



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

João Francisco Farhat Kehdi

**Uso de fórceps na assistência ao parto vaginal: análise do uso
durante a Residência Médica e na prática obstétrica pessoal.**

Mestrado em Educação nas Profissões de Saúde

SOROCABA

2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

João Francisco Farhat Kehdi

Uso de fórceps na assistência ao parto vaginal: análise do uso durante a Residência Médica e na prática obstétrica pessoal.

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em Educação nas Profissões de Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto. Co-Orientador: Dr. Henri Augusto Korkes.

Mestrado em Educação nas Profissões de Saúde

SOROCABA

2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nelson Pedro Bressan Filho (Titular)

Prof. Dr. Francisco Lázaro Pereira de Souza (Titular)

Prof. Dr. Gustavo Mendonça Andre (Suplente)

Prof.^a.Dra. Suzane Mei Hwang(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus pelo privilégio da formação profissional concedido de me tornar médico e pelas oportunidades de contínuo desenvolvimento nessa missão.

Agradeço também à todas as pacientes que tive a honra de atender e pela oportunidade de devolver todo o meu estudo e aperfeiçoamento no exercício profissional.

O médico que mora em mim teve, desde sempre, como missão primeira trazer outras pessoas à vida.

E assim o estudo, o aprimoramento da minha atividade me trouxe até esta tese.

E que ganhou vida graças ao apoio incrível do meu orientador o Professor Doutor Luiz Ferraz de Sampaio Neto e do meu ex-residente e coorientador o Professor Doutor Henry Augusto Korkes.

Desde o início deste projeto, prometi incorporar a famosa frase do filme "Superman": "Você será diferente. Algumas vezes se sentirá como um excluído, mas nunca estará sozinho. Fará de minha força a sua. Verá a minha vida através de seus olhos, assim como a sua vida será vista através dos meus. O filho se torna o pai e o pai se torna o filho." - Superman - O Retorno (filme).

Essa inspiração permeia todo o trabalho, tornando-o mais especial e significativo.

Gratidão eterna a todos os amigos, colegas e conviventes que estiveram e estão comigo nessa jornada.

*“Quantas vezes você cair, você tem meu apoio
para se levantar e ser melhor”*

Dr. João Kehdi (Meu Pai)

RESUMO

O uso de fórceps corresponde a alternativa técnica altamente efetiva quando bem indicada, contudo, observamos progressiva redução na sua utilização. Assim nos países da América Latina, não há índices superiores a 1,0% dos partos em que se usa o fórceps. São apontados como motivos para o progressivo abandono do uso do fórceps a memória coletiva, incluindo a de gerações anteriores e os frequentes acidentes obstétricos; a banalização da cesariana, percebida como única alternativa para um parto adequado, ou mesmo como mais próximo da normalidade; a existência de más práticas frequentemente descritas em depoimentos encontrados na internet; o desenvolvimento do vácuo-extrator, cuja função é semelhante; as dificuldades do ensino de obstetrícia instrumental, aliadas às características mecânicas imperfeitas dos diferentes modelos de fórceps; e provavelmente, a falta de consenso na profissão sobre extração instrumental. Apesar desses motivos as Sociedades de Especialidade concordam que essa prática clínica tem seu papel na assistência aos partos vaginais reconhecendo o papel do fórceps na boa prática obstétrica em partos assistidos. Há algumas Instituições de ensino em obstetrícia que tradicionalmente estimulam o uso do fórceps. Interessou-nos conhecer como acontece a prática dos partos assistidos por fórceps em diferentes Serviços e, igualmente, como se comportam seus egressos ao longo da vida profissional em obstetrícia. Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo, comparativo entre dois Serviços, sobre conhecimentos específicos relativos às indicações e de como usar o fórceps obstétrico, bem como sobre a frequência de sua prática. Serão aplicados questionários com o app Google Forms® para atuais residentes e para especialistas formados no período de 2010 a 2020 dos Serviços de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP em Sorocaba/SP e do Hospital “Dr. Mario Altenfelder” – Vila Nova Cachoeirinha de São Paulo/SP.

Palavras-chave: fórceps obstétrico, educação médica continuada, internato e residência, tocológia.

SUMMARY

The use of forceps corresponds to a highly effective technical alternative when well indicated, however, we observed a progressive reduction in their use, thus, in Latin American countries there are no rates higher than 1.0% of births in which forceps are used. There are several reasons described for the small number of births assisted with forceps, despite these reasons, Specialty Societies agree that this clinical practice has a role in assisting vaginal births, recognizing the role of forceps in good obstetric practice in assisted births. There are some obstetrics teaching institutions that traditionally encourage the use of forceps, while in others this technique has not survived. We were interested in knowing how, in practice, graduates from different medical residency schools behave throughout their professional lives in obstetrics. This was an observational, cross-sectional and descriptive study, on specific knowledge regarding the indications and how to use obstetric forceps, as well as the frequency of its practice. We used questionnaires sent virtually, with the Google Forms® app, to medical residents in gynecology and to already trained specialists. We had the participation of 305 doctors, 45 of whom are still in medical residency, 61 graduated less than 5 years ago and 196 have been gynecologists for more than 5 years. The vast majority consider forceps training important, however less than half of them used forceps in the last year. In the results we compare different variables between those who use forceps and those who do not.

Keywords: obstetric forceps, continuing medical education, internship and residency tocology.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a sua categoria. 30
- Tabela 2** - Teste Exato de Fisher para comparar realização de treinamento com segurança no uso do fórcepe. P-valor dos Teste de Fisher: 0,001923 (n=302). 32
- Tabela 3** – Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com segurança para conversar com a paciente sobre o uso do fórcepe. P-valor do teste de Fisher: 0,11 (n=302). 32
- Tabela 4** – Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com o uso do fórcepe nos últimos 12 meses. P-valor do teste de Fisher: 0,0004934 (n=302). 33
- Tabela 5** – Teste exato de Fisher para comparar a realização de treinamento com desconforto em conversar sobre o uso do fórcepe com as pacientes. P-valor do Teste de Fisher: 0,3235 (n=302). 34
- Tabela 6** – Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: ‘quantas vezes você já viu a utilização do fórcepe na assistência ao parto?’ Com relação ao tempo de formado. P-valor do Teste de Fisher: $4,58 \times 10^{-19}$ (n = 257). 35
- Tabela 7** – Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórcepes você aplicou?” com relação ao tempo de formado p-valor para o teste de fisher: $2,08 \times 10^{-15}$ (n=257. 36
- Tabela 8** - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você considera o ensino do Fórcepe importante nos dias de hoje?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de Fisher: 0,1425 (n = 257. 37
- Tabela 9** - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante sua fase de formação na especialidade, os partos fórcepes que você participou, em sua maioria, (assistindo ou praticando):” com relação ao tempo de formado. P-valor para Teste exato de fisher: $3,80 \times 10^{-6}$ (n = 257. 38
- Tabela 10** - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você já vivenciou alguma situação onde deveria ser aplicado o fórcepe e não foi, culminando com a manobra de Kristeller?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,00151 (n = 257). 37

Tabela 11 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você recebeu em algum momento da formação, treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim, fornecido pela sua instituição?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,01755 (n = 257). 40

Tabela 12 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você já participou de algum treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim em outra instituição que não a sua de origem?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,1125 (n = 257). 41

Tabela 13 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Qual a sua percepção sobre a importância de realizar treinamentos intensivos, supervisionados e repetidos em manequim durante a formação do obstetra e ginecologista?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,384 (n = 257). 42

Tabela 14 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórcepe?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,00116 (n = 257). 43

Tabela 15 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórcepe?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: $1,635 \times 10^{-9}$ (n = 257). 45

Tabela 16 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos partos você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,0009129 (n = 257). 46

Tabela 17 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos fórcepes você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,7993 (n = 257). 47

Tabela 18 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Quantas vezes você já viu a utilização do fórcepe na assistência ao parto?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,1352 (n = 45). 48

Tabela 19 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórceps você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,05178 (n = 45). 49

Tabela 20 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R1 quantos fórceps você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,5811 (n = 45). 50

Tabela 21 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R2 quantos fórceps você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,3758 (n = 32). 51

Tabela 22 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R3 quantos fórceps você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,3758 (n = 19). 50

Tabela 23 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você considera o ensino do fórcepe importante nos dias de hoje?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: ~1 (n = 45). 51

Tabela 24 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante sua fase de formação na especialidade, os partos fórceps que você participou, em sua maioria, (assistindo ou praticando):” com relação ao ano da residência. P-valor para Teste exato de fisher: 0,1704 (n = 45). 52

Tabela 25 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você já vivenciou alguma situação onde deveria ser aplicado o fórcepe e não foi, culminando com a manobra de Kristeller?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,2459 (n = 45). 52

Tabela 26 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você recebeu em algum momento da formação, treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim, fornecido pela sua instituição?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,09124 (n = 45). 53

Tabela 27 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você já participou de algum treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática

repetida e supervisionada em manequim em outra instituição que não a sua de origem?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,01378 (n = 45). 53

Tabela 28 - Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Qual a sua percepção sobre a importância de realizar treinamentos intensivos, supervisionados e repetidos em manequim durante a formação do obstetra e ginecologista?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,6102 (n = 45). 54

Tabela 29 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórcepe?” com relação ao ano de residência. P-valor para o teste de fisher: 0,5379 (n = 45). 54

Tabela 30 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórcepe?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,01122 (n = 45). 55

Tabela 31 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos partos você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,04031 (n = 45). 56

Tabela 32 - Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos fórcepes você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,1786 (n = 45). 57

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Série histórica de partos fórceps e partos cesarianos no Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha/SP. 23
- Figura 2.** Impacto do treinamento na segurança do uso do fórceps na prática clínica. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento. 31
- Figura 3.** Impacto do treinamento em fórceps em relação ao desconforto em conversar com a paciente a respeito de seu uso. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento. 32
- Figura 4.** Impacto do treinamento na quantidade de vezes que o profissional utilizou o fórceps nos últimos 12 meses. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento. 33
- Figura 5.** Impacto da realização de treinamento em diferentes instituições em relação ao desconforto em conversar com a paciente sobre a utilização do fórceps. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento. 35
- Figura 6.** Comparação entre diferentes anos de formado em relação a visualização do uso do fórceps na prática assistência. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 36
- Figura 7.** Comparação entre número de fórceps realizados. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 37
- Figura 8.** Percepção da importância do ensino do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 38

Figura 9. Avaliação das condições do aprendizado do fórceps durante a especialização. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 39

Figura 10. Avaliação da ocorrência de manobra de Kristeller ao invés da realização do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 40

Figura 11. Realização de treinamento específico para prática do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 41

Figura 12. Treinamentos em prática do fórceps em outra instituição de ensino. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 42

Figura 13. Percepção sobre a importância da realização de treinamentos intensivos para prática do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado. 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
CNGOF	Colégio Nacional de Ginecologistas Obstetras Franceses
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
SP	São Paulo
PUC	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
TCLE.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO EXEMPLO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Impacto no aprendizado do especialista 23	
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1	Referencial Metodológico	27
3.2	Participantes	27
3.3	Metodologia da Capacitação	28
3.4	Avaliação Inicial	28
3.5	Critérios de exclusão	28
3.6	Aspectos Éticos	28
3.7	Análise Estatísticas	
4	RESULTADOS	
4.1	Distribuição dos Participantes da Pesquisa	30
4.2	Comparativo entre profissionais especialistas	30
4.3	Comparativo	35
4.4	Comparativo dos profissionais em diferentes níveis da residência	48
5	DISCUSSÃO	58
6	CONCLUSÕES	63
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
8	ANEXOS	67

Anexo (s)

Anexo 01 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participante)	57
Anexo 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pesquisador)	59
Anexo 03 - Questionário Residentes	61
Anexo 04 - Questionário Enfermeiras Obstetras	63

1. INTRODUÇÃO

O uso de fórceps corresponde a alternativa técnica altamente efetiva quando bem indicada, contudo, observamos progressiva redução na sua utilização. Originalmente foi criado para suporte em partos vaginais difíceis, mas com o tempo também foi usado, por analogia, em algumas extrações fetais nas cesáreas. Esse nosso estudo se refere exclusivamente ao uso para assistência nos partos vaginais^{1 2}.

A palavra 'fórceps' expressa a função deste equipamento, e foi criado em analogia a pinças que serviam para lidar com metais incandescentes, inclusive a origem da palavra vem daí: *formus* = quente e *capere* = pegar³.

Surgiu como alternativa para partos cuja evolução não era adequada, e foi apresentado para a comunidade científica a partir do século XVII, que progressivamente popularizou seu uso, tendo seu apogeu de uso no início do século XX. Muitas modificações e novos instrumentos com o mesmo princípio surgiram e desapareceram, mas observamos progressivo abandono mundialmente e a desvalorização deste equipamento, com progressivo receio em usá-lo^{2 4}. Por vezes o uso do parto instrumentalizado pelo fórceps sofre a inibição de sua prática pelo receio da confusão entre o uso do fórceps e as situações de violência obstétrica, termo banalizado e veiculado pela mídia em demasia, frequentemente de modo inconsistente⁵. Na realidade, acreditamos que, se o fórceps for bem indicado e aplicado por profissional experiente, será justamente a antítese da violência obstétrica⁶.

A taxa de uso mundial se reduziu nas últimas décadas⁷, mas em países mais desenvolvidos ainda persiste sendo superior aos países da África e da América Latina^{8 9}. No Reino Unido, cerca de 10 a 15% dos partos usam fórceps, nos Estados Unidos da América a prevalência era de 3,3% no final do século XX, sendo maior nos hospitais em que existiam programas de residência médica (7,0%)^{10 11 12}

Mesmo nos EUA há significativa variação na incidência de partos vaginais assistidos pelo fórceps, variando de 1,0 a 23,0%, segundo diferentes regiões geográficas. Isso sugere que os guidelines para seu uso são inadequados, ou usados ao acaso e que a familiaridade e expertise com a técnica vêm sendo perdidas^{2 9}.

Nos países da América Latina não há índices superiores a 1,0% dos partos em que se usa o fórceps, exceção é Cuba com cifras de 5,0%¹³. Segundo o DATASUS¹⁴, no Brasil, a referência ao uso de fórceps na assistência obstétrica atingiu apenas 0,18% dos partos, no intervalo entre 1994 a 2020. Há diferenças regionais em nosso país, nesse

período, no Estado de São Paulo houve a referência a 25.956 partos fórceps, e o total de nascidos vivos nesse intervalo foi de 17.033.549, ou seja, tivemos 0,15% de partos fórceps^{10 14}. Os estados da Região Sul do Brasil apresentam índices um pouco superiores a esses, por exemplo, em 1997 tivemos 1,59% de uso de fórceps no Rio Grande do Sul¹⁰.

Há muitas razões para explicar o progressivo abandono do uso do fórceps, são citadas como possíveis causas desta situação a má memória coletiva deste equipamento cirúrgico, incluindo a de gerações anteriores, que reverbera algumas situações de acidentes obstétricos com o uso de fórceps. Isso ganha maior visibilidade com a velocidade com que as informações são transmitidas atualmente com o uso de internet e de outras mídias sociais. Um tema que está muito desgastado é a denominada “violência obstétrica”.

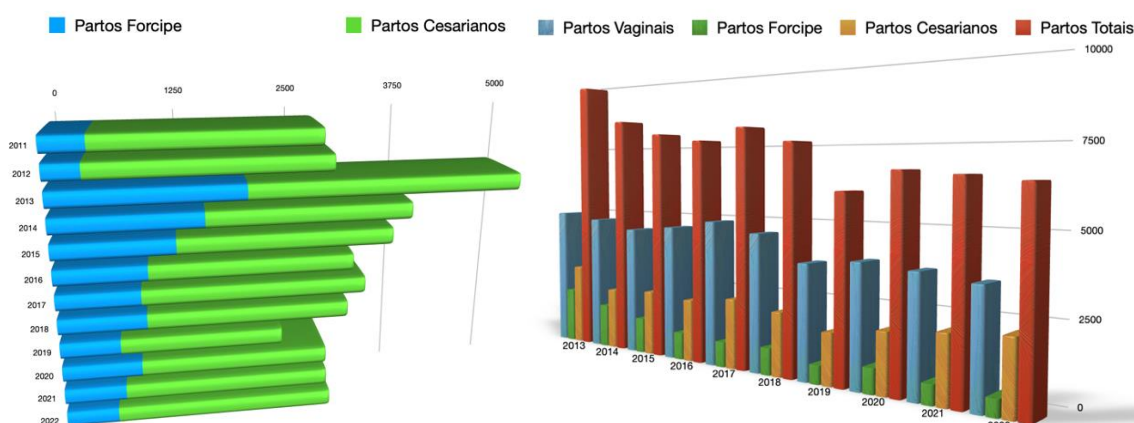
Não há consenso na literatura acerca da terminologia e da definição que melhor expressem os atos de desrespeitos, abusos, maus tratos e violência contra a mulher perpetrados por profissionais de saúde durante o ciclo gravídico e puerperal¹³. Grosso modo é denominado de ‘violência obstétrica’, termo pesado e que por conter grande apelo midiático, foi (e ainda é) usado para prejulgar alguns atos que possam ser mais facilmente entendidos como violência. Argumentos apresentados por ativistas pela humanização do parto, questionam procedimentos médicos efetuados de modo rotineiro. Foi assim com a episiotomia, tricotomia e enema para assistência dos partos vaginais¹⁵. O receio de que o fórceps pudesse ser entendido equivocadamente como mais uma dessas situações provavelmente contribuiu para estimular o desuso desta prática¹³.

