 2015 [cited 2020 mai 20]; 49(5). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>
12. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). The EPOC taxonomy of health systems interventions. [Internet]. 2016. [cited 2020 abr 20]; Available from: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>
13. Subedi BP. Using Likert Type Data in Social Science Research: Confusion, Issues and Challenges. *International Journal of Contemporary Applied Sciences.* [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 10]; 3(2). Available from: <http://www.ijcar.net/assets/pdf/Vol3-No2-February2016/02.pdf>
14. Santos RCS. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm. Foco.* [Internet]. 2017 [acesso em 25 dezembro de 2018]; 8(1). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/880/367>
15. Santos RCS, Riesco MLG. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2020 jav 31]; 37(e). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>
16. Odijk R, Hennipman B, Rousian M, et al. The MOVE-trial: Monocryl® vs. Vicryl Rapide™ for skin repair in mediolateral episiotomies: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2017 [cited 2021 mar 01]; 17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1545-8>
17. Aasheim V, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 [cited 2020 jun 15]; Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672>
18. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2017 [cited 2020 out 29]; Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
19. Trapani Júnior A. Cuidados no trabalho de parto e parto: recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). *Femina.* [Internet]. 2019 [acesso em 25 maio de 2020]; 47(1). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046412/femina-2019-471-34-36.pdf>
20. Vain NE. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2015 [acesso em 22 maio de 2020]; 33(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0258.pdf>
21. Qian Y, et al. Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. *Early Hum Dev.* [Internet]. 2020 [cited 2020 set 12]; 142. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104948>
22. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 [cited 2020 set 15]; Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>
23. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2018 [cited 2020 set 18]; 26(e). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>

Recebido em: 02/03/2021

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 14/07/2021

Publicado em: 00/00/2021

Autor correspondente

Rafael Cleison Silva dos Santos

Endereço: Rua Primeira, 425, Jardim Marco Zero

Macapá/AP, Brasil

CEP: 6689033-358

Email: rcleison@unifap.br

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.