

QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
QUALITY AND SAFETY IN OBSTETRIC ASSISTANCE
CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA

Ingrid Alves Reis Neves¹, Margani Cadore Weis Maia², Débora Francisco do Canto³, Verusca Soares de Souza⁴, Michelle Dornelles Santarém⁵, João Lucas Campos de Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a literatura científica sobre qualidade e segurança na assistência obstétrica.

Método: revisão integrativa que seguiu as seis etapas metodológicas do referencial utilizado. Por meio das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, recrutaram-se 606 publicações, das quais, nove compuseram a síntese do conhecimento. **Resultados:** os estudos incluídos eram transversais/quantitativos (55,5%) e com nível de evidência VII (55,5%). As evidências foram sintetizadas em três eixos condutores: Comunicação interprofissional e trabalho em equipe na assistência obstétrica; Práticas intervenientes na assistência obstétrica (in)segura; e Ações para melhoria da qualidade e segurança na assistência obstétrica. **Conclusão:** apesar de falhas na comunicação e no trabalho em equipe, além de diversos riscos à segurança assistencial, evidenciados pelo modelo intervencionista no cuidado obstétrico, existem ações políticas, técnicas e comportamentais que alavancam a qualidade e a segurança na atenção materno-infantil. **Descritores:** Obstetrícia; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermagem obstétrica; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific literature on the quality and safety in obstetric care. **Method:** an integrative review using a six-step methodological framework was carried out. The Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature databases were searched, and 606 publications were retrieved, of which nine comprised the knowledge synthesis. **Results:** the included studies were cross-sectional/quantitative (55.5%) and with evidence level VII (55.5%). The evidence was synthesized in three guiding axes: Inter-professional communication and teamwork in obstetric care; Intervening practices in (un)safe obstetric care; and Actions to improve the quality and safety of obstetric care. **Conclusion:** despite failures in communication and teamwork in addition to several risks to care security evidenced by

the interventionist model in obstetric care, there are political, technical, and behavioral actions that leverage quality and safety in maternal and child care.

Descriptors: Obstetrics; Patient Safety; Quality of Health Care; Birthing Centers; Obstetric Nursing; Health Care Quality, Access and Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: analizar la literatura científica sobre calidad y seguridad en la atención obstétrica.

Método: se realizó una revisión integradora utilizando un marco metodológico de seis pasos. Se realizaron búsquedas en el Medical Literature Analysis and Retrieval System Online y en la base de datos Latin American and Caribbean Health Sciences Literature y se recuperaron 606 publicaciones, de las cuales nueve compuso la síntesis de conocimientos. **Resultados:** los estudios incluidos fueron transversales / cuantitativos (55,5%) y con nivel de evidencia VII (55,5%). La evidencia se sintetizó en tres ejes: Comunicación interprofesional y trabajo en equipo en la atención obstétrica; Prácticas de intervención en la atención obstétrica (no) segura; y Acciones para mejorar la calidad y seguridad de la atención obstétrica. **Conclusión:** a pesar de las fallas en la comunicación y el trabajo en equipo, además de varios riesgos para la seguridad del cuidado que evidencia el modelo intervencionista en la atención obstétrica, existen acciones políticas, técnicas y conductuales que apalancan la calidad y seguridad en la atención materno-infantil.

Descritores: Obstetricia; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Enfermería Obstétrica; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud.

¹Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim. São Paulo (SP), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0003-2557-7212>

²Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Faculdade de Enfermagem. Cuiabá (MT), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0002-5214-5960>

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. ³<https://orcid.org/0000-0001-9054-0876>

⁴Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Coxim (MS), Brasil. ⁴<https://orcid.org/0000-0003-3305-6812>

^{5,6}Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Escola de Enfermagem. Porto Alegre (RS), Brasil. ⁵<https://orcid.org/0000-0002-7046-7007> ⁶<https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Como citar este artigo

Neves IAR, Maia MCW, Do Canto DF, De Souza VS, Santarém MD, Oliveira, JLC. Qualidade e segurança na assistência obstétrica: revisão integrativa da literatura. Rev enferm UFPE on line. 2020;15:e245809 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809>

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde qualificada e segura permeia o direito ao cuidado humano digno em todos ciclos da vida e segmentos assistenciais, os quais evidenciam riscos de erros e eventos adversos em diferentes níveis. Na área obstétrica, a assistência ao parto mal conduzida contribui

para a morte de cerca de 285 mil mulheres ao ano no mundo e, no Brasil, ocorrem cerca de 60 mil eventos adversos em obstetrícia ao ano.¹

Mesmo com a ampla cobertura nos índices de assistência ao parto, o Brasil, ainda, registra altas taxas de mortalidade materna, calculada em 64,8/100 mil nascidos vivos.² Isso denota problemas na atenção materna e perinatal que, apesar da significativa cobertura oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm refletido resultados ainda com muitas lacunas, no que diz respeito à qualidade em diversos serviços de atenção materno-infantil.³⁻⁶

O modelo obstétrico contemporâneo praticado no Brasil apresenta proporção de partos realizados em hospitais superior a 98%, tendo, no ano de 2016, a taxa de partos cesáreos no setor público equivalente a 55,6%, contrapondo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de taxa máxima de 15%.⁷ Este padrão de assistência promove o emprego de intervenções de forma rotineira, como o uso de ocitocina, episiotomia, além das cesarianas, que deveriam ser executadas apenas em situações necessárias, devido ao risco associado e considerando as boas práticas pautadas na segurança e humanização.^{2,5}

Outro problema relacionado à qualidade da atenção obstétrica se refere à coexistência, de forma pouco integrada, do modelo de cuidado ao parto, sob a condução de enfermeiras obstetras e do modelo tradicional e intervencionista, sob a condução de médicos.⁸ Ademais, não há estratégias de garantia da continuidade do cuidado por paciente, e, portanto, a comunicação acerca da condição da mulher e do bebê é precária, o que tende a fragilizar a qualidade do modelo de atenção obstétrico.⁸