Outros motivos que contribuíram para o receio de usar fórceps decorrem da banalização da cesariana no Brasil, percebida como única alternativa para um parto adequado, ou mesmo como mais próximo da normalidade; a existência de más práticas frequentemente descritas em depoimentos encontrados na internet; o desenvolvimento do vácuo-extrator, cuja função é semelhante ao fórceps; as dificuldades do ensino de obstetrícia instrumental, aliadas às características mecânicas imperfeitas dos diferentes modelos de fórceps; e provavelmente, a falta de consenso na profissão sobre extração instrumental^{1 6}.

Alguns locais ainda buscam preservar a assistência obstétrica com o fórceps. O serviço do Hospital Vila Nova Cachoeirinha, em São Paulo/SP, sempre estimulou o uso do parto fórceps na assistência ao parto nas condições obstétricas em que houvesse

essa indicação. A média histórica nos últimos 10 anos tem sido em torno de 4,0%, à semelhança do que ocorre em outros países no mundo. Porém, também aqui, observamos que progressivamente nos últimos anos está incidência de partos fórceps tem se reduzido.

Figura 1 – Série histórica de partos fórceps e partos cesarianos no Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha/SP.



Fonte: Elaborado pelos autores

A despeito desses conflitos com o uso do fórceps, buscando destacar que o fórceps corresponde a uma técnica consagrada cientificamente e que tem espaço ainda nos dias de hoje, o Colégio Nacional de Ginecologistas Obstetras Franceses (CNGOF) se manifestou publicando uma recomendação para essa prática clínica, da mesma forma outras academias de todo o mundo reconhecendo o papel do fórceps na boa prática obstétrica em partos assistidos¹⁶.

1.1 IMPACTO NO APRENDIZADO DO ESPECIALISTA

Acreditamos que a redução no número de partos fórceps impacta diretamente na formação dos especialistas durante seu Programa de Residência Médica, criando ciclo vicioso em que se pratica cada vez menos partos com uso do fórceps e cada vez mais se deixará de usá-lo^{17 18}.

O desconhecimento faz com que seja necessária a inclusão desta técnica durante a formação de especialistas¹⁷, bem como nos processos de educação continuada para profissionais já formados. Parece óbvio que o profissional não habituado ao uso do fórceps não indicará seu uso e, tampouco, se prestará a reduzir o preconceito que as gestantes e seus familiares têm desta técnica.

A capacitação dos profissionais de saúde, ampliada para abordagem multidisciplinar, com treinamento para atuar de modo assertivo no uso de fórceps, reconhecer suas indicações, dominar a técnica de aplicação e ter familiaridade de manejo será ponto fundamental para reverter o progressivo abandono deste equipamento cujo uso pode, em algumas situações, ser determinante para obtenção de bons resultados¹⁹. Estudos demonstram que o treinamento com fórceps durante a fase de formação do especialista está diretamente relacionada a sua aplicação na vida profissional. De acordo com o ACOG (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas), o profissional que realiza mais de 13 treinamentos utilizando o instrumento estaria mais confiante para sua utilização na prática clínica assistencial¹⁸.

As estratégias de educação em saúde, juntamente com algumas medidas institucionais seguramente são importantes na ampliação de uso do fórceps. Com elas se estabelece um ciclo contínuo de melhorias e um acultramento institucional visando atendimento seguro e de excelência⁸.

Historicamente os Serviços de Residência Médica são exceção na inclusão de partos assistidos pelo fórceps. Na prática, há alguns Serviços onde reiteradamente as equipes assistenciais insistem no uso do fórceps. Isso pode ser observado inclusive nas recomendações do Ministério da Educação, nas Matrizes de Competências dos residentes dos Programas de Ginecologia e Obstetrícia, onde cita explicitamente que o residente deverá ‘Dominar a realização de partos instrumentalizados (fórceps e vácuo)’¹⁷.

De modo geral, o uso de fórceps é adequado quando a finalização do parto poderá se fazer por via vaginal, com segurança e rapidez, ajudando o binômio materno-fetal. São situações, como por exemplo, quando o esforço materno está sendo insuficiente, ou a manobra de Valsalva está contraindicada (doenças cardíacas ou vasculares maternas), o útero tem situações de fragilidade (cesárea anterior), o segundo estágio do trabalho de parto está se prolongando. Com relação à vitalidade fetal, o uso de fórceps

deve ser lembrado quando há evidências de sofrimento fetal, cuja finalização do parto poderá ser resolvida mais rapidamente por via vaginal².

Certamente, a indicação adequada e a observação desses bons resultados devem ser o maior estímulo para a maior familiaridade com essa técnica. Porém não há informações cientificamente embasadas que permitam concluir se o maior uso do fórceps durante a formação do especialista se associará ao uso posterior, em sua prática obstétrica privada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar como é a prática do uso de fórceps para residentes de tocoginecologia, especialistas já formados com até cinco anos após o término de sua especialização e especialistas formados na especialidade há mais de cinco anos.

2.2 Objetivos específicos

- Quantificar o número de partos fórceps que os médicos residentes e os médicos especialistas participaram.
- Investigar como foi o treinamento para o uso de fórceps dos médicos residentes e dos especialistas já formados.
- Analisar como os profissionais (médicos residentes e médicos especialistas) apresentam a possibilidade do uso do fórceps para suas pacientes.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Estudo observacional, transversal, descritivo, comparativo entre médicos residentes e médicos especialistas em tocoginecologia formados na especialidade até cinco anos e há mais de cinco anos sobre o uso do fórceps obstétrico, bem como sobre o treinamento prévio e a frequência de sua prática.

3.2 PARTICIPANTES (CASUÍSTICA)

3.2.1 Residentes - Foram convidados a participar do estudo os atuais 23 residentes do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP (PUCSP) bem como os 45 residentes do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal 'Dr. Mario de Moraes Altenfelder' (Hospital Vila Nova Cachoeirinha) de São Paulo (HVNC). A aceitação do TCLE (Anexo 1) foi caracterizada pela continuidade de respostas do questionário.

3.2.2. Especialistas em tocoginecologia - Foram convidados a participar do estudo os tocoginecologistas egressos de diversos programas de residência médica, ou que obtiveram seu título de especialistas pela FEBRASGO. Ao todo participaram 260 especialistas médicos em ginecologia e obstetrícia, mas foram incluídos na análise 257, pois 3 deles não informaram o tempo decorrido da especialização. Este grupo foi subdividido segundo o tempo de especialidade depois de finalizada a Residência Médica, em até cinco anos ou mais de cinco anos. A aceitação do TCLE (Anexo 1) foi caracterizada pela continuidade de respostas do questionário.

3.3 METODOLOGIA

3.3.1. Inclusão de participantes: Através das listas de residentes dos programas de residência médica, foram contatados os atuais residentes dos programas de residências médicas da PUC-SP e no HVNC. Os especialistas foram convidados a participar através de listas de contatos dos autores, bem como mailing dos programas de Residência Médica dos Serviços envolvidos.

3.3.2. Questionário: O questionário (Anexo 2) foi elaborado com o aplicativo Google Forms® especificamente dirigido aos participantes deste estudo, sobre sua percepção na indicação e uso do fórceps obstétrico. Os participantes foram divididos em dois grupos: médicos residentes atuais e médicos especialistas. No questionário foram criadas algumas questões buscando informações específicas para médicos residentes e outras questões próprias para médicos especialistas já formados e atuando na especialidade há alguns anos.

3.3.3. Análise de resultados: As respostas foram captadas automaticamente pelo App Google Forms® em planilha Excel para análise estatística efetuada aplicando o teste exato de Fisher, que se presta a comparar dois grupos em relação a distribuição dos resultados. Consideramos que houve diferenças significativas entre as categorias quando o p-valor do teste for inferior a 0,05.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Médicos residentes dos serviços de residência médica em ginecologia e obstetrícia dos serviços escolas da PUC-SP e da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, além de médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os médicos que preencheram de forma inadequada o questionário.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto segue as exigências da Resolução 466/2012 de Bioética em Seres Humanos, e somente foi iniciado após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da FCMS-PUC/SP a qual ocorreu em 07 de junho de 2023. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 68034523.1.3001.5454.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos resultados das respostas aos questionários aplicou-se o teste exato de Fisher, que é um teste não-paramétrico, comumente utilizado em estudos com tamanhos amostrais reduzidos, ou quando o número de respostas esperadas por célula da matriz de contingência é inferior a, no mínimo, 5.

O teste exato de Fisher é perfeitamente aplicável em amostras maiores e serve para avaliar a significância estatística da associação entre duas variáveis categóricas. Em comparação a outros testes não-paramétricos, como o teste de Qui-quadrado, o teste de Fisher é mais preciso, principalmente em tamanhos amostrais reduzidos, onde a aproximação do Qui-quadrado pode não ser correta (quando o número de observações por célula é pequeno), visto que o teste de Fisher não necessita aproximação.

Quando o p-valor para o teste de Fisher for inferior a 0,05, rejeitamos a hipótese nula H_0 de que não existe relação entre as variáveis, ou seja, podemos afirmar com 95% de certeza de que há algum tipo de relação entre as mesmas.

4 4. RESULTADOS

4.1. Distribuição dos participantes da pesquisa: os questionários foram aplicados entre abril e junho de 2023 por meio do envio dos mesmos pelo e-mail e do aplicativo WhatsApp®, tivemos 305 respondentes. Participaram do estudo 45 residentes (66,18% dos residentes convidados), não sendo possível identificar o Serviço ao qual os residentes respondentes pertenciam. Do total de participantes, 196 (64%) eram formados há mais de 5 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sua categoria.

Residentes	45	R1	13
		R2	13
		R3	19
formado < 5 anos	61		
formado > 5 anos	196		
prefiro não responder	3		
TOTAL	305		

Fonte: dados dos autores.

4.2. Comparativo entre profissionais especialistas que receberam ou não o treinamento para o uso do fórceps.

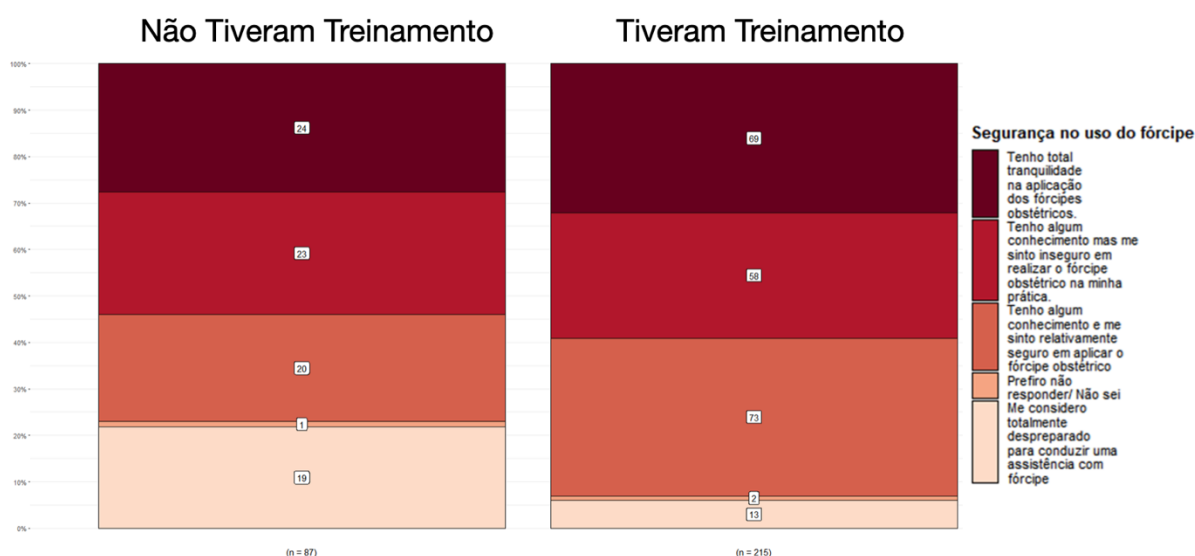
Realizou-se o teste exato de Fisher para dados de contagem das respostas dos profissionais que responderam ter realizado algum tipo de treinamento com o uso do fórcepe em comparação com os profissionais que disseram não ter realizado nenhum tipo de treinamento. Os dois grupos de profissionais foram comparados com relação à quantidade de partos com utilização do fórcepe realizados no último ano e com relação à percepção de segurança no uso do mesmo.

Tabela 2. Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com segurança no uso do fórceps. P-valor do teste de Fisher: 0,001923 (n=302).

Resposta	Teve treinamento	Não Teve treinamento	p-valor	Significância
Me considero totalmente despreparado	13 (6%)	19 (22%)	0,001923	***
Me sinto inseguro	58 (27%)	23 (26%)		
Me sinto relativamente seguro	73 (34%)	20 (23%)		
Tenho total tranquilidade	69 (32%)	24 (28%)		
Prefiro não responder/não sei	2 (1%)	1 (1%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Impacto do treinamento na segurança do uso do fórceps na prática clínica. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento

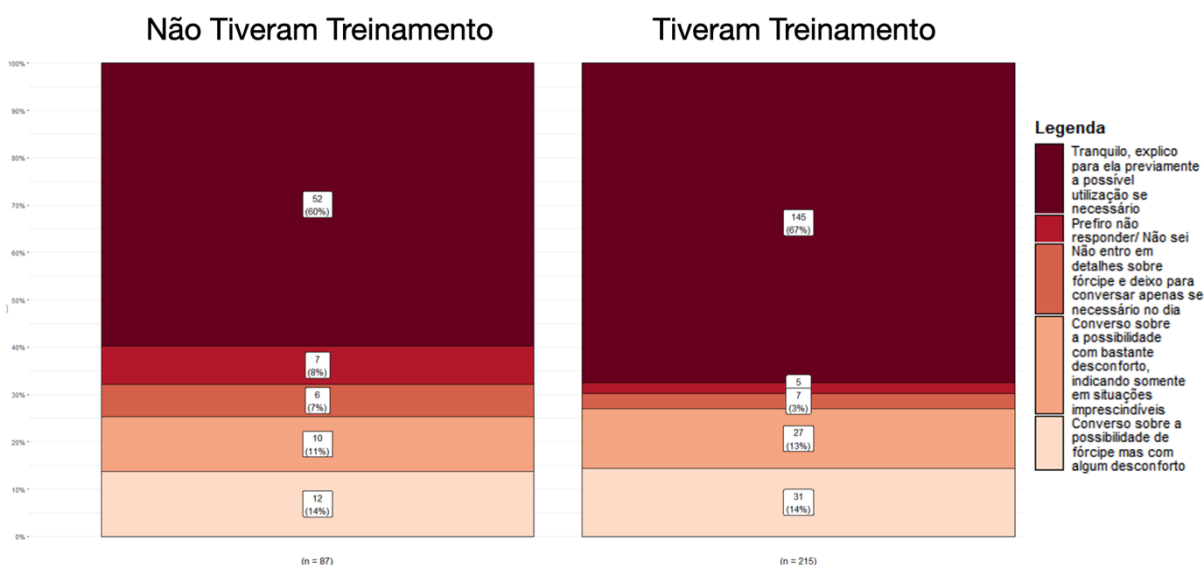
Ou seja, a diferença significativa se dá pelo fato de profissionais com algum tipo de treinamento sentirem-se mais seguros no uso do fórcepe do que profissionais sem nenhum tipo de treinamento, principalmente com relação à percepção “Me considero totalmente despreparado” e “Me sinto relativamente seguro”.

Tabela 3. Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com segurança para conversar com a paciente sobre o uso do fórceps. P-valor do teste de Fisher: 0,11 (n=302).

Resposta	Teve treinamento	Não Teve treinamento	p-valor	Significância
Tranquilo, explico para ela previamente a possível utilização se necessário	145 (67%)	52 (60%)	0,11	Ns
Converso sobre a possibilidade de fórcepe, mas com algum desconforto	31 (14%)	12 (14%)		
Converso sobre a possibilidade com bastante desconforto, indicando somente em situações imprescindíveis	27 (13%)	10 (11%)		
Não entro em detalhes sobre fórcepe e deixo para conversar apenas se necessário no dia	7 (3%)	6 (7%)		
Prefiro não responder / não sei	5 (3%)	7 (8%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 3. Impacto do treinamento em fórceps em relação ao desconforto em conversar com a paciente a respeito de seu uso. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento.

