

Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto

Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth

Implementación de prácticas asistenciales para la prevención y reparación de trauma perineal en el parto



Rafael Cleison Silva dos Santos^a
 Maria Luiza Gonzalez Riesco^b

Como citar este artigo:

Santos RCS, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68304. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>

RESUMO

Objetivos: Implementar práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.

Métodos: Estudo quase-experimental, realizado no Hospital da Mulher Mãe-Luzia, Macapá, AP. Realizaram-se 74 entrevistas com enfermeiros e médicos e 70 com puérperas, e analisaram-se dados de prontuários (n=555). O desenvolvimento da pesquisa se deu em três fases: pré-auditoria e auditoria de base (fase 1); intervenção educativa e implementação de boas práticas assistenciais (fase 2); auditoria pós-implementação (fase 3); a análise foi pela comparação das fases 1 e 3.

Resultados: Após a intervenção educativa, menos profissionais incentivavam puxos dirigidos, realizavam episiotomia e suturavam lacerações de primeiro grau; mais mulheres informaram que o parto foi em posição litotômica; mais registros nos prontuários indicaram o uso de Vicryl[®] na sutura da mucosa e pele.

Conclusões: A intervenção educativa melhorou os cuidados e os desfechos perineais, porém há lacunas na implementação das evidências e inadequações no manejo do cuidado perineal.

Palavras-chave: Prática clínica baseada em evidências. Parto. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To implement care practices for perineal trauma prevention and repairing in normal birth.

Method: Quasi-experimental study conducted at Hospital da Mulher Mãe-Luzia, in Macapá, AP, Brazil. Seventy-four (74) nurses and obstetricians and 70 post-partum women were interviewed and the records of 555 patients were analyzed. The study was conducted in three stages: pre-audit and baseline audit (phase 1); educational intervention and implementation of best practices (phase 2); post-implementation audit (phase 3). Data was analyzed by comparison of the results of phases 1 and 3.

Results: Following the educational intervention, a lower number of health professionals encouraged directed pushing, performed episiotomies and repaired first-degree lacerations; more women reported lithotomy position; more patient records indicated the use of Vicryl[®] to suture the perineal mucosa and skin.

Conclusion: The educational intervention improved birth care and perineal outcomes. Nevertheless, gaps were identified in the implementation of evidence, as well as inappropriate perineal care management

Keywords: Evidence-based practice. Parturition. Obstetric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Implementar prácticas asistenciales para la prevención y reparación del trauma perineal en el parto.

Método: Estudio casi experimental, conducido en el Hospital da Mulher Mãe-Luzia, Macapá, AP. Se realizaron 74 entrevistas con médicos y enfermeras y 70 con puérperas y se analizaron los datos de registros médicos (n=555). La investigación se desarrolló en tres fases: preauditoria y auditoria de base (fase 1); intervención educativa e implementación de buenas prácticas asistenciales (fase 2); auditoria posimplementación (fase 3); el análisis fue comparando las fases 1 y 3.

Resultados: Después de la intervención educativa, menos profesionales incentivaban pujo dirigido, realizaban episiotomía y suturaban desgarros de primer grado; más mujeres tuvieron el parto en posición litotomía; más registros indicaban uso de Vicryl[®] para suturar la mucosa y piel.

Conclusión: La intervención educativa ha mejorado el cuidado y los resultados perineales, pero hay lagunas en la implementación de evidencias y deficiencias en el cuidado perineal.

Palabras clave: Práctica clínica basada en la evidencia. Parto. Enfermería obstétrica.

^a Universidade Federal do Amapá (UFAP), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde. Macapá, Amapá, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Atualmente, há um crescente reconhecimento da necessidade de traduzir conhecimento de pesquisas para a prática clínica e as políticas de saúde. No entanto, esse conhecimento gerado pelas pesquisas tem sido subutilizado⁽¹⁾.

A prática de saúde baseada em evidências pode ser conceituada como a tomada de decisão clínica que considera a melhor evidência disponível, o contexto no qual o cuidado é prestado, a preferência do cliente e o julgamento do profissional de saúde. Esta evidência é, então, sintetizada e transferida para os serviços e profissionais de saúde⁽²⁾.

Nesse modelo, a etapa de transferência ou translação do conhecimento (*knowledge translation*, em língua inglesa) vem sendo descrita como um processo que é capaz de reduzir a lacuna entre a pesquisa em saúde e a prática clínica, por meio da sua implementação⁽³⁾.

Existem muitas barreiras para a divulgação e utilização dos resultados de pesquisas no contexto dos cuidados de saúde, dentre as quais, pode-se destacar a falta de conscientização e motivação dos profissionais, de concordância com as evidências ou com os resultados das pesquisas e a aparente falta benefícios na prática⁽⁴⁾.