Em termos políticos, cumpre destacar que estratégias que objetivam a melhoria do cenário obstétrico nacional são efetivas.⁶ Acerca disso, em 2000, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando à adoção de medidas que garantissem melhorias no acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto, puerpério e neonatal de qualidade.⁹ Em 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal¹⁰ ampliou o enfoque nas metas estabelecidas pelo Pacto Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e, também, pelo Manual Técnico para Atenção Qualificada e Humanizada no Pré-natal e Puerpério.¹¹

Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou o manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade¹, com objetivo de reduzir os agravos relacionados ao processo reprodutivo e/ou ligados ao processo assistencial, incrementando segurança e humanização no cuidado, de modo a promover melhoria na segurança das pacientes e qualidade dos serviços. A partir das orientações nele contidas, os serviços de atenção materna e neonatal puderam organizar a construção de sistemas de segurança do paciente, visando à redução de erros e danos no processo assistencial materno-infantil.¹

A Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, consolidou-se como outra estratégia de avaliação da qualidade da assistência prestada durante o parto normal que trouxe a meta de analisar, de forma sistemática, a informação científica disponível relativa à prática assistencial ao parto e nascimento, além de estimular recomendações nos seguintes âmbitos: local de assistência ao parto; cuidados gerais durante o trabalho de alívio da dor no trabalho de parto; assistência no primeiro período do parto; atenção no segundo período do parto; auxílio no terceiro período do parto; cuidados maternos imediatamente após o parto; e assistência ao recém-nascido.¹²

Embora relevantes e necessárias as estratégias políticas e técnicas direcionadas aos profissionais e serviços da área obstétrica, sabe-se que o desafio de promover a atenção mais qualificada e segura é persistente.⁸ Inclusive, pelo modelo de atenção obstétrica no país, reconhecido como altamente intervencionista, considerando as elevadas taxas de parto cesárea - naturalmente mais expositora a riscos para a segurança -, ocupando o Brasil, junto com a Nicarágua, posição de destaque no *ranking* mundial acerca deste tipo de parto.¹³

Frente aos inegáveis riscos à segurança na atenção obstétrica e à necessidade de incrementar ações que viabilizem o cuidado mais qualificado e seguro, é indispensável a análise das evidências científicas disponíveis, já que isso pode significar forma condensada de conhecer melhores práticas e/ou constatar aquelas, *a priori*, consideradas indesejáveis. Assim, este estudo se baseou na pergunta: quais as evidências relacionadas à qualidade e segurança na assistência obstétrica referidas na literatura científica?

OBJETIVO

Analisar a literatura científica sobre qualidade e segurança na assistência obstétrica.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura, compreendido como método que busca a avaliação crítica e a síntese das evidências científicas disponíveis referente a determinado assunto/problema, cujo resultado final é a ampliação do estado atual do conhecimento acerca do tema investigado.¹⁴ Desta forma, este estudo seguiu as etapas propostas para revisão integrativa^{14,15}: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; estabelecimento das informações a serem retiradas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A busca do material científico ocorreu nas bases de dados, a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre agosto e novembro de 2019, por meio dos termos: Obstetrícia, Gestão da Qualidade, Segurança do paciente e Qualidade em Saúde e os respectivos em inglês, aplicando-se os operadores booleanos *AND* e *OR* para cruzamento, buscando esses termos nos títulos e resumos.

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se: artigos científicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos 2014 e 2019, já que, em 2013, ocorreu a promulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)¹⁶ e, em 2014, a publicação do Manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.¹ Selecionaram-se os artigos com o texto completo *on-line* gratuitamente e que apresentaram pelo menos um dos termos supracitados nos resumos e/ou nas palavras-chave. Posteriormente, leram-se os resumos dos artigos que não continham estes descritores como palavras-chave, mas que foram recrutados na busca. Artigos repetidos, teses, dissertações e/ou editoriais foram excluídos, além daqueles que não se vinculassem à pergunta de pesquisa.

O processo de seleção dos estudos foi ilustrado por meio do fluxograma contendo: Identificação - Seleção - Elegibilidade - Inclusão, em acordo ao modelo Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises, traduzido de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA).¹⁷

As informações dos artigos selecionados foram sumarizadas em quadro, contendo código do artigo (em numeral romano, definido aleatoriamente); autores e ano de publicação; periódico; objetivo(s); tipo de estudo; nível de evidência; principais resultados; e conclusões. Em seguida, a discussão dos achados foi sumarizada em eixos condutores da síntese do conhecimento.

O nível de evidência foi classificado conforme referencial prévio que classifica as evidências de I a VII, no qual: I) Evidência proveniente de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados; II) Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico ou aleatorização, controlado e bem delineado; III) Evidência obtida de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização; IV) Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controle ou coorte; V) Evidência proveniente de revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; VI) Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo; VII) Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos.¹⁸ Destaca-se que o estudo, de caráter secundário, não desrespeita os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A pesquisa recrutou 606 publicações, as quais, posteriormente à aplicação dos critérios de elegibilidade, resultou em nove artigos para análise (Figura 1).