Ou seja, a ausência de diferença significativa se dá pelo fato de não haver diferença entre os percentuais de respostas dos profissionais com relação ao desconforto sobre tocar no assunto com a paciente. Tanto profissionais com treinamento como sem treinamento apresentam, em sua maioria, uma tranquilidade sobre mencionar a possível utilização do equipamento.

Tabela 4. Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com uso do fórceps nos últimos 12 meses. P-valor do teste de Fisher: 0,0004934 (n=302).

Resposta	Teve treinamento	Não Teve treinamento	p-valor	Significância
13 ou mais	13 (6%)	4 (5%)	0,00493	***
4 a 12	26 (12%)	6 (7%)		
Até 3	69 (32%)	11 (13%)		
Nenhum	105 (49%)	65 (75%)		
Prefiro não responder / não sei	2 (1%)	1 (1%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

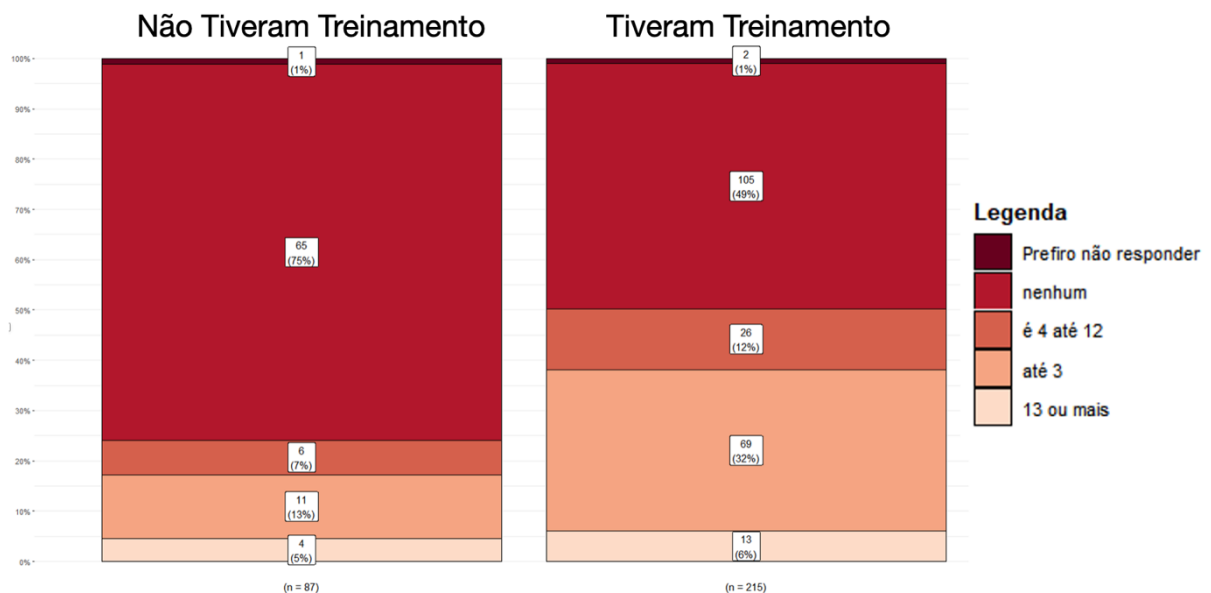


Figura 4. Impacto do treinamento na quantidade de vezes que o profissional utilizou o fórceps nos últimos 12 meses. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento.

Ou seja, a diferença significativa se dá pelo fato de profissionais com algum tipo de treinamento terem realizado o uso do fórcepe pelo menos até 3 vezes com mais frequência nos últimos 12 meses do que profissionais sem nenhum tipo de

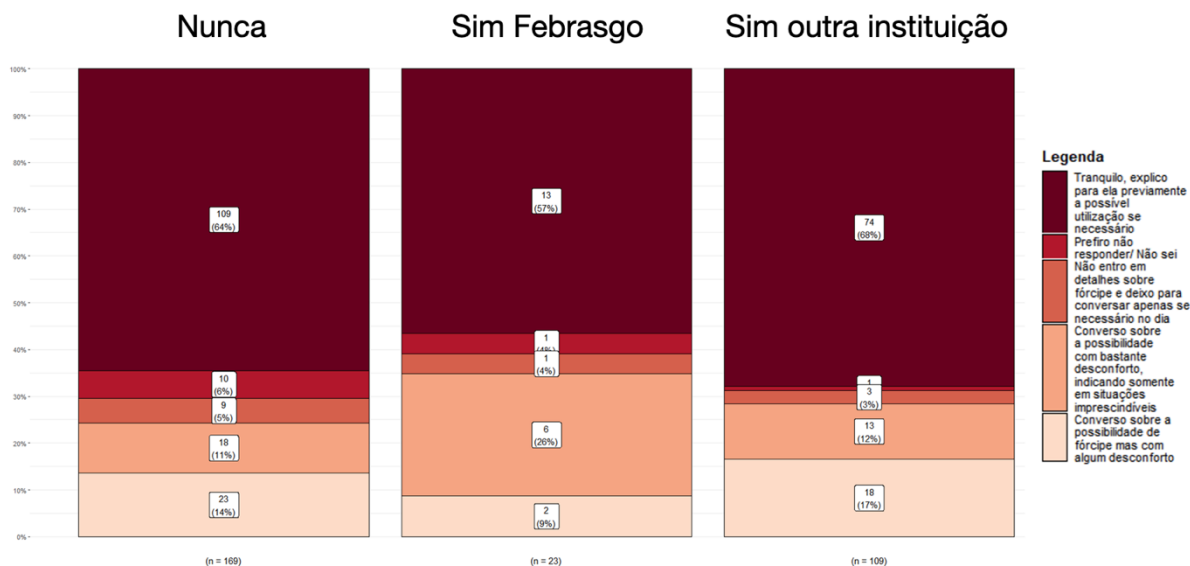
treinamento. Assim como o percentual de profissionais sem treinamento que não utilizaram o fórcepe nenhuma vez nos últimos 12 meses é significativamente superior aos que realizaram treinamento e não utilizaram o equipamento.

Tabela 5. Teste exato de Fisher para comparar realização de treinamento com o desconforto em conversar sobre o uso do fórceps com as pacientes. P-valor do teste de Fisher: 0,3235 (n=302).

Resposta	Não teve treinamento	Teve treinamento por outra instituição	Teve treinamento pela Sogesp/Febrasgo	p-valor	Significância
Tranquilo, explico para ela previamente a possível utilização se necessário	109 (64%)	74 (68%)	13 (57%)	0,3235	Ns
Converso sobre a possibilidade de fórcepe, mas com algum desconforto	23 (14%)	18 (17%)	2 (9%)		
Converso sobre a possibilidade com bastante desconforto, indicando somente em situações imprescindíveis	18 (11%)	13 (12%)	6 (26%)		
Não entro em detalhes sobre fórcepe e deixo para conversar apenas se necessário no dia	9 (5%)	3 (3%)	1 (4%)		
Prefiro não responder / não sei	10 (6%)	1 (<1%)	1 (4%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 5. Impacto da realização de treinamento em diferentes instituições em relação ao desconforto em conversar com a paciente sobre a utilização do fórceps. Distribuição percentual das respostas de acordo com a realização de qualquer tipo de treinamento.

Ou seja, a diferença significativa se dá pelo fato de profissionais com algum tipo de treinamento terem realizado o uso do fórceps pelo menos até 3 vezes com mais frequência nos últimos 12 meses do que profissionais sem nenhum tipo de treinamento. Assim como o percentual de profissionais sem treinamento que não utilizaram o fórceps nenhuma vez nos últimos 12 meses é significativamente superior aos que realizaram treinamento e não utilizaram o equipamento.

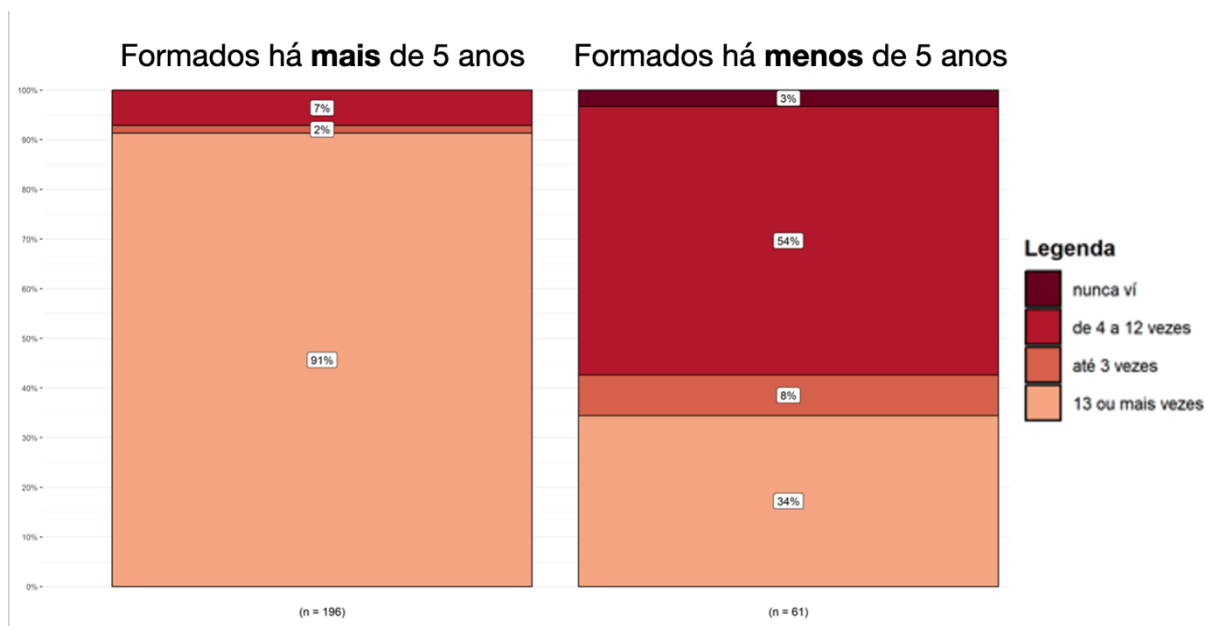
4.3. Comparativo entre profissionais já formados (excluindo residentes)

Tabela 6. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Quantas vezes você já viu a utilização do fórceps na assistência ao parto?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de Fisher: $4,58 \times 10^{-19}$ (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	179 (91%)	21 (34%)	$4,58 \times 10^{-19}$	****
De 4 a 12 vezes	14 (7%)	33 (54%)		
Até 3 vezes	3 (2%)	5 (8%)		
Nunca vi	0	2 (3%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

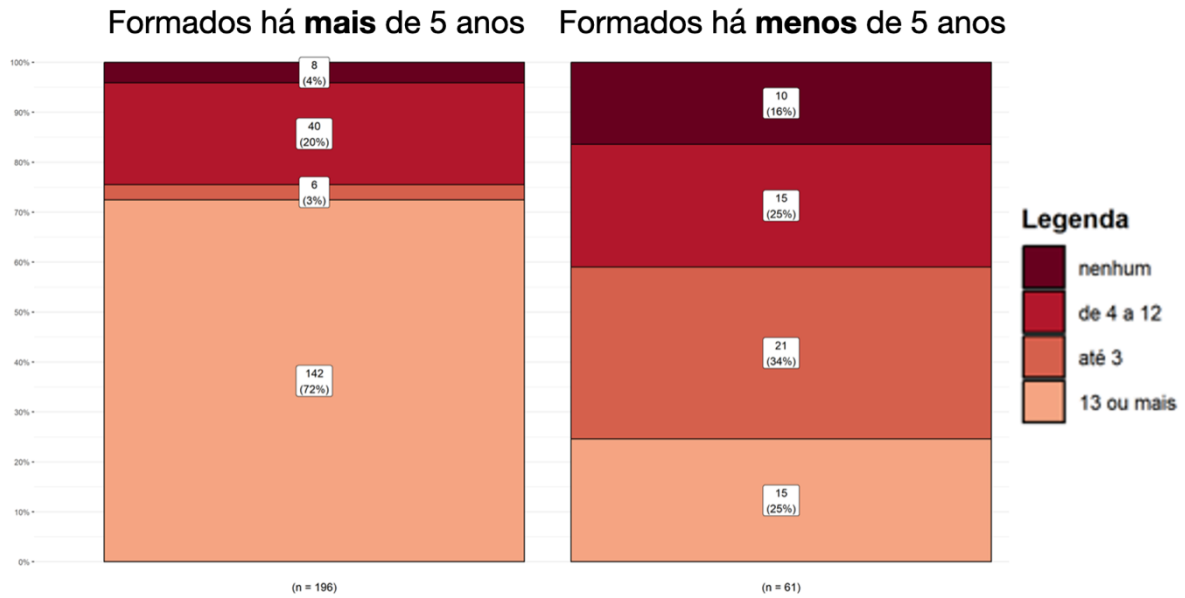
Figura 6. Comparação entre diferentes anos de formado em relação a visualização do uso do fórceps na prática assistência. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 7. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórceps você aplicou?” com relação ao tempo de formado p-valor para o teste de fisher: $2,08 \times 10^{-15}$ (n=257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	142 (72%)	15 (25%)	$2,08 \times 10^{-15}$	****
De 4 a 12 vezes	40 (20%)	15 (25%)		
Até 3 vezes	6 (3%)	21 (34%)		
Nenhum	8 (4%)	10 (16%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

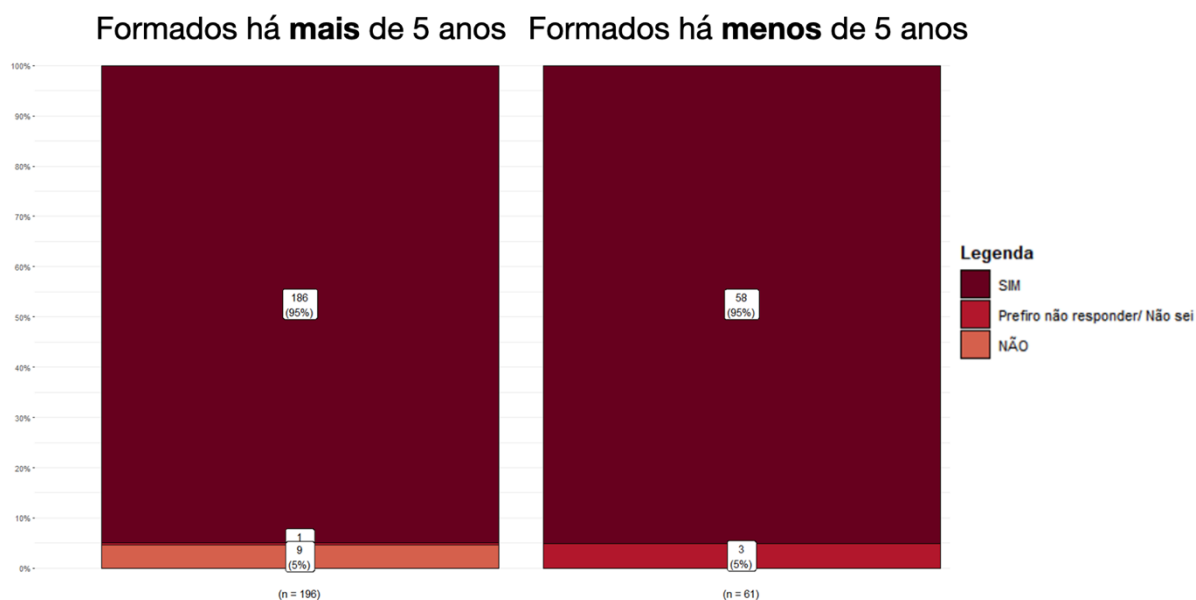
Figura 7. Comparação entre numero de fórceps realizados. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 8. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você considera o ensino do fórceps importante nos dias de hoje?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de Fisher: 0,1425 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Sim	186 (95%)	58 (95%)	0,1425	Ns
Não	9 (5%)	0 (0%)		
Prefiro não responder / não sei	1 (<1%)	3 (5%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