No Brasil, a principal barreira é a falta de familiaridade com a transferência do conhecimento, que é um campo novo e possui muitos desafios para sua implementação, incluindo as dificuldades em identificar problemas de pesquisa relevantes, os orçamentos baixos e a pouca atenção dedicada à pesquisa translacional pelas agências de financiamento⁽⁵⁾.

A transferência de conhecimento é um dos componentes do modelo de saúde baseada em evidências, proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), sediado em Adelaide, Austrália. Diz respeito ao ato de transferir conhecimento para profissionais e sistemas de saúde em todo o mundo, por meio de métodos utilizados na tomada de decisão⁽²⁾.

No modelo JBI, transferência e implementação da evidência na prática são componentes distintos. Assim, após a geração, a síntese e a transferência da evidência, implementam-se as práticas baseadas em evidências, por meio da avaliação do impacto da utilização das evidências no processo de cuidados de saúde⁽²⁾.

Nas últimas décadas, pesquisas na área da saúde materna buscam solução para diversos problemas, dentre os quais, destacam-se os traumas perineais no parto, definidos como qualquer dano que sucede nos genitais, seja de maneira espontânea, em forma de laceração, ou devido a uma incisão cirúrgica (episiotomia)⁽⁶⁾.

Estima-se que aproximadamente 70% das mulheres que têm um parto vaginal vão sofrer algum grau de trauma

perineal, e três quartos dessas vão necessitar de sutura para facilitar a cicatrização do tecido lesado⁽⁷⁾.

As taxas de episiotomia apresentam grande variação, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), com taxas menores em países de língua inglesa como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%), permanecendo elevadas em muitos países como Equador (96,2%), China (82%) e África do Sul (63,3%). Quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das estatísticas de episiotomia é superior a 65%⁽⁷⁾.

No Brasil, dados do inquérito nacional "Nascer no Brasil"⁽⁸⁾, estudo nacional de base hospitalar composto por 23.940 puérperas, encontrou que a episiotomia foi realizada em 53,5% das mulheres.

Em consequência, prevenir o trauma perineal no parto tem impacto contra as principais morbidades decorrentes, especialmente, sangramento, dor, infecção, deiscência e dispareunia⁽⁹⁾. Outras possíveis consequências que podem ser evitadas são equimose, hematoma, fístula retal, incontinência urinária e anal. Aspectos como sofrimento psíquico, prejuízos na amamentação, experiência negativa no parto e futura insatisfação sexual da mulher e do parceiro podem ser minimizados, promovendo-se a integridade perineal. Além disso, é também importante que enfermeiros, obstetras e médicos sejam capazes de prevenir, avaliar e reparar o trauma perineal, assegurando que os tecidos e estruturas envolvidos sejam reparados corretamente, com técnica e material adequados para promover a cicatrização e reduzir as morbidades, tal como recomendado pelas evidências⁽¹⁰⁾.

Contudo, apesar do conhecimento acumulado em relação aos aspectos mencionados, pouca atenção é dada a estes importantes aspectos no manejo do cuidado perineal no parto, uma vez que muitos profissionais utilizam rotineiramente práticas consideradas prejudiciais à integridade perineal, caracterizando um cuidado não adequadamente informado por evidências.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi implementar práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal. Os objetivos específicos foram: avaliar as práticas utilizadas para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal; avaliar o impacto da implementação dessas práticas nos desfechos perineais.

■ MÉTODO

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação⁽¹¹⁾ de evidências científicas na prática clínica, do JBI. Essa metodologia consiste em um processo de auditoria clínica

e compreende três fases: 1) pré-auditoria e auditoria de base; 2) implementação de boas práticas; 3) auditoria pós-implementação.

Foi realizado de julho de 2015 a março de 2016, no Hospital da Mulher Mãe-Luzia (HMML), em Macapá, Amapá, instituição do Sistema Único de Saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá.

A população foi constituída por enfermeiros, médicos e residentes de ambas as categorias do HMML e por puérperas atendidas nesse serviço.

Os profissionais elegíveis foram todos os enfermeiros (n=42) e médicos (n=29) que atenderam os seguintes critérios de inclusão: possuir o título de especialista em obstetrícia, estar cursando especialização ou ser residente nessa especialidade; atuar na assistência direta ao parto normal. Para participar da fase 3, também foi critério de inclusão ter participado da fase 2. A amostra final de profissionais que participaram das fases 1, 2 e 3 foi de 42 (25 enfermeiros e 17 médicos), 32 e 32 (20 enfermeiros e 12 médicos), respectivamente.