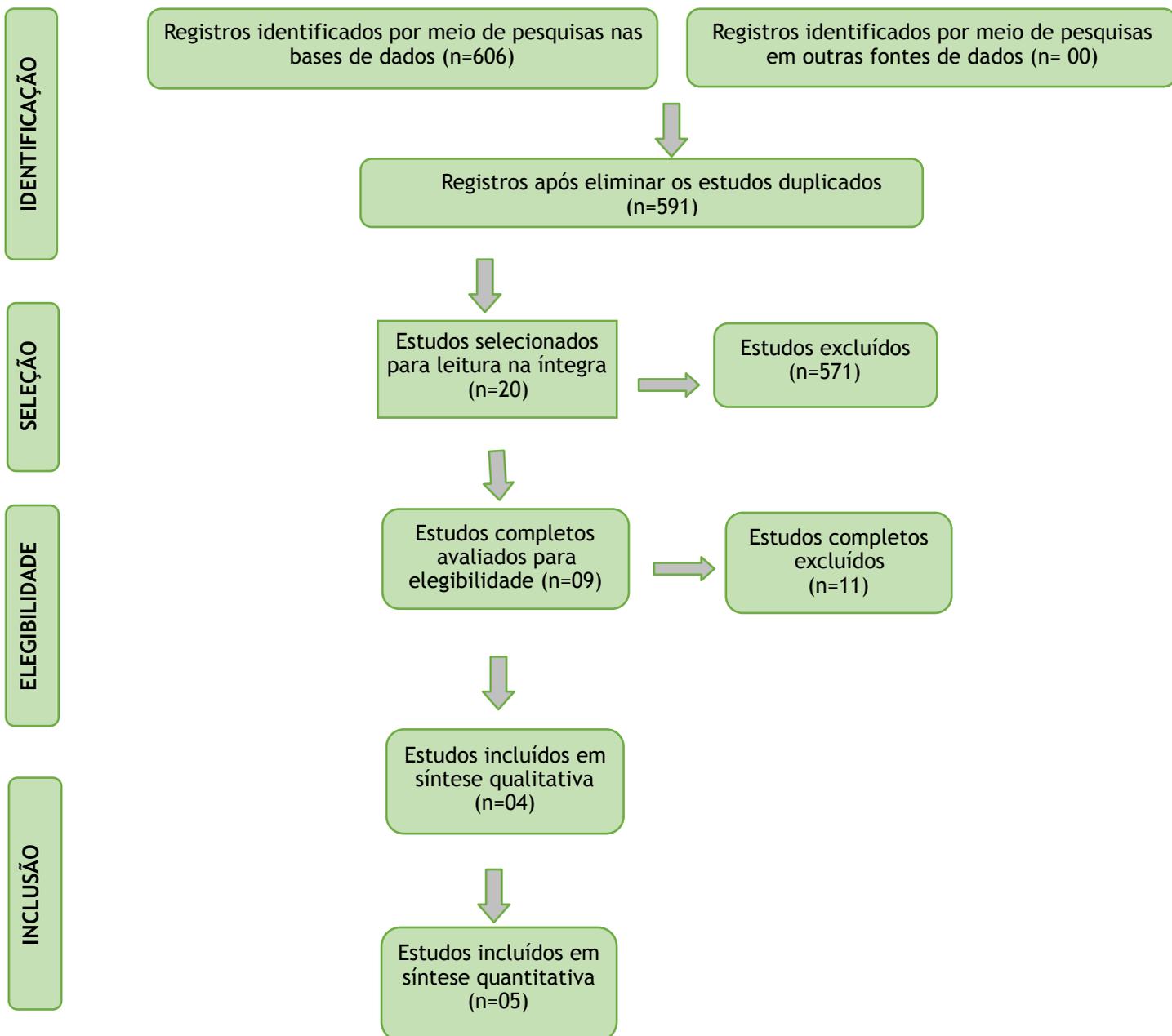


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos (PRISMA 2009). Brasil, 2019.

Após a etapa de seleção dos artigos, as informações foram agrupadas em quadro ilustrativo (Quadro 1), organizado em ordem crescente, por ano de publicação, bem como codificação aleatória em numerais romanos.

Códigos	Autores /Anos	Periódicos	Objetivos	Tipos de estudo	N.E*	Principais Resultados	Conclusões
---------	---------------	------------	-----------	-----------------	------	-----------------------	------------

I	Oliveira et al., 2015 ¹⁹	Rev Gaúcha Enferm.	Avaliar a assistência ao parto e ao nascimento em maternidades de risco habitual em uma capital do sul do Brasil	Pesquisa avaliativa, transversal retrospectiva e de abordagem quantitativa	VI	O padrão “acompanhante” não foi registrado em 83,3% dos prontuários; O padrão “partograma” esteve presente em 98,5% dos prontuários; O padrão “ausência de estímulos ao trabalho de parto” não foi atendido em 69% dos casos; com relação ao padrão “posição de parto não supina”, não foi encontrado registro em 99% dos prontuários; O padrão “contato pele a pele” foi registrado em 75,1% dos casos.	Apenas 0,2% dos prontuários contemplaram os cinco padrões de qualidade do Escore Bologna.
II	Marcolin, 2015 ²⁰	Rev Bras Ginecol Obstet.	Abordar caminhos para o redesenho do modelo de cuidado obstétrico	Comentário crítico	VII	Mudanças devem ser planejadas a partir da definição dos objetivos a serem alcançados; Identificação de prioridades, como procedimentos mais frequentes, situações com maior risco de complicações; Indicadores de estrutura, processo e resultado relacionados entre si para análise da qualidade.	Implementação de diretrizes clínicas baseadas em evidências é determinante na promoção da qualidade da assistência à saúde.
III	Padovani et al., 2018 ²¹	Rev Nursing	Identificar fatores que causam falhas no cuidado obstétrico e comprometem a segurança da gestante e do bebê	Revisão integrativa	V	Falhas na comunicação entre os membros da equipe, constituindo prenúncio de falhas no cuidado; Indução do parto antes de 39 semanas pode gerar hiper estimulação uterina, trabalho de parto desgastante e prolongado e aumento da mortalidade materna; Uso seletivo da episiotomia resultou em menos complicações e dor pós-parto; Práticas assistenciais contraditórias às recomendações da OMS, como tricotomia, enema e uso rotineiro da episiotomia.	Segurança na assistência obstétrica ligada a questões comportamentais, não fundamentadas em evidências científicas.
IV	Romão et al., 2018 ²²	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	Identificar a qualidade da assistência no parto normal, segundo Escore Bologna	Descritivo, quantitativo, transversal	VI	Aspectos: presença do acompanhante, uso do partograma e contato pele a pele apresentaram índices dentro das recomendações da Organização Mundial da Saúde, mas adoção de posições não supinas no parto e na prática da episiotomia tiveram índices muito superiores ao recomendado.	Aspectos importantes das recomendações da OMS e humanização foram atendidos, mas há necessidade de reavaliação das práticas dos profissionais na adoção de posições não supinas para o parto e critérios para realização de episiotomia.
V	Portela et al., 2018 ⁸	Cad Saúde Pública	Refletir sobre os desafios para a melhoria da qualidade no cuidado obstétrico	Projeto de pesquisa-intervenção	VII	Coexistência de modelos intervencionista e cuidado ao parto por enfermeiras obstetras; Falta de estratégias de continuidade do cuidado à gestante entre unidades primárias e maternidade.	Necessidade de investimento no trabalho em equipe multiprofissional e melhor definição de papéis; Importância de treinamentos centrados na melhoria da comunicação das equipes.