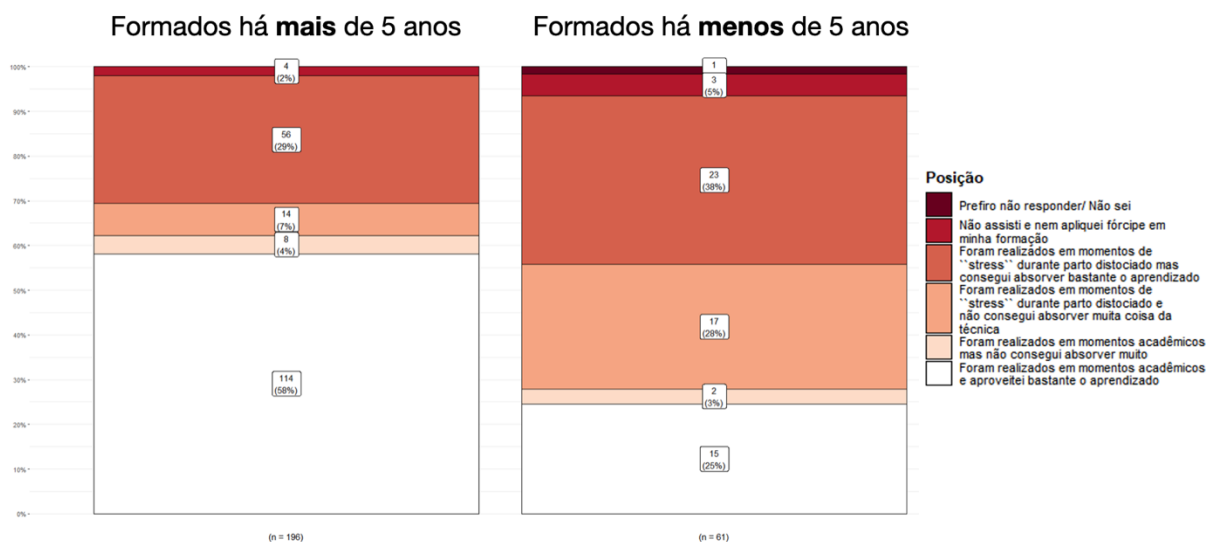
Figura 8. Percepção da importância do ensino do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 9. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante sua fase de formação na especialidade, os partos fórceps que você participou, em sua maioria, (assistindo ou praticando):” com relação ao tempo de formado. P-valor para Teste exato de Fisher: $3,80 \times 10^{-6}$ (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Em momentos acadêmicos e aproveitei bastante o aprendizado	114 (58%)	15 (25%)	$3,80 \times 10^{-6}$	****
Em momentos acadêmicos, mas não consegui absorver muito	8 (4%)	2 (3%)		
Em momentos de “stress” durante parto distociado e NÃO consegui absorver muita coisa da técnica	14 (7%)	17 (28%)		
Em momentos de “stress” durante o parto distociado mas consegui absorver bastante o aprendizado	56 (29%)	23 (38%)		
Não assisti e nem apliquei fórceps em minha formação	4 (2%)	3 (5%)		
Prefiro não responder / Não sei	0 (0%)	1 (1%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

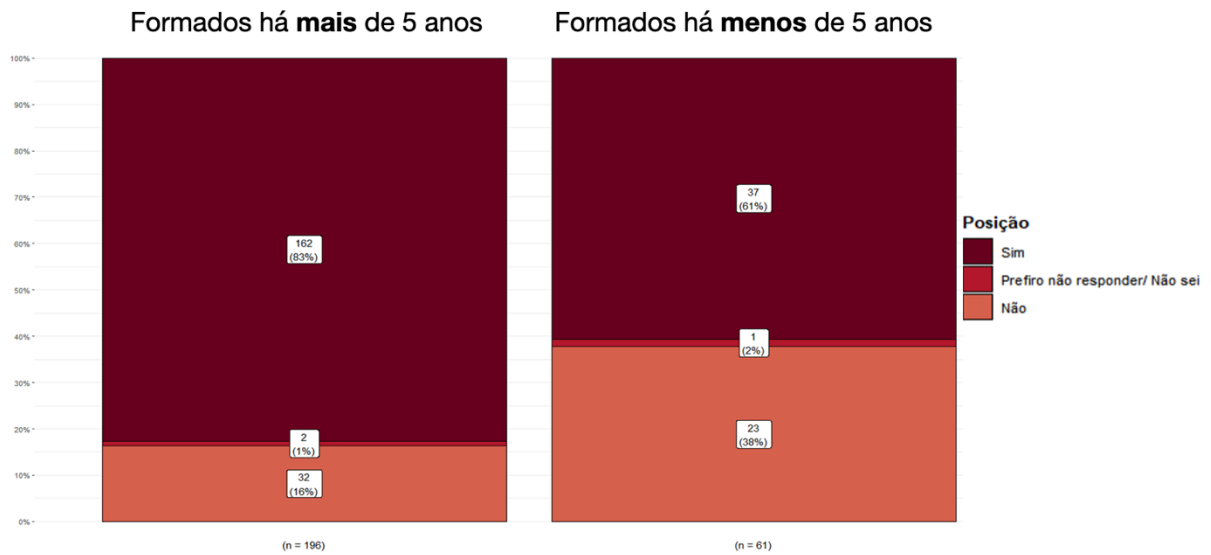
Figura 9. Avaliação das condições do aprendizado do fórceps durante a especialização. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 10. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você já vivenciou alguma situação onde deveria ser aplicado o fórceps e não foi, culminando com a manobra de Kristeller?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,00151 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Sim	162 (83%)	37 (61%)	0,00151	***
Não	32 (16%)	23 (38%)		
Prefiro não responder / não sei	2 (1%)	1 (2%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

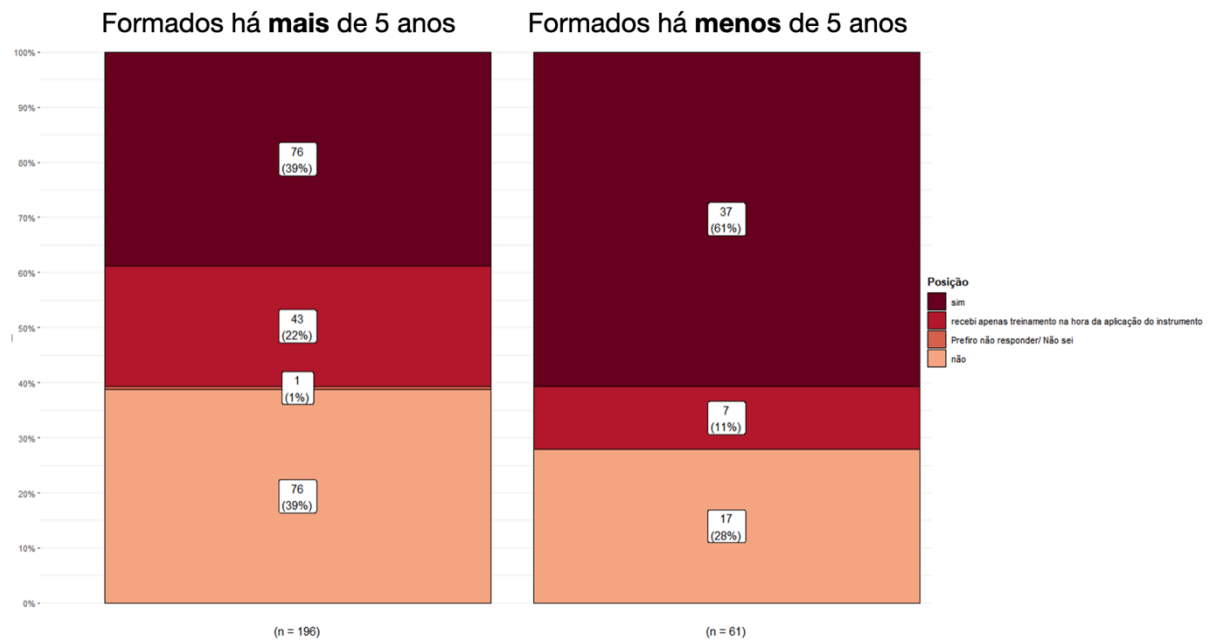
Figura 10. Avaliação da ocorrência de manobra de Kristeller ao invés da realização do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 11. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você recebeu em algum momento da formação, treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim, fornecido pela sua instituição?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,01755 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Sim	76 (39%)	37 (61%)	0,01755	**
Não	76 (39%)	17 (28%)		
Apenas na hora da aplicação do instrumento	43 (22%)	7 (11%)		
Prefiro não responder / não sei	1 (1%)	0 (0%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

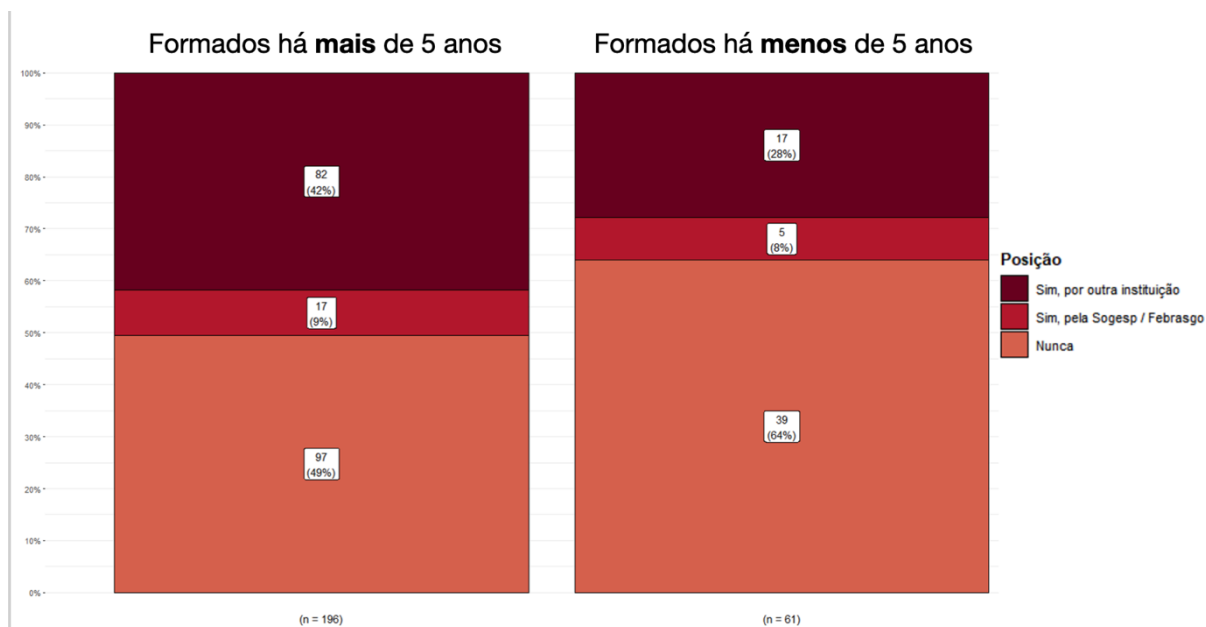
Figura 11. Realização de treinamento específico para prática do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 12. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Você já participou de algum treinamento e/ou curso direcionado para fórceps, com prática repetida e supervisionada em manequim em outra instituição que não a sua de origem?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de Fisher: 0,1125 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Sim por outra instituição	82 (42%)	17 (28%)	0,1125	Ns
Sim, pela Sogesp/Febrasgo	17 (9%)	5 (8%)		
Nunca	97 (49%)	39 (64%)		
Prefiro não responder / não sei	0 (0%)	0 (0%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

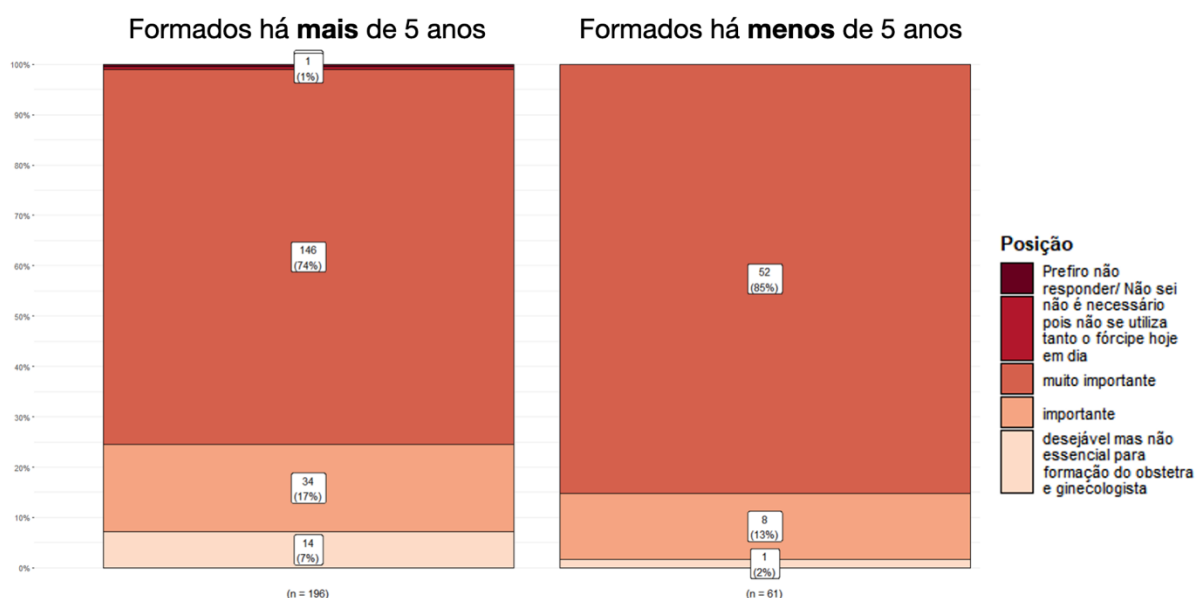
Figura 12. Treinamentos em prática do fórceps em outra instituição de ensino. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 13. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Qual a sua percepção sobre a importância de realizar treinamentos intensivos, supervisionados e repetidos em manequim durante a formação do obstetra e ginecologista?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,384 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Desejável, mas não essencial	14 (7%)	1 (2%)	0,384	Ns
Importante	34 (17%)	8 (13%)		
Muito importante	146 (74%)	52 (85%)		
Não é necessário, pois não se utiliza tanto o fórcepe hoje em dia	1 (1%)	0 (0%)		
Prefiro não responder / não sei	1 (1%)	0 (0%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 13. Percepção sobre a importância da realização de treinamentos intensivos para prática do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

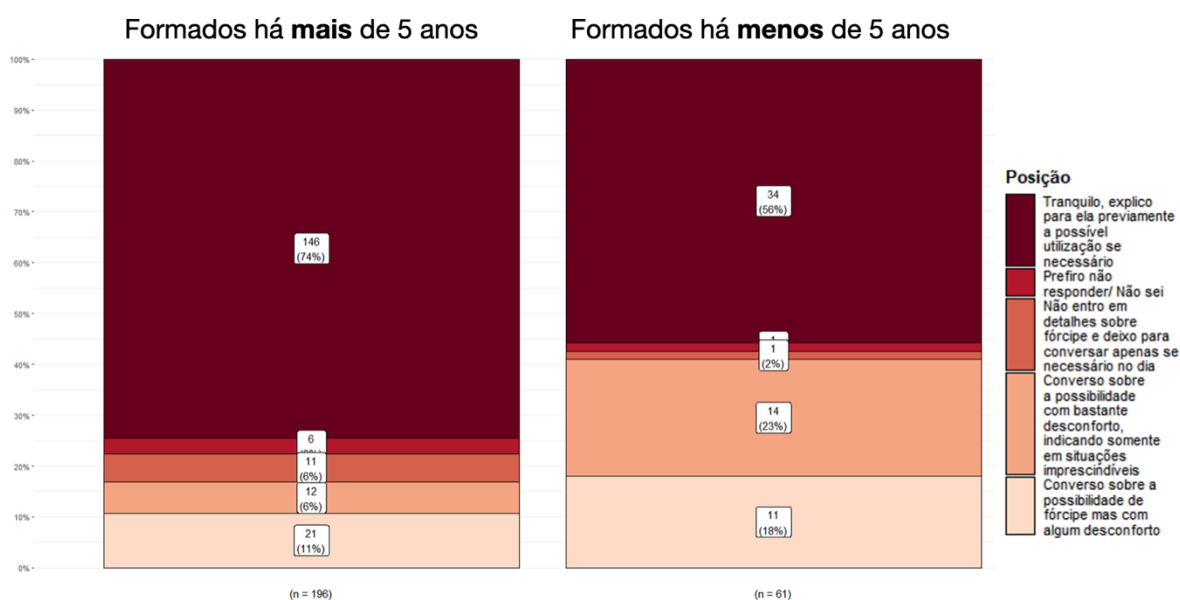
Tabela 14. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórceps?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,00116 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Tranquilo, explico para ela previamente a possível utilização se necessário	146 (74%)	34 (56%)	0,00116	***
Converso sobre a possibilidade de fórcepe, mas com algum desconforto	21 (11%)	11 (18%)		
Converso sobre a possibilidade com bastante desconforto, indicando somente em situações imprescindíveis	12 (6%)	14 (23%)		