A amostra de puérperas foi composta por dois conjuntos de mulheres: puérperas internadas e prontuários de mulheres que deram à luz no HMML. Foram incluídas na amostra de puérperas internadas, 35 mulheres que deram à luz antes e 35 que deram à luz após a intervenção (fases 1 e 3, respectivamente), totalizando 70 mulheres, conforme os seguintes critérios: não ser de etnia indígena; ter risco obstétrico habitual; ter sido internada na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical de até 8 centímetros; ter dado à luz por via vaginal; estar acessível por telefone para entrevistas com 10-12 dias e 30 dias pós-parto. A amostra de puérperas internadas foi por conveniência e o tamanho amostral foi calculado considerando a taxa de episiotomia da região Norte, de 48,6%, menor taxa regional do país⁽⁹⁾. Para compor a amostra intencional de prontuários de mulheres, foram considerados todos os prontuários daquelas que tiveram alta no período de um mês antes da intervenção (n=424) e no período de um mês após a intervenção (n=440). Considerando os critérios de inclusão (não ser de etnia indígena; ter risco obstétrico habitual; ter sido internada na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical de até 8 centímetros; ter dado à luz por via vaginal), a amostra final de prontuários foi 291, na fase 1, e 264, na fase 3.

Na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1), foram realizadas as seguintes atividades: constituição da equipe de auditoria; definição dos critérios de auditoria; avaliação preliminar dos desfechos perineais e identificação das práticas utilizadas na prevenção e reparo do trauma perineal.

A equipe de auditoria foi estabelecida a partir de reuniões prévias com os interessados. Incluiu o diretor geral,

o diretor clínico e a diretora técnica do HMML; a coordenadora de enfermagem e o chefe de obstetrícia; o Núcleo de Educação Permanente do hospital; o próprio pesquisador e um enfermeiro residente.

Para determinar os níveis de cumprimento das recomendações, as práticas obstétricas e os desfechos perineais relacionados ao parto, foram utilizados critérios de auditoria relacionados com: posição no parto; puxos dirigidos; manobra de Kristeller, prevenção do trauma perineal; taxas de episiotomia e laceração espontânea; avaliação e classificação da laceração; reparo de laceração de primeiro grau; técnica de sutura do trauma perineal; tipo de fio; anestesia no reparo perineal; dor perineal espontânea e às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar, amamentar, dispareunia); satisfação da puérpera com o reparo perineal.

Realizaram-se entrevistas com os profissionais e as puérperas, por meio de formulário estruturado e duração de aproximadamente 10 minutos. Para a entrevista com os profissionais, foi necessário ir ao hospital nos três turnos, em horário pré-agendado, durante seu período de trabalho, em diferentes dias da semana. As entrevistas com as puérperas foram realizadas face-a-face no hospital, durante a internação, e por telefone, após a alta hospitalar, entre 10-12 dias e 30 dias pós-parto.

Para concluir a fase 1 da pesquisa, os dados foram coletados em prontuários de puérperas não entrevistadas. Os prontuários (n=424) das puérperas com altas ocorridas no mês de julho de 2015 foram solicitados à equipe do SAME uma semana antes do início da auditoria de base e a amostra foi selecionada (n=291), considerando os mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas.

Três semanas depois de encerrada a pré-auditoria e auditoria de base (fase 1), foi realizada uma intervenção educativa intitulada "Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal" (fase 2), destinada aos profissionais que constituíram a população desta pesquisa, com a finalidade de apresentar os resultados da avaliação preliminar das práticas de cuidado perineal no parto normal utilizadas no local do estudo e discutir as evidências científicas sobre as melhores práticas em relação ao manejo do trauma perineal, considerando a experiência profissional de cada participante.

A apresentação das evidências foi feita por meio da projeção de diapositivos e de vídeo ilustrativo sobre sutura perineal, com ênfase na técnica de sutura contínua. O Seminário ocorreu pela manhã e foi repetido à tarde, para possibilitar a participação de todos os profissionais envolvidos. Teve duração de quatro horas, em cada período, e na oportunidade, foram disponibilizadas pastas com material de leitura atualizado e recomendado pela

Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, incluindo as principais revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane e ensaios clínicos randomizados indexados à Biblioteca Virtual de Saúde, devidamente traduzidos para a língua portuguesa.

A auditoria pós-intervenção (fase 3) foi iniciada 60 dias após o término da fase 2, com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção proposta na implementação de boas práticas assistenciais no cuidado do trauma perineal. Os dados da auditoria pós-intervenção foram coletados do mesmo modo que na fase 1, com amostras independentes de mulheres e prontuários, conforme descrito anteriormente.