VI	Antony et al., 2018 ²³	BMJ - British Medical Journal	Examinar a eficácia das estratégias de melhoria da qualidade sobre os resultados de segurança do paciente em obstetria	Revisão literatura	I	A inserção de programas de segurança do paciente, envolvendo estratégias direcionadas aos sistemas de saúde e profissionais de saúde reduziram a ocorrência de eventos adversos em obstetria.	Ações direcionadas à educação dos profissionais de saúde podem melhorar a segurança de mulheres e recém-nascidos, durante o parto.
VII	Romijn et al., 2018 ²⁴	BMJ - British Medical Journal	Compreender como diferentes profissionais da assistência obstétrica avaliam a colaboração interprofissional	Estudo transversal quantitativo	VII	Múltiplas discrepâncias nas percepções mútuas da colaboração interprofissional entre obstetras, parteiras e enfermeiras.	Para obter colaboração interprofissional bem-sucedida, é preciso ampliar a identidade social dos profissionais para além da profissão, para identidade comum, baseada em equipe.
VIII	Epiu et al., 2018 ²⁵	Reproductive Health	Apontar potenciais para melhoria nos resultados de saúde materna e neonatal, pelo reforço nos cuidados perioperatórios.	Estudo transversal quantitativo	VII	Apenas 34,38% dos hospitais utilizaram o <i>checklist</i> de cirurgia segura da OMS; A falta de disponibilidade do <i>checklist</i> foi a razão dada para ausência na utilização.	Necessidade de intensificar o foco, nas metas de saúde internacional, com relação às discrepâncias em saúde, nos países de baixa renda, para avançar rumo à maternidade segura.
IX	Moraes et al., 2019 ²⁶	Cuidarte Enfermagem	Descrever os eventos adversos ocorridos na maternidade de um hospital-escola	Estudo transversal, descritivo e quantitativo	VII	89 eventos adversos relacionados a sete incidentes: trauma mamilar, falha na comunicação, falha na medicação, falha na identificação, queda, hemorragia e flebite.	Mesmo com a notificação de eventos adversos, há falta de indicadores recomendados pelo manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade, da ANVISA.
Legenda: *Nível de Evidência ¹⁸							

Quadro 1. Síntese dos artigos, segundo autores, anos de publicação, periódico, objetivos, tipos de estudo, níveis de evidência, principais resultados e conclusões. Brasil, 2019.

Após sucessivas leituras dos estudos selecionados e, diante da síntese da literatura prevista na revisão integrativa, realizou-se agrupamento do material, por meio da construção de três eixos condutores: Comunicação interprofissional e trabalho em equipe na assistência obstétrica; Práticas intervenientes na assistência obstétrica (in)segura; e Ações para melhoria da qualidade e segurança na assistência obstétrica. Tal síntese segue apresentada junto à discussão.

DISCUSSÃO

Comunicação interprofissional e trabalho em equipe na assistência obstétrica

Os estudos III²¹, V⁸ e VIII²⁵ apontaram a falta de comunicação interprofissional como agravante de falhas no trabalho em equipe. A ausência de comunicação, inexistência de interação multidisciplinar, presença de medo e receio de provocar conflitos são prenúncios de uma assistência insegura, inclusive no meio obstétrico.⁸

A coexistência pouco harmonizada de modelos de atenção obstétrica distintos, com práticas médicas excessivamente intervencionistas e de cuidado ao parto por enfermeiras obstetras, dificulta as estratégias de continuidade à gestante e, também, a comunicação entre médicos, enfermeiros e *midwives*.⁸

A falha na comunicação foi identificada como a principal causa (72%) de morte ou incapacidade perinatal em análise raiz de 47 casos. Na maioria dos casos, a falha na comunicação foi atribuída à cultura da organização, como na questão de hierarquia e no desenvolvimento do trabalho em equipe.²⁷

As diferenças entre as culturas profissionais podem se constituir barreira para colaboração interprofissional eficaz. Apesar das diferentes culturas profissionais em cuidados obstétricos serem bem conhecidas, pouco se sabe sobre discrepâncias nas percepções mútuas de colaboração.²⁴ Em equipes multidisciplinares, as ideias acerca das necessidades de assistência ao paciente e as percepções de colaboração entre os profissionais de assistência precisam estar alinhadas para garantir a segurança do paciente.²⁸

Pesquisa²⁴ codificada como estudo VII analisou as percepções acerca da colaboração interprofissional entre os profissionais da atenção obstétrica. Assim, concluiu que há discrepâncias relevantes nas mútuas percepções de colaboração, na assistência obstétrica na Holanda, onde o estudo foi realizado.²⁴

No estudo²⁶ de código IX, a comunicação foi apontada como responsável por 25,8% dos eventos adversos, como trauma mamilar, falha na comunicação, incorreção na medicação, inadequação na identificação, queda, hemorragia e flebite. As falhas neste aspecto envolveram desde falhas em prescrições com caligrafias ruins até documentações e transcrições incorretas.²⁶ Tal como traz o estudo²⁹ realizado em maternidade na Região Sul do Brasil, que apontou a necessidade da melhoria na comunicação nas trocas de plantões, na organização e nos registros nos prontuários, bem como na agilidade dos resultados de exames.