Não entro em detalhes sobre fórcepe e deixo para conversar apenas se necessário no dia	11 (6%)	1 (~2%)
Prefiro não responder / não sei	6 (3%)	1 (~2%)

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

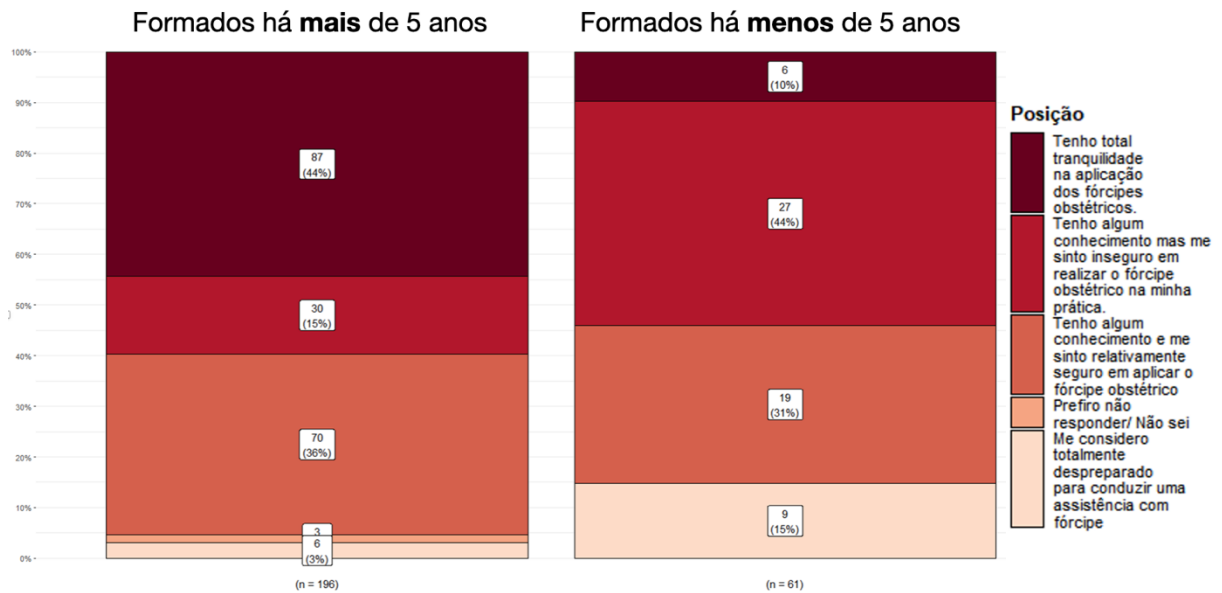
Figura14. Comparação sobre percepção dos especialistas para conversar com sua paciente sobre a utilização do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 15. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórceps?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: $1,635 \times 10^{-9}$ (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
Tenho total tranquilidade na aplicação do fórcepe	87 (44%)	6 (10%)	1,635x10 ⁻⁹	****
Tenho algum conhecimento e me sinto relativamente seguro em aplicar o fórcepe	70 (36%)	19 (31%)		
Tenho algum conhecimento, mas me sinto inseguro em realizar o fórcepe	30 (15%)	27 (44%)		
Me considero totalmente despreparado para conduzir uma assistência com fórcepe	6 (3%)	9 (15%)		
Prefiro não responder / não sei	3 (2%)	0 (0%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

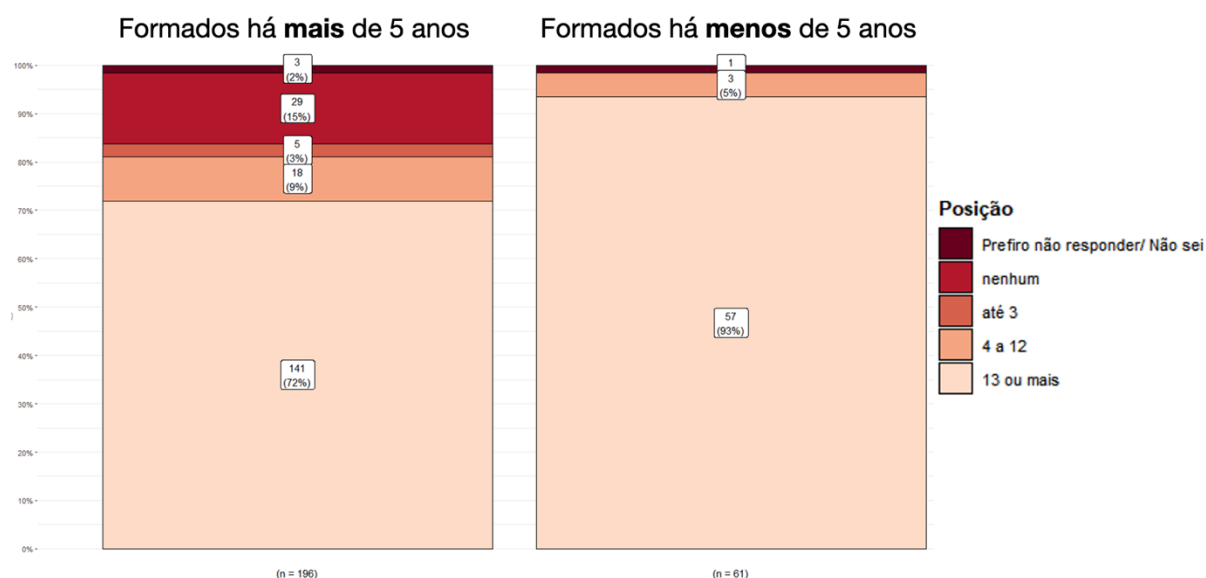
Figura 15. Percepção da segurança na utilização do fórceps. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 16. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos partos você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,0009129 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
13 ou mais	141 (72%)	57 (93%)	9,1x10 ⁻⁴	****
4 a 12	18 (9%)	3 (5%)		
Até 3	5 (3%)	0 (0%)		
Nenhum	29 (15%)	0 (0%)		
Prefiro não responder / não sei	3 (2%)	1 (2%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

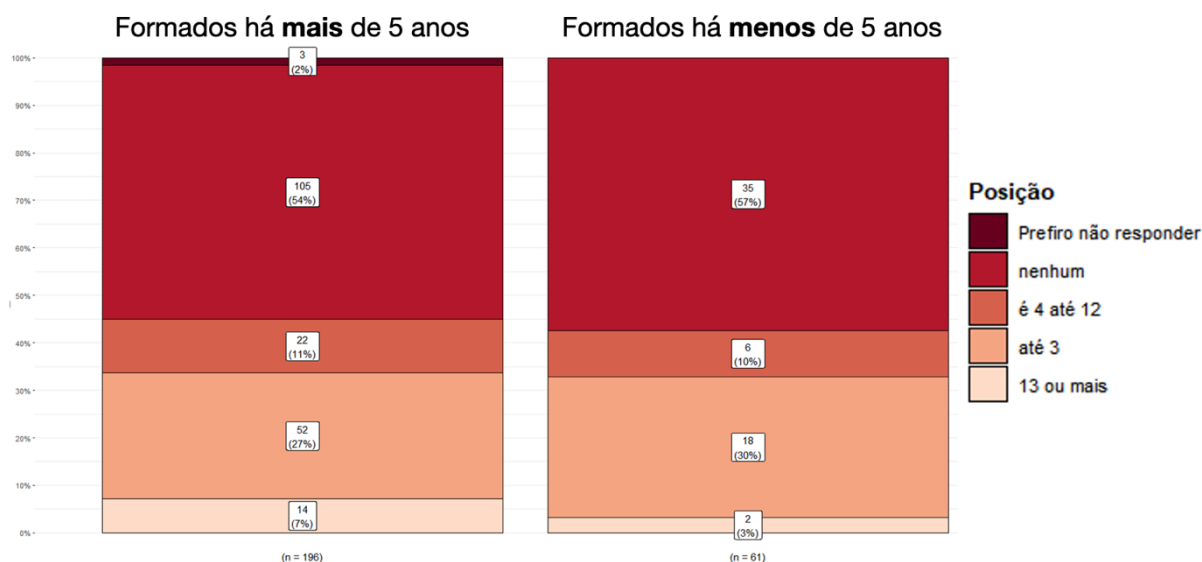
Figura 16. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

Tabela 17. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos fórceps você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao tempo de formado. P-valor para o teste de fisher: 0,7993 (n = 257).

Resposta	Formado há 5 anos ou mais	Formado há menos de 5 anos	p-valor	Significância
13 ou mais	14 (7%)	2 (3%)	0,7993	Ns
4 a 12	22 (11%)	6 (10%)		
Até 3	52 (27%)	18 (30%)		
Nenhum	105 (54%)	35 (57%)		
Prefiro não responder / não sei	3 (2%)	0 (0%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 17. Distribuição das respostas com relação ao tempo de formado.

4.4. Comparativo dos profissionais em diferentes níveis da residência

Tabela 18. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Quantas vezes você já viu a utilização do fórcepe na assistência ao parto?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,1352 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	0	1 (8%)	3 (16%)	0,1352	Ns
De 4 a 12 vezes	7 (54%)	8 (62%)	7 (37%)		
Até 3 vezes	1 (8%)	3 (23%)	7 (37%)		
Nunca vi	5 (38%)	1 (8%)	2 (11%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 19. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórceps você aplicou?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,05178 (n = 45).

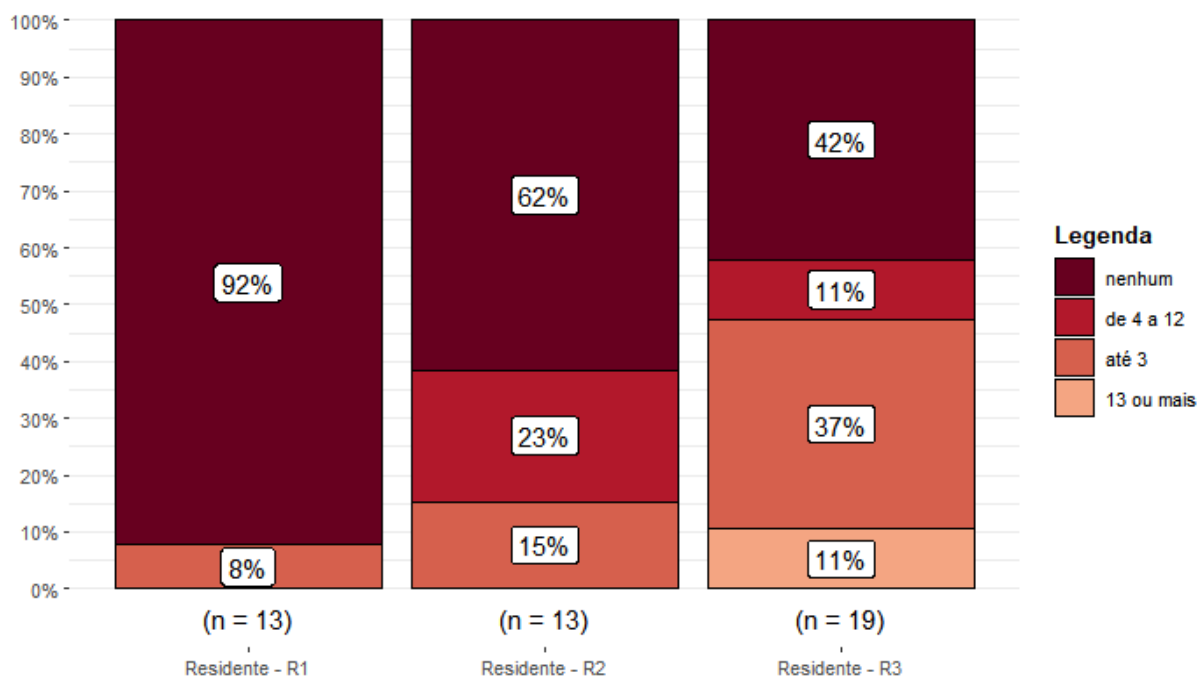
Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	0	0	2 (11%)	0,05178	*
De 4 a 12 vezes	0	3 (23%)	2 (11%)		
Até 3 vezes	1 (8%)	2 (15%)	7 (37%)		
Nenhum	12 (92%)	8 (62%)	8 (42%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórceps você aplicou?

Teste exato de Fisher, p-valor 0.052



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 18. Distribuição das respostas com relação ao ano da residência.

Tabela 20. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R1 quantos fórçipes você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,5811 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	0	0	0	0,5811	Ns
De 4 a 12 vezes	0	0	2 (11%)		
Até 3 vezes	1 (8%)	3 (23%)	2 (11%)		
Nenhum	11 (92%)	10 (77%)	15 (78%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 21. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R2 quantos fórçipes você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,3758 (n = 32).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	-	1 (8%)	0	0,3758	Ns
De 4 a 12 vezes	-	0	3 (16%)		
Até 3 vezes	-	3 (23%)	7 (37%)		
Nenhum	-	9 (69%)	9 (47%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 22. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Durante o R3 quantos fórçipes você aplicou?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,3758 (n = 19).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais vezes	-	-	0	0,3788	Ns
De 4 a 12 vezes	-	-	0		
Até 3 vezes	-	-	5 (26%)		
Nenhum	-	-	14 (74%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 23. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você considera o ensino do fórcipe importante nos dias de hoje?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: ~1 (n = 45).

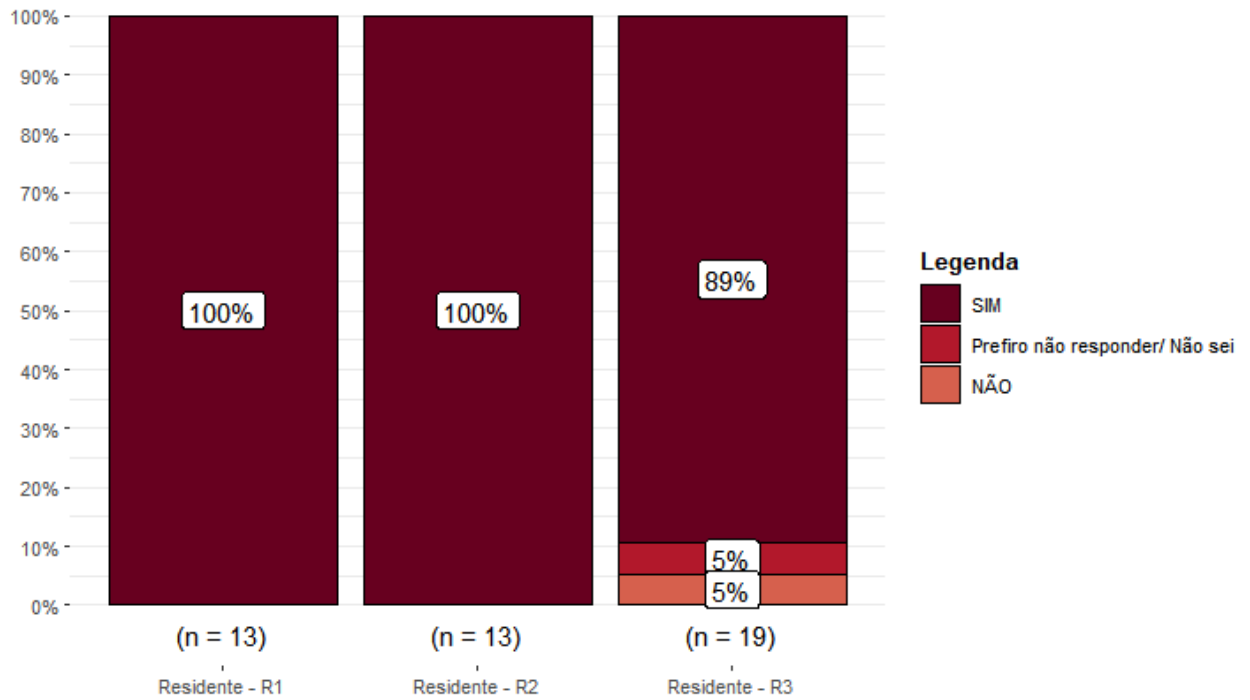
Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Sim	13 (100%)	13 (100%)	17 (89%)	~1	Ns
Não	0	0	1 (5%)		
Não sei/Prefiro não responder	0	0	1 (5%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Você considera o ensino do Forcipe importante nos dias de hoje?