A análise inferencial dos dados foi feita mediante comparação entre os resultados da fase 1 com a fase 3. Foi utilizado o modelo de Equações de Estimção Generalizadas (GEE) para a amostra de profissionais e para as variáveis coletadas em mais de um momento pós-parto, na amostra de puérperas. Para as variáveis coletadas uma única vez no pós-parto e para a amostra de prontuários, foi utilizado o teste exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas no SPSS 22, na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor-p=0,05).

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

■ RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as repostas dos profissionais sobre a frequência da utilização de práticas na assistência ao parto. Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, houve aumento da proporção de profissionais que raramente ou nunca incentivam o puxo dirigido (p=0,009), restringem a realização da episiotomia (p=0,021) e deixam as lacerações de primeiro grau sem reparo (p=0,011).

A Tabela 2 mostra as respostas das puérperas sobre as intervenções obstétricas e desfechos perineais que ocorreram durante o parto. A posição litotômica no parto, além de ter sido adotada pela maioria das mulheres na fase 1, foi mais frequente na fase 3, com diferença estatística significativa (p=0,028).

Na Tabela 3 é apresentada a queixa de dor perineal espontânea ou às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar) e a satisfação das puérperas com o reparo perineal. Pode-se verificar que a frequência de dor espontânea nas puérperas é pequena ou ausente, em todos os períodos pós-parto. Em relação à dor às atividades, a frequência diminui no decorrer do pós-parto, com diferença estatisticamente para os diferentes períodos (p=0,019), mas sem diferença entre as fases 1 e 3. Vale destacar que todas as puérperas, em ambas as fases do estudo, negaram dispareunia, tanto no período de 10-12 dias como 30 dias após o parto.

Os resultados relativos aos dados dos prontuários são apresentados na Tabela 4. Inicialmente, vale destacar o elevado número de prontuários sem registro para todas as variáveis estudadas, em ambas as fases. As únicas práticas

Tabela 1 – Distribuição das práticas utilizadas no parto pelos profissionais na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015-2016 (continua)

Práticas utilizadas no parto	Profissionais				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Recomenda posição litotômica no parto	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	12	37,5	0,059
Raramente ou nunca	20	47,6	20	62,5	
Incentiva puxos dirigidos	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	6	18,8	0,009
Raramente ou nunca	23	55,0	26	81,2	
Utiliza técnica de prevenção do trauma perineal	42	100	32	100	
Sempre ou maioria das vezes	29	69,0	19	59,0	0,425
Raramente ou nunca	13	31,0	13	41,0	

Tabela 1 – Distribuição das práticas utilizadas no parto pelos profissionais na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015-2016 (conclusão)

Práticas utilizadas no parto	Profissionais				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Realiza episiotomia	42	100	32	100	0,021
Sempre ou maioria das vezes	7	16,7	1	3,1	
Raramente ou nunca	35	83,3	31	96,9	
Realiza o reparo da laceração de 1º grau	42	100	32	100	0,011
Sempre ou maioria das vezes	16	38,1	6	18,8	
Raramente ou nunca	26	61,9	26	81,2	
Realiza exame retal após reparo de 3º ou 4º graus	42	100	32	100	0,232
Sempre ou maioria das vezes	26	61,9	23	71,9	
Raramente ou nunca	16	38,1	9	28,1	
Técnica de sutura na mucosa	42	100	32	100	0,250
Interrompida	3	7,0	3	9,4	
Contínua simples	13	31,0	13	40,6	
Contínua ancorada	26	62,0	16	50,0	
Técnica de sutura no plano muscular	42	100	32	100	0,932
Interrompida	23	54,8	17	53,1	
Contínua simples	7	16,6	7	21,9	
Contínua ancorada	12	28,6	8	25,0	
Técnica de sutura na pele	42	100	32	100	0,641
Interrompida	23	54,8	16	50,0	
Contínua simples	10	23,8	13	40,6	
Contínua ancorada	5	12,0	1	3,1	
Intradérmica	4	9,4	2	6,3	
Fio de sutura na mucosa	42	100	32	100	0,864
Vicryl®	7	16,7	6	18,7	
Categute simples	10	23,8	7	21,9	
Categute cromado	25	59,5	19	59,4	
Fio de sutura no plano muscular	42	100	32	100	0,125
Vicryl®	6	14,3	7	21,9	
Categute simples	5	11,9	6	18,7	
Categute cromado	31	73,8	19	59,4	
Fio de sutura na pele	42	100	32	100	0,089
Vicryl®	12	28,5	6	18,8	
Categute simples	18	43,0	13	40,6	
Categute cromado	12	28,5	13	40,6	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*GEE