No trabalho em saúde, que se caracteriza por peculiaridades importantes, a execução de trabalho em equipe tem fundamental importância para a assistência adequada, uma vez que para proporcionar qualidade e eficiência no atendimento prestado, é imprescindível a concepção coletiva do trabalho, do qual se espera eficiência superior a alcançada por ações individualizadas estanques. O trabalho em equipe e a franca comunicação geram benefícios tanto para a equipe quanto para o público atendido, assim, a coesão no relacionamento interno da equipe proporciona ambiente de confiança e respeito mútuo, o qual influencia, positivamente, a segurança da assistência prestada,³⁰ inclusive a de ordem obstétrica.

Com relação à colaboração interprofissional, as avaliações do estudo VII foram satisfatórias. Entretanto, os obstetras classificaram a colaboração com parteiras clínicas, enfermeiras e parteiras de cuidados primários mais positivamente do que esses três grupos classificaram a colaboração com obstetras. A colaboração interprofissional entre parteiras clínicas, enfermeiras e parteiras da atenção primária indicou menos discrepâncias significativas.²⁴

As parteiras de atenção primária cuidam de mulheres de baixo risco. As mulheres são encaminhadas para um hospital, se os riscos à saúde materno-fetal forem altos ou se surgirem complicações durante a gravidez ou o parto. No hospital, os obstetras assumem a responsabilidade e os cuidados, em colaboração com enfermeiras e parteiras hospitalares, também chamadas parteiras clínicas.³¹ A organização desse sistema tem como consequência alta taxa de encaminhamento das mulheres entre os locais de atendimento, nos quais é imprescindível estreita colaboração e franca comunicação para transição do cuidado.²⁴

Característica comum está relacionada a uma percepção mais positiva dos médicos acerca da própria colaboração com os enfermeiros, em comparação com as percepções dos enfermeiros.³² Em outras palavras, conforme o estudo VII²⁴, os médicos apresentaram percepção mais otimista sobre a própria contribuição com outros membros da equipe, ao passo que os enfermeiros narraram esta contribuição como menos colaborativa.

Os profissionais da área da saúde precisam desenvolver a competência de comunicação e confiança, livres de percepções de inferioridade em relação a outra categoria profissional, de modo que possam dialogar com as diferentes áreas, em distintas situações que possam colocar em risco a segurança do paciente. No âmbito obstétrico, vislumbrou-se que posturas de comunicação franca, qualificada e de escuta ativa, além do trabalho em equipe, certamente podem repercutir em práticas de assistência consistentes e com favorecimento a qualidade do cuidado e segurança da mulher e do neonato.

Práticas intervenientes na assistência obstétrica (in)segura

Neste eixo, reuniram-se os estudos I¹⁹, II²¹, IV²², os quais mencionam práticas que interferem na qualidade e (in)segurança da assistência obstétrica. Entre tais práticas, constatou-se que as ações humanizadas na assistência ao parto influenciam, de forma significativa, a qualidade da evolução do parto e a saúde materna e perinatal, com consequente redução nas taxas de mortalidade e redução e otimização dos custos.²²

O estudo IV²² utilizou o Escore de Bologna para analisar a qualidade da assistência durante o trabalho de parto e parto. Neste instrumento de pontuação para avaliação do parto, utilizaram-se de cinco parâmetros: presença de um acompanhante no parto; uso do partograma; ausência de estimulação no trabalho de parto; parto na posição não supina; e contato pele a pele entre mãe e filho.^{22,33}

No estudo realizado com 82 puérperas, no setor de alojamento conjunto, de hospital do interior de Minas Gerais, Brasil, não se relataram casos em que a ausência de acompanhante ocorreu devido à recusa do hospital em respeitar esse direito, tendo o padrão de qualidade “presença de acompanhante” atingido 87% de conformidade.²² Considera-se este um achado

positivo, uma vez que a presença de acompanhante é uma das recomendações a respeito da humanização no parto e posta, portanto, como indicador de qualidade na atenção obstétrica.^{1,5}

Sobre o uso do partograma, observou-se a utilização deste recurso em 100% de prontuários analisados.²² Em contrapartida, na utilização de estímulos ao trabalho de parto, o emprego de episiotomia obteve frequência de 28%,²² o que contraria a OMS que recomenda que esta taxa não ultrapasse 10%, uma vez que não previne a ocorrência de laceração perineal mais grave e está ligada à insatisfação materna e dor no período puerperal, além do risco de infecção.³⁴

Com relação à posição de parto não supina, que influencia a progressão de um parto com menos distocias, observou-se ocorrência de 7%.²² Na categoria prática de contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, o estudo apresentou índice de 95%, indicando ponto favorável à qualidade do atendimento obstétrico²², inclusive superior à taxa constatada (51,6%) para a mesma medida em investigação realizada na Bahia, Brasil.⁵ Assim, a pesquisa atestou necessidade de avaliar a utilização da episiotomia, bem como a posição supina no parto, cujos índices apontaram evidentes espaços de melhorias.²²

O estudo I¹⁹, realizado em três maternidades que prestavam serviços ao SUS, pesquisou as gestantes de risco habitual vinculadas ao Programa Mãe Curitibana, no Paraná, Brasil. Nele, analisaram-se dados de 406 prontuários de puérperas atendidas no parto normal na maternidade, relativos às medidas do Escore de Bologna, constatando-se os seguintes resultados: a respeito da presença do acompanhante, não houve registro em 83,3% dos prontuários; o uso do partograma foi presente em 98,5% dos registros; não se atendeu o padrão ausência de estímulos ao trabalho de parto em 69% dos prontuários; não se identificou a posição não supina de parto em 99% dos prontuários; e na medida contato pele a pele, não se observou registro em 75,1% dos documentos analisados.¹⁹

A conclusão da pesquisa supracitada apontou baixas frequências referentes aos cinco padrões de qualidade do escore utilizado, o que sugere que as instituições não adotavam as práticas recomendadas e embasadas em evidências científicas na assistência ao parto e nascimento, relativos ao Escore de Bologna.¹⁹ Considerando resultados de outros estudos, cujas avaliações com o mesmo instrumento foram melhores,^{5,22} evidenciou-se a necessidade de proposição de estratégias avaliativas nos serviços de atenção obstétrica, como meio de racionalização da melhoria da qualidade da atenção. Apesar disso, vale relativizar que questões estruturais e de organização do trabalho tendem a ser intervenientes em resultados de avaliação da qualidade na atenção obstétrica,⁴ o que denota necessidade de olhar sistêmico sobre a matéria.