Teste exato de Fisher, p-valor 1



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 19. Distribuição das respostas com relação ao ano da residência

Tabela 24. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante sua fase de formação na especialidade, os partos fórçipes que você participou, em sua maioria, (assistindo ou praticando):” com relação ao ano da residência. P-valor para Teste exato de Fisher: 0,1704 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Em momentos acadêmicos e aproveitei bastante o aprendizado	1 (8%)	1 (8%)	1 (5%)	0,1704	Ns
Em momentos acadêmicos, mas não consegui absorver muito	0	1 (8%)	0		
Em momentos de “stress” durante parto distociado e NÃO consegui absorver muita coisa da técnica	6 (46%)	4 (31%)	7 (37%)		
Em momentos de “stress” durante o parto distociado mas consegui absorver bastante o aprendizado	1 (8%)	6 (46%)	8 (42%)		
Não assisti e nem apliquei fórcipe em minha formação	5 (38%)	1 (8%)	2 (11%)		
Prefiro não responder / Não sei	0	0	1 (5%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 25. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você já vivenciou alguma situação onde deveria ser aplicado o fórcipe e não foi, culminando com a manobra de Kristeller?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,2459 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Sim	4 (31%)	6 (46%)	12 (63%)	0,2459	Ns
Não	8 (62%)	7 (54%)	7 (37%)		
Não sei/Prefiro não responder	1 (8%)	0	0		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 26. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você recebeu em algum momento da formação, treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim, fornecido pela sua instituição?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,09124 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Sim	0	5 (38%)	5 (26%)	0,09124	*
Não	12 (92%)	6 (46%)	10 (53%)		
Recebi apenas treinamento na hora da aplicação do instrumento	1 (8%)	2 (15%)	3 (16%)		
Não sei/Prefiro não responder	0	0	1 (5%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 27. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Você já participou de algum treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim em outra instituição que não a sua de origem?” com relação ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,01378 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Nunca	12 (92%)	10 (77%)	11 (58%)	0,01378	**
Sim pela Sogesp/Febrasgo	0	1 (8%)	0		
Sim por outra instituição	0	2 (15%)	8 (42%)		
Não sei/Prefiro não responder	1 (8%)	0	0		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 28. Teste exato de Fisher pareado entre respostas para a pergunta: “Qual a sua percepção sobre a importância de realizar treinamentos intensivos, supervisionados e repetidos em manequim durante a formação do obstetra e ginecologista?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,6102 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Desejável, mas não essencial	0	1 (8%)	1 (5%)	0,6102	Ns
Importante	1 (8%)	0	3 (16%)		
Muito importante	12 (92%)	12 (92%)	15 (79%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 29. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórceps?” com relação ao ano de residência. P-valor para o teste de Fisher: 0,5379 (n = 45).

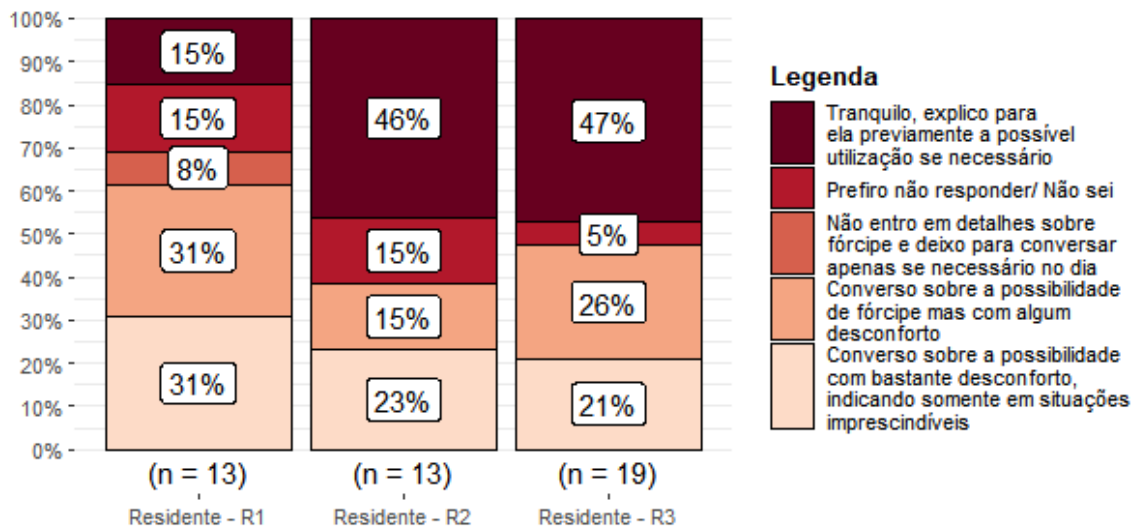
Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Tranquilo, explico para ela previamente a possível utilização se necessário	2 (15%)	6 (46%)	9 (47%)	0,5379	Ns
Converso sobre a possibilidade de fórceps, mas com algum desconforto	4 (31%)	2 (15%)	5 (26%)		
Converso sobre a possibilidade com bastante desconforto, indicando somente em situações imprescindíveis	4 (31%)	3 (23%)	4 (21%)		
Não entro em detalhes sobre fórceps e deixo para conversar apenas se necessário no dia	1 (8%)	0	0		
Prefiro não responder / não sei	2 (15%)	2 (15%)	1 (5%)		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórcepe?

Teste exato de Fisher, p-valor 0.538



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 20. Distribuição das respostas com relação ao ano da residência.

Tabela 30. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórcepe?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,01122 (n = 45).

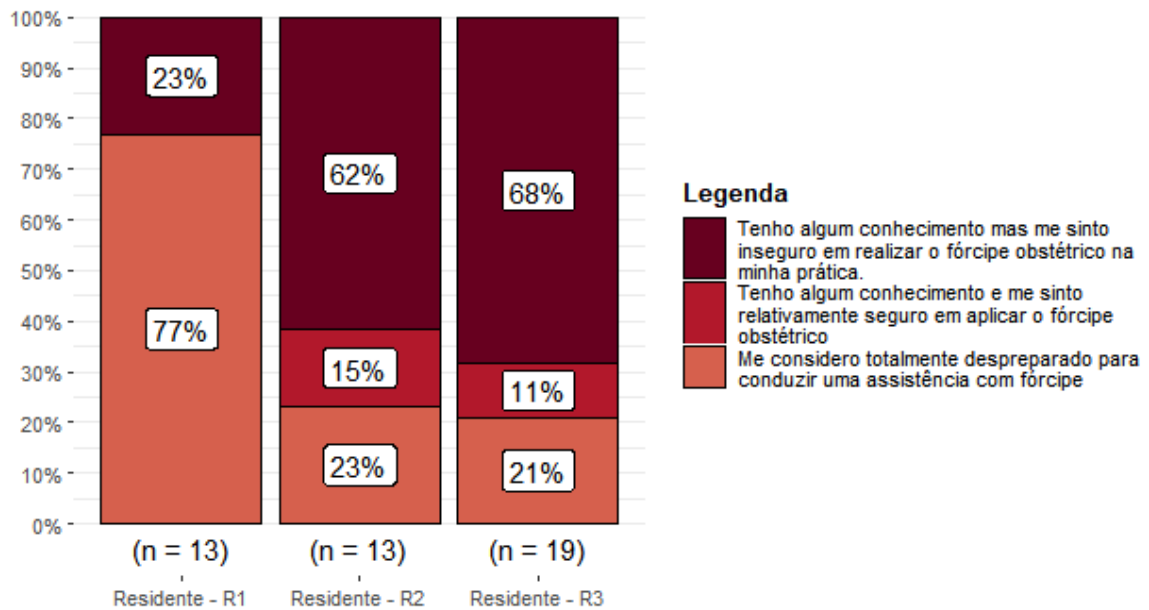
Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
Tenho total tranquilidade na aplicação do fórcepe	0	0	0		
Tenho algum conhecimento e me sinto relativamente seguro em aplicar o fórcepe	0	2 (15%)	2 (11%)		
Tenho algum conhecimento, mas me sinto inseguro em realizar o fórcepe	3 (23%)	8 (62%)	13 (68%)	0,01122	**
Me considero totalmente despreparado para conduzir uma assistência com fórcepe	10 (77%)	3 (23%)	4 (21%)		
Prefiro não responder / não sei	0	0	0		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórcepe?

Teste exato de Fisher, p-valor < 0.05



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 21. Distribuição das respostas com relação ao ano da residência.

Tabela 31. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos partos você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,04031 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais	10 (77%)	13 (100%)	18 (95%)	0,04031	**
4 a 12	3 (23%)	0	0		
Até 3	0	0	0		
Nenhum	0	0	1 (5%)		
Prefiro não responder / não sei	0	0	0		

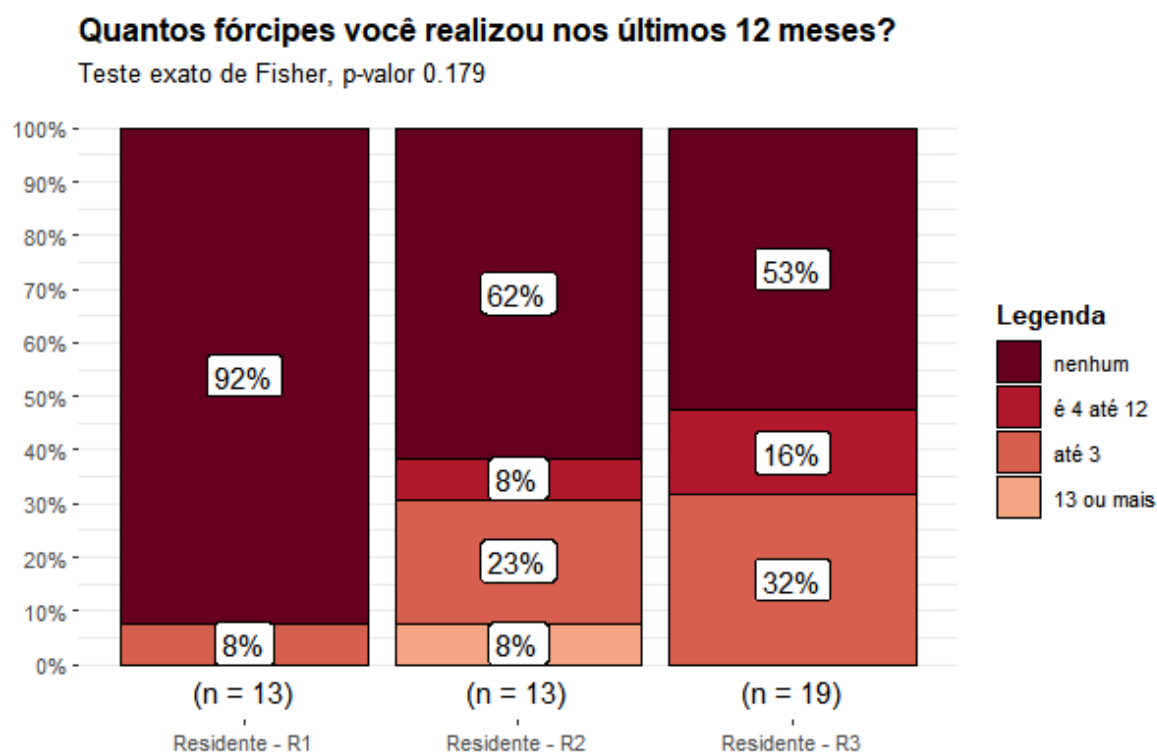
Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Tabela 32. Teste exato de Fisher entre respostas para a pergunta: “Quantos fórceps você realizou nos últimos 12 meses?” com relação ao ano da residência. P-valor para o teste de fisher: 0,1786 (n = 45).

Resposta	R1	R2	R3	p-valor	Significância
13 ou mais	0	1 (8%)	0	0,1786	Ns
4 a 12	0	1 (8%)	3 (16%)		
Até 3	1 (8%)	3 (23%)	6 (32%)		
Nenhum	12 (92%)	8 (62%)	10 (53%)		
Prefiro não responder / não sei	0	0	0		

Códigos de significância: 0% (Ns), 90% (*), 95% (**), 99% (***), 99,9% (****)

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 22. Distribuição das respostas com relação ao ano da residência.

5 5. DISCUSSÃO

Em nosso estudo pretendemos buscar informações relativas ao treinamento do uso de fórceps obstétrico e a frequência de uso, de acordo com algumas variáveis, a saber, o treinamento prévio, o tempo decorrido após a finalização da residência médica, bem como comparar com o contingente de residentes que se encontram em processo de formação de especialista presentemente. Tais grupos procuraram caracterizar alguns cortes temporais, pois o desuso do fórceps é prática variável com o tempo. De fato, as indicações para o uso de fórceps, e os consequentes índices de uso foram se reduzindo nas últimas décadas^{14 20}

Nossa casuística foi bastante robusta, contemplando 66,18% do grupo de médicos residentes atuais e 300 especialistas (sendo que usamos na análise 257, pois 3 deles não responderam o tempo decorrido após finalizar a residência médica). Por conta desse elevado número de participantes, podemos afirmar que nossa análise configura credibilidade nos seus resultados. Por outro lado, um viés na leitura dos resultados corresponde ao fato que parte dos participantes provavelmente foi oriunda de grupos com algum vínculo com os autores, o que pode trazer algum vício no uso habitual da prática do fórceps. Assim, como todo estudo que usa questionários de livre participação, há que se cuidar para a interpretação dos resultados.

A nossa hipótese de que o treinamento prévio poderia se associar ao uso mais apropriado e frequente do fórceps fica confirmada através dos resultados expressos na TABELA 2, que buscou analisar o fato de que houve diferença estatística significativa entre aqueles que receberam treinamento se sentirem mais seguros no uso do instrumento (relativamente seguro 34% e total tranquilidade 32% = 66%) em relação àqueles que não tiveram treinamento. É óbvio que ter o treinamento prévio e nunca mais ter executado uma prática, pode ser determinante para menor segurança em seu uso. Mas, fica claro que ser treinado confere maior segurança de uso. Essa constatação se repetiu com o grupo de residentes (Figura 19 e 20), quando ficou nítido (e estatisticamente significativo) que com o avançar dos anos no Programa de Residência Médica e a progressão de R1, para R2 e R3 incrementa o número de casos dos quais o residente participa e permite maior segurança na prática da técnica. Essa observação nos permite constatar a boa notícia de que, pelo menos nos Serviços de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da FCMS – PUCSP e do Hospital

da Cachoeirinha, o treinamento no uso de fórceps obstétrico oferecido durante a residência pode ser considerado satisfatório, pois já no R2 tivemos quase 40% dos residentes que executaram mais de 3 partos fórceps, sendo que no R3 esse número atinge quase 50%.

Essa segurança na prática da aplicação do fórceps pode ser fator que contribua para a naturalidade com que se expõe à gestante e seus acompanhantes nos cuidados de pré-natal, a eventual necessidade e o potencial benefício no uso de fórceps durante o parto. Essa recomendável prática se presta a diminuir o antagonismo da parturiente e seu acompanhante, caso surja a indicação do uso do instrumento. Contudo, como pode ser observado na TABELA 3, não houve diferença entre ter tido treinamento ou não ter tido o treinamento prévio no uso do fórceps para conversar previamente com a paciente. Essa informação vai ao encontro do conceito de que não é prática habitual essa conversa com as gestantes, situação que poderia contribuir para diminuir o antagonismo à prática e solidificar o relacionamento médico-paciente. Talvez, também reflita a atual situação da assistência ao parto, em que o profissional que realiza o pré-natal dificilmente será o mesmo que executará o parto.

Interessante observar que também não houve correlação com o tipo de treinamento que o profissional teve, pois foram semelhantes os respondentes que tiveram treinamentos por entidades com protocolos de treinamento institucionais próprios, como a FEBRASGO e a SOGESP, ou por outras instituições. Todos foram semelhantes àqueles que nunca tiveram treinamento, no quesito sobre conversar previamente com a gestante (TABELA 5).

O treinamento prévio foi fator fundamental para o profissional fazer uso de fórceps, pois, como podemos observar na TABELA 4, tivemos 50,0% dos respondentes treinados previamente que executaram mais de 3 partos fórceps nos últimos 12 meses, em contraponto a 25,0% que fizeram mais de 3 partos fórceps nos últimos 12 meses, sem ter tido o treinamento prévio. Esse resultado altamente significativo revela que o treinamento prévio é determinante de sua prática. Ademais, isso fica reforçado se considerarmos que há alguns dos respondentes que não tem na obstetrícia sua prática clínica mais habitual, dedicando-se em sua rotina profissional maior ênfase à ginecologia. Isso pode ser constatado na TABELA 16,

onde verificamos que 18,0% dos médicos especialistas com até 5 anos de formação tiveram menos de 3 partos ou nenhum parto nos últimos 12 meses.

O tempo decorrido após o término da especialização se refletiu em maior uso do instrumento, como pode ser constatado na TABELA 7. O resultado altamente significativo revelou que 92,0% dos que tem mais de 5 anos de especialista fizeram mais de 4 fórceps, em contraponto a apenas 50,0% entre os que tem menos de 5 anos de especialidade. Essa informação pode ser produto simplesmente do tempo decorrido na prática obstétrica, mas pode ser também consequência de que até os anos 1990 e 2000, as indicações e a prática de parto fórceps nos Programas de Residência Médica na especialidade eram muito mais frequentes do que hoje.