Tabela 2 – Distribuição das práticas utilizadas e dos desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015-2016

Variável	Puérperas entrevistadas				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Posição litotômica no parto	35	100	35	100	0,028
Sim	27	77,1	34	97,1	
Não	8	8,6	1	2,9	
Puxo dirigido	35	100	35	100	1,000
Sim	8	22,9	9	25,7	
Não	27	77,1	26	74,3	
Manobra de Kristeller	35	100	35	100	0,428
Sim	2	5,7	5	14,3	
Não	33	94,3	30	85,7	
Períneo	35	100	35	100	
Laceração espontânea	21	60,0	13	37,1	0,155
Íntegro	12	34,3	17	48,6	
Episiotomia	2	5,7	5	14,3	
Reparo perineal	23	100	18	100	1,000
Sim	17	73,9	14	77,8	
Não	6	26,1	4	22,2	
(2)Anestesia no reparo perineal	17	100	14	100	0,607
Sim	14	82,4	13	92,9	
Não	3	17,6	1	7,1	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Teste exato de Fisher

obstétricas em que houve diferença estatisticamente significativa foram a realização do reparo da laceração perineal e o tipo de fio usado na sutura da mucosa e da pele. Proporcionalmente, menos mulheres tiveram a laceração perineal suturada ($p=0,039$) e mais profissionais utilizaram o fio Vicryl® na mucosa ($p=0,006$) e na pele ($p=0,033$).

■ DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que em relação às práticas obstétricas utilizadas pelos profissionais para a prevenção do trauma perineal no parto, após a intervenção, houve menos profissionais referindo utilizar puxos dirigidos e episiotomia, com diferença estatisticamente significativa. Antes da intervenção, a maioria dos profissionais acreditava que essas práticas poderiam beneficiar a parturiente e não sabia informar suas bases científicas. Os puxos dirigidos e o uso rotineiro de episiotomia durante

o segundo estágio do parto são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, aumentam a frequência de trauma e dor perineal após o parto e devem ser eliminadas⁽¹²⁻¹³⁾.

Estudo transversal⁽¹⁴⁾, realizado em São Paulo, com 317 primíparas, concluiu que o puxo dirigido está relacionado, principalmente, à laceração na região perineal posterior. Ensaio clínico randomizado⁽⁷⁾, realizado no Reino Unido, com 3.681 mulheres, utilizou uma intervenção educativa com obstetras e médicos para a implementação da avaliação e do reparo de lacerações perineais de segundo grau e episiotomias, com base em evidências científicas, e concluiu que após o treinamento, a maioria dos profissionais relatou ter usado práticas fundamentadas em evidências, incluindo a episiotomia seletiva.

Outras práticas de prevenção do trauma perineal referidas pelos profissionais foram a proteção manual do períneo e a massagem perineal com óleo vegetal, realizadas durante o período expulsivo. Para essas práticas ainda há

Tabela 3 – Distribuição da dor perineal e da satisfação com o reparo perineal segundo os dias pós-parto identificada nas entrevistas com as puérperas na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p – Macapá, AP, 2015-2016

Variável	Puérperas entrevistadas			
	Fase 1		Fase 3	
	n	%	n	%
Dor perineal 1-2 dias pós-parto*	17	100	14	100
Espontânea	-	-	1	7,0
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	16	94,0	11	79,0
Sem dor	1	6,0	2	14,0
Dor perineal 10-12 dias pós-parto*	12	100	14	100
Espontânea	-	-	2	14,3
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	8	66,7	8	57,1
Sem dor	4	33,3	4	28,6
Não atendeu telefone	5	-	-	-
Dor perineal 30 dias pós-parto*	11	100	13	100
Espontânea	-	-	-	-
Às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar)	7	63,6	5	38,5
Sem dor	4	36,4	8	61,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-
Satisfação com o reparo perineal 1-2 dias pós-parto[†]	15	100	12	100
Satisfeita/Muito satisfeita	4	26,7	8	66,7
Insatisfeita/Pouco satisfeita	11	73,3	4	33,3
Não sabe	2	-	2	-
Satisfação com o reparo perineal 10-12 dias pós-parto[†]	11	100	14	100
Satisfeita/Muito satisfeita	6	54,5	10	71,4
Insatisfeita/Pouco satisfeita	5	45,5	4	28,6
Não sabe	1	-	-	-
Não atendeu telefone	5	-	-	-
Satisfação com o reparo perineal 30 dias pós-parto[†]	11	100	13	100
Satisfeita/Muito satisfeita	7	63,6	8	61,5
Insatisfeita/Pouco satisfeita	4	36,4	5	38,5
Não atendeu telefone	6	-	1	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