O estudo III²¹ apontou as seguintes práticas e condutas como intervenientes na assistência segura/insegura à saúde materna e perinatal: entrosamento da equipe na assistência; comunicação

da equipe com parturiente e familiares; promoção do contato pele a pele; clampeamento precoce do cordão umbilical; indução eletiva do trabalho de parto antes das 39 semanas completas de gestação; episiotomia de rotina; e aspiração imediata de vias aéreas do recém-nascido, quando necessário. Ante o exposto, a pesquisa indicou que mesmo com profissionais que defendem a humanização do parto, ainda persistem práticas que colocam em risco a segurança na atenção obstétrica.²²

Analisaram-se as práticas de enfermeiras obstétricas comparadas às práticas médicas, em estudo quantitativo,³⁵ descritivo e transversal, em hospital universitário do Mato Grosso, Brasil. Elas atuavam em unidade de pré-parto/parto/pós-parto e avaliou-se o bem-estar materno resultante desta assistência. As práticas de assistência avaliadas foram: uso de métodos não farmacológicos; uso de ocitocina; realização de amniotomia; posições de parto; episiotomia; clampeamento imediato do cordão umbilical; contato pele a pele mãe e filho; e estímulo à amamentação.³⁵

O estudo apontou os seguintes achados: uso de métodos não farmacológicos por 97,2% dos partos acompanhados por enfermeiras e 76,7% dos partos acompanhados por médicos, em que houve o uso de ocitocina em 30,8% das parturientes. Amniotomia foi identificada em 27,8% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras e em 50% dos partos acompanhados por médicos. Em relação às posições de parto, 100% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras ocorreram em posições verticais, enquanto nos partos acompanhados por médicos, 16,7% foram em posições horizontalizadas. A episiotomia não foi praticada nos partos acompanhados por enfermeiras obstetras e adotada em 8,3% dos partos acompanhados por médicos. O clampeamento imediato do cordão aconteceu em 5,6% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras e 35% dos partos assistidos por médicos. Contato pele a pele mãe e filho ocorreu em 88,9% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras e em 55% dos partos assistidos por médicos; e o estímulo à amamentação incidiu em 91,7% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras e 81,7% dos partos assistidos por médicos.³⁵

Frente aos resultados destacados no parágrafo anterior, a pesquisa concluiu que as práticas realizadas pelas enfermeiras obstetras estiveram pautadas em evidências científicas e recomendações ministeriais. Neste contexto, o enfermeiro desponta como profissional capacitado em oferecer cuidado humanizado ao parto e nascimento, bem como incentivar a autonomia e o protagonismo de mulheres no processo de parturição.³⁵

Em revisão sistemática³⁶ publicada na Biblioteca Cochrane, sugeriu-se que os modelos de assistência ao parto às mulheres de baixo risco com enfermeiras obstetras resultaram em menores índices de intervenção, redução nas taxas de episiotomia e parto instrumental, maior chance de parto espontâneo e maior sensação de controle pela parturiente. Observou-se, ainda, maior

oportunidade de as mulheres serem atendidas no início do aleitamento pelo mesmo profissional envolvido na assistência ao parto.³⁶

As políticas de assistência ao parto, tanto nacionais como internacionais, têm ressaltado a importância da atuação do enfermeiro obstetra na mudança do modelo de assistência.¹⁹ No contexto da qualidade e da segurança do paciente, este profissional é reconhecido como ator estratégico em programas/sistemas de gerenciamento da qualidade, além de advogar constantemente pela segurança do paciente.³⁷

Ações para melhoria da qualidade e segurança na assistência obstétrica

Os programas para melhoria da qualidade na assistência obstétrica e neonatal devem incluir indicadores de resultados da eficiência da assistência oferecida, indicadores de estrutura, processo e resultados, bem como relacioná-los entre si para obtenção de análise de qualidade sistêmica e coerente com a realidade.^{4,26}

Exemplo de indicador de estrutura é a disponibilidade de quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e como indicador de processo, quantas mulheres realizam parto nestes locais.^{1,26} Neste sentido, estudos^{29,38} encontraram que situações como a higienização frequente dos banheiros, maior número de leitos no centro obstétrico, melhores acomodações aos acompanhantes e identificação corretas das salas e leitos, são considerados importantes na experiência de internação para o parto, apresentando estreita relação com a satisfação das parturientes.^{29,38}

No que se refere ao indicador de resultado, tem-se que a taxa de cesariana é internacionalmente reconhecida como métrica de interesse à qualidade obstétrica.¹³

Um instrumento foi validado no Distrito Federal, Brasil³⁹, com a finalidade de verificar a adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto. Trata-se de uma escala no formato *Likert*, distribuída em 50 itens que se distribuem em três dimensões avaliativas: organização da rede de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento; práticas obstétricas baseadas em evidências científicas; e processos de trabalho em saúde.³⁹ É, portanto, uma possibilidade sistemática para aferição da qualidade e segurança da atenção obstétrica, o que corrobora os princípios elementares da gestão pela qualidade.³⁷