Essa premissa pode ser caracterizada pelos resultados incluídas na TABELA 9, em que se questionou sobre como foram os momentos o profissional recebeu o treinamento do uso do fórceps. Aqueles formados há mais de 5 anos relataram que em 62,0% das vezes recebeu o treinamento em momentos acadêmicos, situação semelhante somente foi relatada por 28,0% dos especialistas formados há menos de 5 anos. Por outro lado, nessa mesma Tabela, verificamos que a má lembrança do uso do fórceps é maior entre especialistas com menos de 5 anos de formados: 38,0% dos médicos com menos tempo de especialidade relatam que o uso de fórceps foi “em momentos de stress, durante parto distociado e não conseguiu absorver muita coisa da técnica”, essa situação somente foi citada por 7,0% dos especialistas com mais de 5 anos de especialidade.

Outra informação interessante diz respeito à prática da Manobra de Kristeller, prática condenada na obstetrícia moderna, mas que, por vezes, infelizmente ainda é usada. A TABELA 10 apresenta resultados estatisticamente significativos de maior número de situações em que ao invés do adequado uso de fórceps foi executado a Manobra de Kristeller entre especialistas com mais de 5 anos de especialidade do que entre aqueles que tem menos de 5 anos. Possivelmente isso é decorrente do progressivo desuso desta maléfica prática, da maior popularização dos partos cesárea e, talvez, do desconhecimento da indicação de fórceps. De qualquer forma, é lamentável que em ambos os grupos de especialistas mais de 60,0% deles tenham vivenciado situações da prática de Kristeller.

Aparentemente, a maneira de proceder aos treinamentos para a prática do fórceps tem se modificado ao longo dos anos. Na TABELA 11 podemos constatar que os especialistas com menos tempo de especialidade tem com maior frequência o treinamento com prática supervisionada em manequins (61,0%), em comparação aos especialistas formados há mais tempo, que relataram esse tipo de treinamento por apenas 39,0% deles. O dobro dos especialistas (22,0%) com mais de cinco anos de especialidade foram treinados apenas na hora de aplicar o instrumento, em relação àqueles com menos anos de especialidade (11,0%). Novamente pode ser reflexos nos índices de partos fórceps décadas atrás, e da inexistência (ou pouca disponibilidade) de manequins na ocasião. Ora, é reconhecido o benefício de se proceder o treinamento em manequins ou equipamentos de simulação antes de se fazer uso em pacientes de qualquer atividade em medicina, essa noção tem se cristalizado nas novas práticas de ensino na medicina.

Outra informação intrigante foi o fato de ser quase unânime (95,0%) a afirmativa de que os especialistas, independente do tempo de especialidade, consideram importante o ensino do fórceps nos dias de hoje (TABELA 8). Essa constatação reflete a prática obstétrica e a percepção de que o fórceps pode ser instrumento valioso quando bem indicado e bem aplicado, mais que isso, reflete a percepção na prática de que há algumas situações obstétricas em que o uso do fórceps poderá resultar em melhores resultados do que uma cesárea. Assim essa prática não pode se perder, ou entrar em desuso, interrompendo seu treinamento. Contudo, a questão que permanece é: por que os especialistas consideram importante o ensino do fórceps, e não o praticam? Podemos buscar algumas justificativas para isso, talvez seja justamente pela percepção de que se tivessem sido treinados, poderiam proceder melhor e com maior segurança o uso do fórceps, outra possibilidade é que não fazem uso por receio da má fama que o uso do instrumento goza entre a população, receio da judicialização da medicina e maior estímulo na indicação de partos cesárea.

O conceito de que será importante se incentivar o treinamento de especialistas para o uso de fórceps também foi praticamente unânime entre os residentes, sugerindo que, mesmo esses jovens médicos percebem a relevância do tema para um obstetra.

A análise conjunta de médicos residentes e médicos especialistas sobre a segurança no uso do fórceps permite observar mais uma vez o importante peso que terá o treinamento prévio na prática desta técnica.

A partir dos resultados apresentados consideramos que deveriam ser reforçadas e ampliadas as ofertas de treinamento para o uso de fórceps, talvez com o uso de práticas pedagógicas mais modernas, com treinamento prévio em bonecos e simuladores, ou com o uso de metodologias ativas de ensino, usadas nos Programas de Residência Médica e nas práticas de educação continuada para profissionais já formados.

6 6. CONCLUSÕES

- O conceito de que o ensino do uso de fórceps obstétrico é importante foi praticamente unânime entre os entrevistados residentes, médicos que terminaram sua especialização até 5 anos e médicos que terminaram sua especialização há mais de 5 anos.
- O treinamento prévio se associa a maior segurança na prática do parto fórceps para residentes, médicos que terminaram sua especialização até 5 anos e médicos que terminaram sua especialização há mais de 5 anos.
- Os Programas de Residência Médica que foram avaliados indiretamente através de seu grupo de residentes estão conseguindo oferecer progressão de treinamento no uso de fórceps obstétrico ao longo de seus anos de residência.
- O tempo decorrido após o término da especialização é fator relevante na prática do uso de fórceps durante a prática clínica dos entrevistados.
- Não é prática habitual discutir com a gestante durante o pré-natal a eventual necessidade do uso de fórceps na assistência ao parto.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sampaio Neto LF, Korkes HA, Kehdi J. The trivialization of cesarean section. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* 2022;24(1/4):119-120 [Internet]. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/64249>
2. Wegner EK, Bernstein IM. Operative vaginal delivery. *UpToDate* (20 May 2022). Available from: <https://pro.uptodatefree.ir/show/4474>
3. Sheikh S, Ganesaratnam I, Jan H. The birth of forceps. *JRSM Short Rep.* 2013;4:1–4.
4. Chawanpaiboon S, Titapant V, Pooliam J. Maternal complications and risk factors associated with assisted vaginal delivery. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23:756.
5. Zajac K, Rybnik M, Kęsiak M, Kalinka J. Is There Still a Place for Forceps Delivery in Modern Obstetrics? *J mother child.* 2023;27:176–81.
6. Ribeiro KG, Cristina T, Santos D, Ribeiro M, Ferreira S, Neta ME, et al. Characterization of obstetric violence in scientific production : an integrative review. 13:1–8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6604>
7. Park JS, Robinson JN, Norwitz ER. Rotational forceps: should these procedures be abandoned? *Semin Perinatol.* 2003;27:112–20.
8. ACOG. Operative vaginal birth: Practice bulletin No.219. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;133:168–86. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/07/diagnosis-and-management-of-vulvar-skin-disorders>
9. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL. Operative vaginal delivery BT - *Williams obstetrics.* In New York: McGraw-Hill; 2018.
10. Instrumental PPV, Perinatais R. Avaliação De Gestantes Com Parto a Fórceps Em Um Hospital De Ensino Entre 1999 E 2019. 2021;6–10.
11. Murphy DJ. Operative vaginal delivery. *Best Pract & Res Clin Obstet*

& Gynaecol [Internet]. 2019;56:1–2. Available from:
<http://europepmc.org/abstract/MED/30827817>

12. Matsubara S, Lefor AK. Are Kielland forceps the exclusive possession of doctors from the UK? Vol. 130, BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. England; 2023. p. 1286–7.
13. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. Cienc e Saude Coletiva. 2022;27:483–91.
14. DataSUS. Nascim p/ocorrênc por Tipo de parto segundo Ano do nascimento. 1994-2016. 2019.
15. Evangelopoulos N, Duraes M, Cayrac M, Galtier F, Fritel X, Gachon B, et al. Episiotomy practice in France and prevention of high-grade perineal tears at the time of operative vaginal delivery: a prospective multicentre ancillary cohort study. Int Urogynecol J. 2023;
16. Berthet J. Fórceps: Cur, quando, comodo (Por qué, cuándo, cómo. Enciclopedia MédicoQuirúrgica – E-5-095-A-20, 2014.
17. Ministério da Educação. BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA RESOLUÇÃO. Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia Decreto nº 58.707, de 8 de abril de 2019 [Internet]. 2019. Available from:
[http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2019-pdf/111461-03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia/file#:~:text=e Obstetrícia%2C resolve%3A-,Art.,1º de março de 2020.](http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2019-pdf/111461-03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia/file#:~:text=e%20Obstetr%2C%20resolve%3A-,Art.,1%20de%20mar%20de%202020)
18. Andrews SE, Alston MJ, Allshouse AA, Moore GS, Metz TD. Does the number of forceps deliveries performed in residency predict use in practice? Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2015/03/17. 2015;213:93.e1-93.e4. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25794629>
19. Parris D, Siassakos D. Access to skills in rotational Kielland forceps. Vol. 130, BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. England; 2023.

p. 1287–8.

20. MARÓSTICA JP, HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ. AVALIAÇÃO DE GESTANTES COM PARTO A FÓRCEPS EM UM HOSPITAL DE ENSINO ENTRE 1999 E 2019. In Campinas / SP; 2021. Available from: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2021P19028A36497O171.pdf>

8. ANEXOS

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: Uso de fórceps na assistência ao parto vaginal: análise do uso durante a residência médica e na prática obstétrica pessoal.

Pesquisador Responsável: João Francisco Farhat Kehdi

Local onde será realizada a pesquisa: Programas de RM PUCSP _ Hospital Vila Nova Cachoeirinha

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque é residente do Programa de RM da PUCSP_HVNC. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável **João Francisco Farhat Kehdi**, nos telefones _____, celular 11-999729800 e e-mail _____. Igualmente poderão ser contados para maiores esclarecimentos os orientadores desta pesquisa Prof. Luiz Ferraz de Sampaio Neto (15-997407206 e-mail lfsampaio@puccsp.br) e Prof. Henri A. Korkes (15-998481311 e e-mail henrikorkes@gmail.com). Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está

sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde – localizado na Rua Joubert Wey, 290 – Vergueiro Sorocaba- SP – CEP 18030-070, sala 506 5º andar do Prédio da Faculdade. Contato (15) 3212-9896 – e-mail : cepfcms@pucsp.br, de segunda-feira a sexta-feira no horário das 8hs às 16hs.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Por se tratar de pesquisa com material de respostas a um questionário, consideramos que ao responder o questionário você se considerou esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, aceitando fazer parte como voluntário(a).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

✓ **Justificativa para realização da pesquisa:** avaliar a prática do uso de fórceps obstétrico durante e após a finalização do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia;

Objetivos da pesquisa: Verificar qual é a frequência do uso de fórceps para assistência obstétrica de residentes e ex-residentes durante a sua fase de formação e na prática médica posterior;

População da pesquisa: atuais residentes e egressos dos Programas de RM da PUCSP e HVNC;

✓ **Procedimentos aos quais será submetido(a):** Sua participação se restringe a responder o questionário no formato Google Forms® que está recebendo. Estimamos que será necessário menos de 10 minutos para isso.

✓ **Riscos em participar da pesquisa:** não há riscos envolvidos nesta pesquisa, apenas o uso de cerca de 10 minutos para responder o questionário

✓ **Benefícios em participar da pesquisa:** ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para ampliar o entendimento relativo à prática de partos fórceps em nosso meio;

✓ **Privacidade e confidencialidade:** os pesquisadores se comprometem a tratar seus dados de forma anonimizada, com privacidade e confidencialidade;

✓ **Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa:** caso você tenha interesse, poderá solicitar para receber os resultados parciais. O resultado final será objeto de Dissertação de Mestrado e de publicação em revista especializada. Será nosso compromisso enviar mala direta com o link da publicação, quando for efetivada.;

✓ **Custos envolvidos pela participação da pesquisa:** a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos;

✓ **Danos e indenizações:** Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Consentimento do participante

Eu declaro que ao iniciar as respostas do questionário concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que tenho acesso a uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas pelo Pesquisador Responsável.

Nome do (a) participante: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Obrigado!

Anexo 2: Questionário

Questionário: Percepção de Médicos Formados e em Formação sobre o Fórcepe Obstétrico

16/10/2023 23:55

Questionário: Percepção de Médicos Formados e em Formação sobre o Fórcepe Obstétrico

Projeto de Mestrado Profissional PUC-SP - Dr João Farhat Kehdi
Orientador: Prof Dr Luiz Ferraz de Sampaio Neto
Co-Orientador: Dr Henri Augusto Korke

Perguntas

1. Em relação a sua atual posição, qual das opções melhor o define? *

Marcar apenas uma oval.

- Residente - R1
- Residente - R2
- Residente - R3
- Ginecologista e Obstetra formado há menos de 5 anos
- Ginecologista e Obstetra formado há 5 anos ou mais
- Prefiro não responder/ Não sei

2. Quantas vezes você **já viu** a utilização do fórcepe na assistência ao parto? *

Marcar apenas uma oval.

- nunca ví
- até 3 vezes
- de 4 a 12 vezes
- 13 ou mais vezes
- Prefiro não responder/ Não sei

3. Durante sua residência, até o momento, qual o número de fórcepes **você aplicou**? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- de 4 a 12
- 13 ou mais
- Prefiro não responder/ Não sei

4. **Se você ainda for residente responda as próximas 3 questões.**

Durante o R1 quantos fórcepes você aplicou?

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- 4 a 12
- 13 ou mais

5. Durante o R2 quantos fórcepes você aplicou?

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- 4 a 12
- 13 ou mais

6. Durante o R3 quantos fórcepes você aplicou?

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- 4 a 12
- 13 ou mais

7. Você considera o ensino do Forcipe importante nos dias de hoje? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
- NÃO
- Prefiro não responder/ Não sei

8. Durante sua fase de formação na especialidade, os partos fórcepes que você participou, em sua maioria, (assistindo ou praticando):

Marcar apenas uma oval.

- Foram realizados em momentos acadêmicos e aproveitei bastante o aprendizado
- Foram realizados em momentos acadêmicos mas não consegui absorver muito
- Foram realizados em momentos de ``stress`` durante parto distociado mas consegui absorver bastante o aprendizado
- Foram realizados em momentos de ``stress`` durante parto distociado e não consegui absorver muita coisa da técnica
- Não assisti e nem apliquei fórcepe em minha formação
- Prefiro não responder/ Não sei

9. Você já vivenciou alguma situação onde deveria ser aplicado o fórcepe e não foi, culminando com a manobra de Kristeller?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Prefiro não responder/ Não sei

10. Você recebeu em algum momento da formação, treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim, fornecido pela sua instituição?

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim
- recebi apenas treinamento na hora da aplicação do instrumento
- Prefiro não responder/ Não sei

11. Você já participou de algum treinamento e/ou curso direcionado para fórcepe, com prática repetida e supervisionada em manequim em outra instituição que não a sua de origem?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, pela Sogesp / Febrasgo
- Sim, por outra instituição
- Nunca
- Prefiro não responder/ Não sei

12. Qual a sua percepção sobre a importância de realizar treinamentos intensivos, supervisionados e repetidos em manequim durante a formação do obstetra e ginecologista?

Marcar apenas uma oval.

- muito importante
- importante
- desejável mas não essencial para formação do obstetra e ginecologista
- não é necessário pois não se utiliza tanto o fórcepe hoje em dia
- Prefiro não responder/ Não sei

13. Supondo que você irá realizar assistência obstétrica de uma paciente que lhe procurou em seu consultório ou ambulatório, como você se sente para conversar com ela caso a mesma pergunte sobre a possível realização de fórcepe?

Marcar apenas uma oval.

- Tranquilo, explico para ela previamente a possível utilização se necessário
- Converso sobre a possibilidade de fórcepe mas com algum desconforto
- Converso sobre a possibilidade com bastante desconforto, indicando somente em situações imprescindíveis
- Não entro em detalhes sobre fórcepe e deixo para conversar apenas se necessário no dia
- Prefiro não responder/ Não sei

14. Durante a sua vida profissional, baseado em sua experiência, como você se sente em relação a aplicação de fórcepe?

Marcar apenas uma oval.

- Me considero totalmente despreparado para conduzir uma assistência com fórcepe
- Tenho algum conhecimento mas me sinto inseguro em realizar o fórcepe obstétrico na minha prática.
- Tenho algum conhecimento e me sinto relativamente seguro em aplicar o fórcepe obstétrico
- Tenho total tranquilidade na aplicação dos fórcepes obstétricos.
- Prefiro não responder/ Não sei

15. Quantos partos você realizou nos últimos 12 meses? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- 4 a 12
- 13 ou mais
- Prefiro não responder/ Não sei

16. Quantos fórcepes você realizou nos últimos 12 meses? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- até 3
- é 4 até 12
- 13 ou mais
- Prefiro não responder

Banalização da cesárea

The trivialization of cesarean section

Luiz Ferraz de Sampaio Neto,¹ Henri Augusto Korke,² João Francisco Farhat Kehdi¹

Existem procedimentos dentro da medicina cuja popularização excessiva se reveste de um novo problema que deve ser enfrentado. Um exemplo muito nítido disso é a epidemia de partos cesáreos que acontece no Brasil. Desde as últimas décadas do século passado, a proporção de finalização da gravidez através de partos cesáreos vinha aumentando. Chegamos a ocupar a incômoda posição de campeões mundiais em cesarianas!¹

Houve a necessária intervenção das autoridades em saúde que conseguiram reduzir a tendência de crescimento no número de cesáreas na primeira década desse milênio, mas com o advento da pandemia de COVID-19 percebeu-se que houve algum prejuízo nessa iniciativa, ocorrendo a retomada no incremento do número de cesáreas.