*GEE: valor-p=0,019 (entre os dias); valor-p=0,450 (entre as fases 1 e 3)

[†]GEE: valor-p=0,413 (entre os dias); valor-p=0,220 (entre as fases 1 e 3)

pouca evidência disponível na literatura para apoiá-las. Em 2011, uma revisão sistemática⁽¹⁵⁾ avaliou técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto para reduzir o trauma perineal, em oito ensaios clínicos com 11.651 mulheres, e a utilização de compressas mornas sobre o períneo foi a única técnica associada. Essa prática tem sido recomendada pelo *American College of Obstetricians and*

Gynecologists⁽¹⁶⁾ para reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quarto graus.

As práticas utilizadas e os desfechos perineais identificados nas entrevistas com as puérperas mostraram que aumentou a adoção da posição litotômica no parto, com diferença estatística significativa. É importante mencionar que este achado foi oposto à referência dos profissionais,

Tabela 4 – Distribuição das práticas e dos desfechos perineais identificados nos prontuários na pré-auditoria e auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p -Macapá, AP, 2015-2016

Variável	Puérperas segundo o prontuário				Valor-p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Posição litotômica no parto	291	100	264	100	
Sim	74	57,4	63	62,4	
Não	55	42,6	38	37,6	0,527
Sem registro	162		163		
Períneo	236	100	172	100	
Laceração espontânea	147	62,3	105	61,0	
Íntegro	73	30,9	51	29,7	0,642
Episiotomia	16	6,8	16	9,3	
Sem registro	55	-	92	-	
Grau da laceração perineal	103	100	70	100	
Primeiro	40	38,8	30	42,9	
Segundo	57	55,4	36	51,4	0,905
Terceiro	6	5,8	4	5,7	
Sem registro	44	-	35	-	
Reparo das lacerações perineais	137	100	95	100	
Sim	126	92,0	78	82,1	0,039
Não	11	8,0	17	17,9	
Sem registro	10	-	10	-	
Tipo de fio de sutura na mucosa	62	100	32	100	
Vicryl®	3	4,8	9	28,1	
Categute simples	5	8,1	3	9,4	0,006
Categute cromado	54	87,1	20	62,5	
Sem registro ou não se aplica	156	-	181	-	
Tipo de fio de sutura no músculo	49	100	24	100	
Vicryl®	3	6,1	5	20,8	
Categute simples	3	6,1	3	12,5	0,087
Categute cromado	43	87,8	16	66,7	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	
Tipo de fio de sutura na pele	49	100	24	100	
Vicryl®	5	10,2	6	25,0	
Categute simples	19	38,8	3	12,5	0,033
Categute cromado	25	51,0	15	62,5	
Sem registro ou não se aplica	169	-	189	-	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Teste exato de Fisher

que relatarem menor uso desta posição. Este resultado indica que a intervenção educativa não foi capaz de melhorar essa prática para cuidados baseados em evidências científicas. A facilidade dessa posição para o profissional visualizar o canal do parto e tracionar a criança durante o período expulsivo são alguns dos principais argumentos para a manutenção dessa prática e resistência às evidências.

Revisão sistemática⁽¹⁷⁾ sobre diferentes posições no período expulsivo, sem anestesia epidural, incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres; os autores concluíram que na posição vertical, houve redução na prática da episiotomia. Contudo, é importante destacar que a melhor posição para uma boa experiência no parto é aquela esclarecida e de livre escolha da mulher.

Em concordância com os achados “Nascer no Brasil”⁽⁸⁾, nossa realidade é semelhante à do restante do país, com muitas intervenções obstétricas, em que os profissionais não sabem justificar cientificamente essas práticas, expondo as mulheres ao risco de trauma perineal.

Por outro lado, no presente estudo, após a intervenção, diminuiu o relato de mulheres com laceração espontânea e aumentou o relato de períneo íntegro, porém sem diferença estatisticamente significativa. Assim, entende-se que esses desfechos perineais mais favoráveis podem ser explicados pela adesão dos enfermeiros às práticas baseadas em evidências, com maior interesse no uso da técnica “hands off”, que foi apresentada e discutida na intervenção educativa, como alternativa para prevenir o trauma perineal. Revisão sistemática⁽¹⁸⁾ com cinco ensaios clínicos randomizados (n=6.816 mulheres) e sete ensaios não randomizados (n=108.156 mulheres), realizada com a finalidade de avaliar o efeito da técnica “hands on” versus “hands off”, concluiu que as evidências sobre a eficácia da proteção perineal durante o parto para reduzir o risco de trauma ainda é insuficiente, e a realização de novos ensaios é urgentemente necessária.