O estudo IX²⁶ analisou a qualidade e segurança na saúde materno-infantil, por meio da avaliação de 89 eventos notificados. Dentre as notificações de eventos adversos realizadas, obtiveram-se: trauma mamilar (30,3%); falha na comunicação (25,8%); erros de medicação (20,2%); inadequação na identificação (14,6%); queda (3,3%); hemorragia (3,3%); e flebite (2,2%).²⁶

Consideram-se eventos sentinela de ordem materna, pelo manual da ANVISA, Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade¹: morte materna; parto eletivo; apresentação pélvica não diagnosticada; distocia de ombro; readmissão materna não planejada dentro de 14

dias; parada cardiorrespiratória materna ressuscitada; início intra-hospitalar de antibióticos 24 horas ou mais após parto vaginal; remoção, lesão ou reparo não planejado de um órgão (incluindo histerectomia); hemorragia, necessitando de transfusão; eclampsia; retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção; lacerações perineais de 3º ou 4º graus; tromboembolismo venoso; ruptura uterina; complicações anestésicas; e admissão em UTI.

Outros aspectos da assistência obstétrica que podem se tornar indicadores dos serviços incluem: profilaxia de tromboembolismo venoso, uso apropriado de profilaxia antibiótica dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica em cesariana, uso intraparto de antibiótico para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B, incidência de episiotomia e recorrência de cesariana.¹

No estudo VIII²⁵, selecionaram-se 64 hospitais de Uganda, incluindo hospitais públicos e privados. Apenas 34,38% utilizavam o *checklist* de cirurgia segura da OMS na assistência obstétrica cirúrgica. O estudo não apontou diferença estatística significativa nos resultados de uso do *checklist* entre hospitais governamentais e privados. A carência de disponibilidade do *checklist* foi a principal razão dada para não utilização. Por fim, os autores afirmaram que é urgente disponibilizar e aderir às listas de verificação da OMS, a fim de que o fortalecimento da segurança na atenção perioperatória obstétrica seja vislumbrado.²⁵

A pesquisa canadense de código VI²³, realizada a partir de 10 estudos clínicos randomizados, acerca de iniciativas de segurança da paciente obstétrica, apontou que muitos deles tinham o componente de educação profissional que, combinada com outras estratégias, podem melhorar os resultados assistenciais. Destaca-se que este foi o estudo com maior nível de evidência (I) recrutado nesta revisão. Os demais estudos se concentram no nível de evidência VII (55%), o que indica, possivelmente, que ainda há amplo espaço para o desenvolvimento de estudos robustos acerca da qualidade e segurança na área obstétrica.

Corroborando o exposto anteriormente, o estudo III²¹ concluiu que a segurança na obstetrícia é permeada por aspectos comportamentais e saberes técnicos, os quais precisam ser embasados nas melhores evidências científicas.

Entre as ações de segurança obstétrica, destaca-se a necessidade de intensificar o foco nas metas de saúde internacional e discrepâncias em saúde dos países de baixa renda, para avançar rumo à maternidade segura, fortalecendo sistemas de saúde, projetando e implementando políticas locais e internacionais, a fim de alcançar a equidade nos cuidados de saúde materno-infantil.²⁵

O artigo de código II²⁰ menciona importante projeto brasileiro intitulado Parto Adequado, uma iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde (ANS), Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) americano, com suporte do Ministério da Saúde, com objetivo de gerar mudanças no modelo de atenção ao parto, por meio de práticas baseadas em

evidências, de modo a promover melhorias na qualidade e segurança da assistência, incentivando o parto normal e reduzindo cesarianas desnecessárias.²⁰

Em suma, o principal ponto forte de qualidade e segurança na atenção obstétrica verificado na busca literária realizada foi o incentivo crescente à participação do enfermeiro obstetra nas políticas públicas nacionais e internacionais de assistência ao parto, o que comumente é representado pela conformidade de padrões de qualidade e segurança assistenciais. Em contrapartida, em maior evidência, os pontos negativos para qualidade e segurança foram: falha na comunicação, aspectos comportamentais da equipe de saúde e excessivos procedimentos intervencionistas. O uso de indicadores e medidas que viabilizem ações concretas de melhoria parece despontar como estratégias profícuas para melhorias da qualidade e segurança obstétrica.

Evidenciou-se que, ainda, persiste constatação da assistência obstétrica caracterizada por um modelo de atenção destoante às propostas mundiais e nacionais para o parto humanizado e de acordo com os padrões de qualidade recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Assim, reforçam-se as estratégias mencionadas nos estudos para melhoria da qualidade e segurança na área, além do investimento em capacitação dos profissionais de saúde para incorporação de novas práticas baseadas em evidências e valorização de cada membro da equipe multidisciplinar.

A limitação mais evidente deste estudo foi a restrição idiomática e de recorte temporal estabelecido, além do número reduzido de bases de dados pesquisadas. No entanto, acredita-se que os resultados possam contribuir solidamente na valorização do tema qualidade e segurança na assistência obstétrica, especialmente por culminar com os princípios da prática baseada em evidências.

Cumprido destacar que há, ainda, amplo espaço para pesquisas com níveis de evidência mais elevados. A área de Enfermagem parece despontar na produção científica acerca da qualidade e segurança obstétrica, ao menos no que diz respeito ao contexto nacional. Isso reforça a posição do enfermeiro como ator estratégico no planejamento e na gestão de ações de qualidade e segurança, as quais, na área obstétrica, devem permear práticas que promovam mudanças no modelo assistencial em direção às propostas nacionais e mundiais para o parto humanizado, incorporando paralelamente os princípios de qualidade e segurança.