Braga *et al.*² afirmam que não podemos imputar esse novo aumento das cesáreas exclusivamente à situação dramática que vivemos com a pandemia de COVID-19; apontam também “a falta da cultura do trabalho em equipe multiprofissional na assistência ao parto, a escassez de oferta de analgesia farmacológica, indicações imprecisas para antecipação de parto por suspeita de comprometimento de vitalidade fetal e o subfinanciamento da assistência obstétrica, quer institucional, quer em relação aos profissionais que acompanham os partos”. Tudo isso - somado às dimensões continentais e às desigualdades de nosso país - explica, em parte, nossa situação obstétrica. Contudo, a perpetuação dessa prática determina uma retroalimentação do problema, pois uma cesárea anterior certamente será um fator adicional na indicação de uma nova cesárea.

O advento das novas tecnologias médicas na assistência aos partos cesáreos representa, com toda certeza, um avanço na assistência materno-infantil. Quando bem indicada é reconhecidamente cirurgia salvadora em determinadas circunstâncias. Porém um parto cesáreo, ou as cesáreas iterativas ou de repetição, se associa a maiores ocorrências de morbimortalidade materna.

São relatadas na literatura médica complicações imediatas e tardias especialmente para a parturiente, mas também para o concepto em maior proporção em partos cesáreos que em partos transvaginais. Existem, inclusive, condições médicas que antes eram raras e que se tornam mais frequentes e graves por causa das sequelas que as histerotomias determinam como, por exemplo, no grupo de distúrbios do espectro do acretismo placentário, que não raramente cursa para óbito materno.³

A banalização da cesariana, percebida como única alternativa para parto adequado, fez relegar ao esquecimento práticas obstétricas que igualmente podem ser salvadoras e tecnicamente mais apropriadas como, por exemplo, o uso de fórceps em partos com distocias de rotação em apresentações mais baixas.⁴

O presente número da Revista da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba traz dois estudos que se dedicaram a investigar consequências do elevado número de cesáreas em locais geograficamente e economicamente muito distintos de nosso país, como são os estados do Piauí e de Santa Catarina.

No artigo de Silva *et al.*,⁵ os autores procedem a análise quantitativa das indicações de partos cesáreos em todo o estado de Santa Catarina, procurando usar a Classificação de Robson para indicações de cesárea. A análise antecede o período da pandemia e foi constatada sutil redução na incidência de partos cesáreos, como ademais ocorria em outras partes do Brasil. Com relação às indicações para a cesárea, foram maiores entre mulheres nulíparas, com gestação única, apresentação cefálica, com mais de 37 semanas, precedida de indução ou anterior ao trabalho de parto (Grupo 2 de Robson) e mulheres com gestação única, apresentação cefálica e mais de 37 semanas com cesárea anterior (Grupo 5 de Robson). Ou seja, especialmente para o Grupo 2 será uma situação que, em uma nova gestação, a paciente será transportada para o Grupo 5 e, desse modo, se perpetuarão as cesáreas de repetição.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

²Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Luiz Ferraz de Sampaio Neto

PUC-SP/FCMS - Departamento de Medicina - Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil.

E-mail: lfssampaio@puccsp.br



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de fórceps na assistência ao parto vaginal: análise do uso durante a Residência Médica e na prática obstétrica pessoal.

Pesquisador: Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68034523.1.3001.5454

Instituição Proponente: CENTRO DE ESTUDOS DA MATERNID ESC DE V N CACHOEIRINHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.072.737

Apresentação do Projeto:

No Resumo os autores apresentam o projeto conforme texto a seguir:

"O uso de fórceps corresponde a alternativa técnica altamente efetiva quando bem indicada, contudo observamos progressiva redução na sua utilização, assim nos países da América Latina não há índices superiores a 1,0% dos partos em que se usa o fórceps. São apontados como motivos para o progressivo abandono do uso do fórceps a memória coletiva, incluindo a de gerações anteriores e os frequentes acidentes obstétricos; a banalização da cesariana, percebida como única alternativa para um parto adequado, ou mesmo como mais próximo da normalidade; a existência de más práticas frequentemente descritas em depoimentos encontrados na internet; o desenvolvimento do vácuo-extrator, cuja função é semelhante; as dificuldades do ensino de obstetrícia instrumental, aliadas às características mecânicas imperfeitas dos diferentes modelos de fórceps; e provavelmente, a falta de consenso na profissão sobre extração instrumental. A despeito desses motivos as Sociedades de Especialidade concordam que essa prática clínica tem seu papel na assistência aos partos vaginais reconhecendo o papel do fórceps na boa prática obstétrica em partos assistidos. Há algumas Instituições de ensino em obstetrícia que tradicionalmente estimulam o uso do fórceps. Interessou-nos conhecer como acontece a prática dos partos assistidos por fórceps em diferentes Serviços e, igualmente, como se comportam seus

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAO

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

egressos ao longo da vida profissional em obstetrícia. Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo, comparativo entre dois Serviços, sobre conhecimentos específicos relativos às indicações e de como usar o fórceps obstétrico, bem como sobre a frequência de sua prática. Serão aplicados questionários com o app Google Forms® para atuais residentes e para especialistas formados no período de 2010 a 2020 dos Serviços de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP em Sorocaba/SP e do Hospital "Dr. Mario Altenfelder" – Vila Nova Cachoeirinha de São Paulo/SP."

Fontes: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf e Projeto_Final.docx (p.8)

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Geral

Verificar qual é a frequência do uso de fórceps para assistência obstétrica de ex-residentes durante a sua fase de formação e na prática médica posterior.

Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento que os médicos especialistas e os residentes de tocoginecologia têm tanto para indicar, contraindicar e para usar o fórceps obstétrico.
- Quantificar o número de partos fórceps que o especialista em formação e o ex-residente participou durante sua residência médica.
- Investigar o número de partos fórceps que executou pessoalmente ou acompanhou nos últimos seis meses.
- Comparar os resultados em Serviço de Obstetrícia onde tradicionalmente se indica mais vezes o uso de fórceps com Serviço de Obstetrícia que não prioriza o parto assistido por fórceps."

Fontes: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf e Projeto_Final.docx (p.12)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Riscos em participar da pesquisa: não há riscos envolvidos nesta pesquisa, apenas o uso de cerca de 10 minutos para responder o questionário

Benefícios:

Benefícios em participar da pesquisa: ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para ampliar o entendimento relativo à prática de partos

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAO

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

fórceps em nosso meio."

Fonte: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de dissertação do Mestrado em Educação nas Profissões de Saúde cujo centro coordenador é a PUC-Sorocaba.

Está sendo apresentado um estudo observacional, transversal, descritivo, comparativo entre dois Serviços, sobre conhecimentos específicos relativos às indicações e de como usar o fórceps obstétrico, bem como sobre a frequência de sua prática.

PARTICIPANTES (CASUÍSTICA)

Residentes - Serão convidados a participar do estudo os atuais 24 residentes do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP (PUCSP) bem como os 45 residentes do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal Maternidade 'Dr. Mario de Moraes Altenfelder' (Hospital Vila Nova Cachoeirinha) de São Paulo (HVNC). A aceitação do TCLE (Anexo 1) será caracterizada pela continuidade de respostas do questionário.

3.2.2 Egressos - Serão convidados a participar do estudo os egressos dos programas PUCSP e HVNC que finalizaram seu programa de RM no intervalo de 2010 a 2020. Estima-se que a PUCSP tenha 80 ex-residentes e o HVNC tenha 150 ex-residentes no período selecionado. A aceitação do TCLE (Anexo 1) será caracterizada pela continuidade de respostas do questionário.

METODOLOGIA

Relação de atuais e dos ex-residentes – Através dos registros dos serviços de RM da PUCSP e do HVNC serão relacionados os atuais e os egressos desses programas no período de 2010 a 2020.

Questionário - Os questionários (Anexos 2 e 3) elaborados com o aplicativo Google Forms® especificamente dirigido aos participantes deste estudo, sobre seus conhecimentos prévios na indicação e uso de fórceps obstétrico. Os participantes serão divididos em dois grupos: médicos residentes atuais e ex-residentes. Teremos um questionário contendo conhecimentos específicos para médicos especialistas em formação e outro para especialistas já formados e atuando na

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAO

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvncep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

especialidade há alguns anos. Entre ambos os grupos (residentes atuais e egressos) também serão analisados os resultados dos dois serviços (PUCSP e HVNC).

3.4.3 Análise de resultados – As respostas serão captadas automaticamente pelo app Google Forms® em planilha excel para análise estatística efetuada aplicando o teste de Wilcoxon que é apropriado para comparações entre variáveis que tem duas categorias, como as amostras a serem comparadas correspondem aos mesmos grupos de indivíduos avaliados em Serviços diferentes, a forma pareada do teste será aplicada. Consideramos que houve diferenças significativas entre as categorias quando o p-valor do teste for inferior a 0,05.

RESULTADOS ESPERADOS:

Número de participantes

Atuais residentes – acreditamos que será possível obter a participação de todo o contingente de atuais residentes de ambos os programas, portanto estimamos em 69 respondentes.

Ex-residentes – considerando-se as dificuldades envolvidas na caracterização dos atuais endereços eletrônicos dos residentes egressos de ambos os programas, bem como a habitual baixa adesão em dedicar algum tempo para responder um questionário remoto, estimamos em até 10% o número de participantes. Isso permite chegarmos próximos a um pareamento de ambos os grupos.

Fonte: Projeto_Final.docx (p. 13-14)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados e empregados na presente análise os seguintes documentos principais:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf
- termo_de_autorizacao_institucional.pdf
- TCLE.pdf
- Projeto_Final.docx

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMA O

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Seguem as seguintes pendências para esclarecimentos:

Pendência 1 - Os autores esclarecem no arquivo Projeto_Final.docx (p. 13) que "A aceitação do TCLE (Anexo 1) será caracterizada pela continuidade de respostas do questionário.". Solicitamos que os autores apresentem o link ou prints das páginas do formulário elaborado no Google Forms para possibilitar a verificação completa do fluxo processo de consentimento-resposta ao questionário.

Pendência 2 - ainda em referência à necessidade de apresentação do formato final do questionário na plataforma de construção de formulários web, também consideramos necessário verificar se houve adição de ferramenta de obrigatoriedade nas respostas do questionário, o que violaria o direito a não responder alguma questão. Se essa ferramenta estiver ativada, é necessário incluir uma alternativa nas respostas denominada "prefiro não responder / não sei".

Pendência 3 - é necessário esclarecer que os autores garantem que o participante terá acesso à sua via do TCLE para consulta futura. Sugerimos que após as respostas do questionário uma cópia das respostas seja replicada para o participante por e-mail, o que é tecnicamente possível com a plataforma escolhida (Google Forms). Sendo o TCLE a primeira parte do questionário, o participante terá acesso posterior a ele, o que permitirá o contato futuro desse participante com os autores e os comitês de ética envolvidos. Nesse caso, o formulário coletará e-mails e caberá aos pesquisadores garantir o sigilo dessa informação pessoal que passará a constar da planilha automaticamente gerada pelo sistema.

Pendência 4 - sobre TCLE e item Riscos do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf: não há pesquisas com seres humanos isenta de riscos por completo. Riscos não são somente àqueles à dimensão física, mas também "psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente" (Resolução 510/2016), a depender do objeto do estudo e dos métodos empregados. Os autores devem prever os riscos envolvidos nas pesquisas que empregam informações pessoais coletadas em meios digitais, segundo o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (ex. item 1.2.1. "Caberá ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMA O

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvncep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação").

Pendência 5 - ainda sobre riscos: podemos prever riscos adicionais àqueles próprios do ambiente virtual como por ex. "mobilização emocional ou constrangimento mediados por perguntas que remetam o residente ou egresso à lembrança de situações desafiadoras ou traumáticas que eventualmente tenha tido durante a prática obstétrica em questão". Para mitigar tais riscos, os pesquisadores devem garantir que o participante tenha o direito de parar de responder ao questionário a qualquer momento se sentir qualquer desconforto emocional.

Pendência 6 - segundo o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS nos itens 2.2.3. ("Deve-se garantir ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada") e 2.2.4. O participante de pesquisa terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento. Sugerimos que na parte "Procedimentos aos quais será submetido(a)" do TCLE os autores mencionem, de modo superficial, os tópicos gerais de que tratará o questionário que lhe será posteriormente apresentado na íntegra.

Pendência 7 - incluir os dados deste Comitê de Ética em Pesquisa, juntamente com os dados do CEP da PUC-Sorocaba, quando o questionário for aplicado aos egressos do HMEC. Dados: Comitê de Ética em Pesquisa do HMEC – Avenida Deputado Emílio Carlos, 3100 – CEP: 02720-200 – Limão – Telefone: (11) 3986-1143 ou 1165 (segundas a sextas-feiras, das 9-16h) – E-mail: contato@cep-hmec.org .

Pendência 8 - citar no TCLE, início ou final do texto de convite, que "Essas informações estão de acordo com as Resoluções CNS 466/12 e 510/16".

Considerações Finais a critério do CEP:

ORIENTAÇÕES PARA A TRAMITAÇÃO DAS RESPOSTAS:

A – Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão do referido parecer. As

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAÓ

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvncep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA-RESPOSTA). Ressalta-se que DEVE HAVER RESPOSTA PARA CADA UMA DAS PENDÊNCIAS apontadas no parecer, OBEDECENDO A ORDENAÇÃO DESTA. Responder também às RECOMENDAÇÕES, caso presentes.

B – A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, a palavra e/ou trecho ao ser "colado" não deve sofrer alteração. O pesquisador deve declarar quais alterações efetuou ou não, justificando cada decisão acerca de cada pendência listada neste parecer. Favor inserir um arquivo em Outros com o título carta_resposta_hmec.

C – Além da carta resposta, cabe ao pesquisador alterar os documentos solicitados nos campos "Recomendações" e/ou "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" e esses documentos devem:

I - Enviar todos os arquivos solicitados com título sucedido por _v2, _v3, _v4... sucessivamente, a depender da versão em tramitação

II - Permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto;

III – Uma versão do(s) documento(s) com as alterações devidamente realçadas, podendo lançar mão de sublinhado, negrito, e/ou outra cor de fonte. Sugerimos alterar a cor da fonte do texto corrigido ou adicionado para o VERMELHO;

IV – Uma versão do documento incluindo as alterações sem destaque (versão limpa).

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, o CEP-HMEC manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão de seu parecer final. De acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e a Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer pela Conep. Após esse prazo, o protocolo será arquivado.

Para que o projeto possa ser analisado na próxima reunião ordinária do CEP o pesquisador deverá

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100
Bairro: LIMA O **CEP:** 02.720-200
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3986-1165 **Fax:** (11)3986-1058 **E-mail:** hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

estar atento aos prazos-limite para encaminhamento de correções que podem ser visualizados em https://www.cep-hmec.org/calendario_reunioes.

A equipe de coordenação e secretaria ficam à disposição para auxiliar no que for necessário.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121988.pdf	17/05/2023 19:09:44		Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_institucional.pdf	08/05/2023 13:43:27	Luiz Ferraz de Sampaio Neto	Aceito
Outros	Luiz.pdf	14/03/2023 16:53:33	Henri Augusto Korkes	Aceito
Outros	Curric.pdf	14/03/2023 16:52:00	Henri Augusto Korkes	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	14/03/2023 16:45:46	Henri Augusto Korkes	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_trabalho_Joao_Francisco_Kehdi.pdf	02/03/2023 15:56:06	Luiz Ferraz de Sampaio Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2023 18:26:29	Henri Augusto Korkes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.docx	25/01/2023 18:23:51	Henri Augusto Korkes	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Maio de 2023

Assinado por:
Renata Cereda Cordeiro
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAO

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br



HOSPITAL MUNICIPAL
MATERNIDADE-ESCOLA DR.
MÁRIO DE MORAES
ALTENFELDER SILVA



Continuação do Parecer: 6.072.737

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100

Bairro: LIMAO

CEP: 02.720-200

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3986-1165

Fax: (11)3986-1058

E-mail: hmvnccep@prefeitura.sp.gov.br