Sobre o resultado das práticas utilizadas e os desfechos perineais identificados nos prontuários, inicialmente, é importante destacar que houve elevado número de impressos sem registros das variáveis estudadas, em ambas as fases de auditoria. Sobre essa limitação, acredita-se que a grande demanda de usuárias atendidas no local do estudo pode ser responsável pela dificuldade dos profissionais em registrar todos os cuidados relacionados à assistência ao parto, incluindo as práticas obstétricas e os desfechos perineais.

Em relação às práticas de reparo do trauma perineal no parto, identificadas nas entrevistas com os profissionais, os resultados mostraram que, após a intervenção, houve menos profissionais referindo o reparo da laceração de pri-

meiro grau. Vale mencionar que durante o Seminário realizado com os profissionais foi orientado pela decisão destes em realizar ou não o reparo dessas lacerações, com base em uma revisão sistemática⁽¹⁹⁾, em que os autores afirmam que as evidências são limitadas e que a decisão em suturar pode ser baseada na avaliação clínica do profissional e na preferência das mulheres. Por outro lado, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal⁽¹³⁾ orienta 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.

Em nosso estudo, outros resultados indicaram que, após a intervenção, mais participantes mudaram suas práticas para cuidados baseados em evidências, pois houve adesão efetiva dos profissionais em classificar o trauma perineal, uma vez que todos referiram realizar essa classificação. Estudo⁽⁶⁾ publicado em 2012 destacou a inadequada classificação do trauma perineal entre os profissionais que prestam assistência ao parto, pois variáveis anatômicas da região vulvoperineal podem interferir nessa classificação, especialmente, nos casos de lacerações terceiro e quarto graus, que, em geral, são subestimadas. A classificação do trauma perineal tem sido proposta e aceita, internacionalmente, 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 menos que 50% da extensão do esfíncter anal externo; 3b: lesiona mais que 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)⁽⁹⁾.

Houve também melhora na prática dos profissionais (enfermeiros e médicos) em relação à realização de exame retal, que referiram realiza-lo mais frequentemente. Este achado destaca que a intervenção educativa foi eficaz na transferência de conhecimento, porque alguns participantes referiram que não tinham certeza de sua responsabilidade nesse exame, e consideravam desnecessário. É recomendável que o exame retal seja realizado nos casos de trauma de terceiro e quarto graus, para verificar se sutura não foi, inadvertidamente, inserida através da mucosa retal⁽⁶⁾.

No atual estudo, verificou-se uma melhoria na utilização da técnica de sutura contínua não ancorada para o reparo perineal, em todos os planos teciduais, após a intervenção. Em revisão sistemática⁽¹⁰⁾ com meta-análise de 16 ensaios clínicos randomizados e quase randomizados, incluindo 8.184 mulheres com episiotomia ou laceração de segundo grau, os resultados confirmaram a evidência de que a técnica de sutura contínua, em comparação com a técnica interrompida, está associada com menos dor,

menor uso de material, de analgesia e de remoção de sutura, o que pode melhorar a cicatrização. Evidências mais recentes apontam que a sutura contínua no reparo dos tecidos perineais está associada com o aumento da satisfação e da sensação de normalidade da mulher^(13,16).

Outro achado na entrevista com os profissionais foi o uso do fio de sutura Vicryl®, em todos os planos teciduais, após a intervenção, exceto, para a sutura da pele, em que a proporção do uso do fio categute cromado aumentou. Este resultado foi parcialmente satisfatório porque, apesar da escassez de material sintético de sutura disponível no local do estudo, durante a auditoria pós-implementação, houve o aumento de profissionais referindo usá-lo na mucosa e no plano muscular. Embora, o fio categute seja o tipo de fio mais usado em nosso meio, há evidências mais recentes^(13,16) de que o material de sutura sintético de absorção rápida, em especial, o ácido poliglicólico e a poliglactina 910 (Vicryl Rapide®), está associado a menor dor perineal no puerpério, menos deiscência e menor necessidade de nova sutura do períneo até três meses após o parto, quando comparado a sutura realizada com categute.