CONCLUSÃO

Apesar de inadequações na comunicação e no trabalho em equipe, além de riscos evidentes à segurança assistencial, ilustrados principalmente pelo modelo intervencionista no cuidado materno-infantil, existem ações políticas, técnico-instrumentais e comportamentais que tendem a alavancar

para racionalidade da assistência rumo às melhorias na qualidade e segurança na atenção obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade [Internet]. Brasília: ANVISA; 2014 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde, DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). 2011 [cited 2020 May 6]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>
3. Silva ALA da, Mendes A da CG, Miranda GMD, Souza WV de. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. Cad. Saúde Pública [Internet]. Dec 2017 [cited 2020 May 12]; 33(12): e00175116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00175116>
4. Carvalho EMP de, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. June 2019 [cited 2020 May 12]; 24(6): 2135-2145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>
5. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Rev enferm UERJ [Internet]. Dec 2017 [cited 2020 May 12]; 25(1): 26442. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442>
6. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A., Thomaz EBAF et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]; 35(7): e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017: Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Diário Oficial União. 20/02/2017; Seção 1:37. [cited 2020 May 12]. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=20/02/2017&pagina=37>.
8. Portela MC, Reis LC da C, Martins M, Rodrigues JL da S de Q, Lima SML. Obstetric care: challenges for quality improvement. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 May 12]; 34(5): e00072818. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00072818>

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. nº 110-E, de 8 de junho de 2000; Seção 1:4-6. [cited 2020 May 12]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.htm
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2005 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada [Internet]. Brasília; 2005. [cited 2020 May 13]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-238>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 May 12]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
13. Batista Filho M, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. Mar 2018 [cited 2020 May 12];18(1):3-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>
14. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa da literatura: um método de pesquisa para incorporar evidências nos cuidados de saúde e enfermagem. Texto contexto-enferm. [Internet]. Oct/Dec 2008 [cited 2020 May 12]; 17(4): 758-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
15. Whittmore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. [Internet]. Dec 2005 [cited 2020 May 14]; 52(5):546-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2020 May 13]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
17. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. June 2015 [cited 2020 May 13]; 24(2): 335-342. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

18. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs.* [Internet]. May 2010 [cited 2020 May 13];110(5): 41-7. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e)
19. Oliveira FAM de, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 14]; 36(spe):177-184. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>.
20. Marcolin AC. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 13]; 37(10): 441-445. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005472>.
21. Padovani C, Frutos da Silva JP, Dantas LS, Rissardo LK, Antunes, MB, Pelloso SM. Determinantes da assistência materno-infantil segura a luz de evidências científicas: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. Dec 2018 [cited 2020 May 14];21 (247): 2524-30. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg78.pdf>
22. Romão RS, Fuzissaki M de A, Prudêncio OS, Freitas, EAM de. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 13];8:e2907. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2907>
23. Antony J, Zarin W, Pham Ba', Nincic V, Cardoso R, D Ivory J, et al. Patient safety initiatives in obstetrics: a rapid review. *BMJ Open.* [Internet] July 2018. [cited 2020 May 13]; 6;8(7): e020170. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020170
24. Romijn A, Teunissen PW, de Bruijne MC, Wagner C, de Groot CJM. Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned? *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 13]; 27 (4):279-286. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401>
25. Epiu I, Byamugisha J, Kwikiriza A, Autry MA. Health and sustainable development; strengthening peri-operative care in low income countries to improve maternal and neonatal outcomes. *Reproductive Health* [Internet]. Oct 2018 [cited 2020 May 13]; 15(1):168. DOI: [10.1186/s12978-018-0604-6](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0604-6)
26. Moraes AI de S, Santos VL dos, Paes LBO, Parro, MC. Qualidade e segurança na área da saúde materno-infantil: avaliação de eventos adversos. *CuidArte, Enferm* [Internet]. Jan/June 2019. [cited 2020 May 13]; 13(1): 32-37. Available from: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v1/32.pdf>

27. The Joint Commission Sentinel event alert: Preventing infant death and injury during delivery. *Sentin. Alert.* [Internet]. July 2004 [cited 2020 May 13]; 30:1-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270026>.
28. M Leonard, S. Graham, S. Bonacum. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 2004 [cited 2020 May 13]; 13(1):i85-i90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
29. Félix, R. dos S.; Filippin, N. T. Segurança do paciente na perspectiva de gestantes e puérperas. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. Jan 2019 [cited 2020 May 13]; 13(1): 96-104. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a236349p96-104-2019>
30. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 13]; 40(esp):e20180308. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
31. Amelink-Verburg MP, Buitendijk SE. Pregnancy and Labour in the Dutch Maternity Care System: What Is Normal? The Role Division Between Midwives and Obstetricians. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. May/June 2010 [cited 2020 May 13]; 55 (3):216-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.01.001>
32. Wauben LSGL, Dekker-van Doorn CM, Van Wijngaarden JDH, Goossens RHM, Huijsman R, Klein J. et al. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *Int J Qual Health Care* [internet]. Jan 2011 [cited 2020 May 13]; 23(2): 159-166. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq079>
33. Chalmers B, Porter R. Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. *Birth* [internet]. Mar 2001 [cited 2020 May 14]; 28:79-83. DOI: [10.1046/j.1523-536X.2001.00079.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00079.x)
34. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático de saúde materna e neonatal. 1996 [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=95b106d7-940a-40a6-bbd1-8dd821be0491>
35. Alvares AS, Corrêa AC de P, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 14]; 71(6):2620-2627. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>
36. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* [internet]. Oct 2010 [cited 2020 May 14]; 38 (10). Available

from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf

37. Oliveira JLC, Hayakawa LY, Versa, GLGS, Padilha EF, Marcon SS, Matsuda LM. Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. Rev baiana enferm. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 15]; 31(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17394>
38. Riegert IT, Correia MB, Andrade ÂRL de, Rocha FNP da S, Lopes LGF, Viana AP de AL, et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. Rev. enferm. UFPE on line. [internet]. Nov 2018 [cited 2020 May 15]; 12(11):2986-93. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236863p2986-2993-2018>
39. Carvalho EMP de, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet]. 2015 [cited 2020 May 14]; 49(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>

Correspondência

Margani Cadore Weis Maia. Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367. Cuiabá - MT. CEP: 78068-600. E-mail: margani_ufmt@yahoo.com.br

Submissão: 20/05/2020

Aceito: 10/03/2021

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.