Em relação às perguntas feitas às puérperas que tiveram reparo do trauma perineal, a queixa de dor perineal espontânea foi pequena ou ausente, nos três momentos no período pós-parto: 1 a 2 dias, 10 a 12 dias e 30 dias. A frequência dos relatos de dor às atividades (andar, sentar, urinar, evacuar ou amamentar) também diminui no decorrer do pós-parto, com diferença estatisticamente para os diferentes períodos. A dor perineal é um sintoma de morbidade comumente relatado, altamente associado com o trauma perineal, principalmente a episiotomia, que tende a diminuir com o passar dos dias. Estudo transversal⁽¹²⁾ realizado com 473 mulheres, com o objetivo de identificar a ocorrência de associação entre trauma perineal e dor, concluiu que o reconhecimento da associação entre a dor e trauma perineal é importante para aprimorar o uso de evidências científicas relacionadas à técnica de sutura e o tipo de fio utilizado.

Em relação às práticas e desfechos perineais encontrados nos registros dos prontuários, após a intervenção, houve menos registros de mulheres suturadas e mais registros do uso de fio Vicryl® no reparo da mucosa e da pele, com diferença estatisticamente significativa. No entanto, considerando a significativa ausência de registros nos prontuários, os resultados sugerem que esses dados são subestimados e que mais mulheres podem ter sido suturadas. Por outro lado, da mesma forma que mais profissionais relataram usar o fio de sutura Vicryl® na mucosa e músculo, também houve mais registros nos prontuários de uso desse material de sutura para mucosa e pele. Logo, podemos supor que, após a intervenção, houve uma melhora significativa para

o uso dessa prática, que é baseada em evidências científicas disponíveis^(13,16).

Neste trabalho, que foi parte da tese de doutorado⁽²⁰⁾ desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a falta de registros das práticas nos prontuários foi uma limitação importante. Outras limitações foram a amostra de puérperas internadas, que foi feita por conveniência, sem aleatorização; as dificuldades na coleta de dados e na participação dos profissionais, principalmente, os médicos; a escassez de material sintético de sutura disponível no local do estudo durante a pesquisa; e a falta de um treinamento prático durante a intervenção educativa, para melhorar a habilidade de avaliação e classificação do trauma perineal.

Ainda assim, os achados confirmam a importância da educação permanente e padronizada para a manutenção do cuidado baseado em evidências, conforme recomenda a literatura, e trazem contribuições para o conhecimento e a prática clínica dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitos cuidados são empíricos e que existem evidências que podem prevenir morbidades. Além disso, o estudo aponta para a importância e a necessidade de aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários. Há ainda a possibilidade metodológica para a implementação dos resultados de pesquisas na prática clínica. Apesar das barreiras e dificuldades, as auditorias permitem a identificação oportuna de potenciais falhas na assistência, de modo que os gestores locais possam estabelecer estratégias para a sua melhoria.

■ CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal melhorou, no local do estudo, os cuidados para mulheres submetidas ao parto vaginal a termo e os desfechos perineais, incluindo menos enfermeiros e médicos que realizam puxos dirigidos e episiotomia de rotina, menos relatos de puérperas com dor perineal pós-parto e mais registros, nos prontuários, do uso do fio de sutura Vicryl® na mucosa e na pele. Por outro lado, a pesquisa identificou lacunas na implementação de boas práticas assistenciais e algumas inadequações no manejo do cuidado perineal, tais como, profissionais que não realizam a sutura de lacerações de primeiro grau, mais relatos de puérperas submetidas à posição de litotomia e menos registros nos prontuários de sutura das lacerações perineais. Uma intervenção educativa sobre a prática baseada em evidências pode resultar em melhorias no cuidado e nos resultados de saúde materna.

■ REFERÊNCIAS

- Pereira ER. Translation of knowledge and translational research in healthcare. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(3):1-3.
- 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;2012:792519.
- Stevens BJ, Yamada J, Estabrooks CA, Stinson J, Campbell F, Scott SD, et al. Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional Knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. *Pain*. 2014;155(1):60-8.
- Trentini M, Silva DMGV. Research groups in nursing: from knowledge transfer to the practice. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):723-4.
- Oelke ND, Lima MADS, Costa AMA. Knowledge translation: translating research into policy and practice. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):113-7.
- Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? a UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:57.
- Ismail KM, Kettle C, Mcdonald SE, Tohill S, Thomas PW, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Med*. 2013;11:209.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura Pereira M, et al. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Publica*. 2014;30(Suppl 1):S1-16.
- Carrolli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000081.
- Kettle C, Dowsell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD000947.
- 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):716-24.
- Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp):39-44.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília; 2016.
- Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev eEnferm UERJ*. 2014;22(3):402-8.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD006672.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (US). Practice Bulletin No. 165: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2016;128(1):e1-15.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD002006.
- Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015;122(9):1157-65.
- Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):CD008534.
- Santos RCS. Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

■ Autor correspondente:

Rafael Cleison Silva dos Santos
E-mail: rcleison@unifap.br

Recebido: 28.09.2016

Aprovado: 14.02.2017