

## Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade

Obstetric care: challenges for quality improvement

Atención obstétrica: desafíos para la mejora de la calidad

Margareth Crisóstomo Portela <sup>1</sup>  
Lenice Gnocchi da Costa Reis <sup>1</sup>  
Mônica Martins <sup>1</sup>  
Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues <sup>1</sup>  
Sheyla Maria Lemos Lima <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00072818

A condução de um projeto de pesquisa-intervenção voltado para a melhoria do cuidado obstétrico em maternidades públicas de uma grande cidade brasileira entre 2015 e 2017, em que buscamos entender o contexto para a implementação da intervenção, é o ponto de partida das nossas considerações. Baseamo-nos em interações com gestores do nível central da secretaria de saúde e das maternidades e, principalmente, em entrevistas que realizamos com gestores, médicos, enfermeiros e puérperas primíparas nas maternidades.

As unidades envolvidas gozavam de condições estruturais percebidas, no momento do estudo, como adequadas, estando todas aderidas à Política Nacional de Humanização do Parto, com a realização de partos por enfermeiras e médicos obstetras <sup>1</sup>. Todas seguem as diretrizes do Ministério da Saúde no sentido da redução de intervenções obstétricas e aumento do uso de práticas baseadas em evidência para a condução do trabalho de parto e parto em gestantes de baixo risco <sup>1,2</sup>. São maternidades com taxas de cesarianas entre 30 e 35%, inferiores à média nacional do setor público de 43%, e quase metade da elevadíssima média do setor privado de 88% <sup>3</sup>.

Sem pretender fazer generalizações, acreditamos que as questões e reflexões aqui levantadas podem contribuir para o enfrentamento de problemas hoje presentes na atenção ao parto no país, e para a melhoria da sua qualidade.

Um aspecto a merecer atenção refere-se à coexistência, de forma pouco integrada, do modelo de cuidado ao parto sob a condução de enfermeiras obstetras e do modelo mais tradicional e intervencionista, sob a condução de médicos obstetras. Há clara disputa de poder e tensão corporativa, o que compromete a sua desejável complementariedade. Parece haver, por vezes, uma desconfiança mútua entre médicos e enfermeiras, dificultando ações oportunas em situações em que o parto inicialmente avaliado como de baixo risco evolui para um quadro de maior risco, e a intervenção médica se faz necessária. Médicos alegam ser chamados tardiamente e com frequência apontam a responsabilidade civil que sobre eles recai. Enfermeiras queixam-se da demora dos médicos quando chamados. Pode ser que a demarcação precisa de papéis seja difícil e, por isto, exija de cada profissional maior tolerância em lidar com situações ambíguas, sem perder de vista a prontidão, a qualidade do cuidado e segurança das pacientes e de seus bebês. A centralidade do cuidado no paciente precisa ser a pedra angular dos profissionais em atendimento, fazendo o trabalho em equipe se impor <sup>4</sup>.

No Brasil, os esforços voltados à reversão do quadro que se estabeleceu de elevado uso de intervenções desnecessárias basearam-se especialmente em evidências oriundas do Reino Unido,

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

### Correspondência

M. C. Portela  
Departamento Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 724, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.  
mportela@ensp.fiocruz.br



indicando que o cuidado provido por *midwives* – profissionais com formação de nível superior específica – reduz o uso de intervenções obstétricas sem aumentar o risco clínico para as mulheres e seus bebês <sup>5,6</sup>. No modelo britânico, *midwives* e médicos obstetras têm papéis bem-definidos, sendo as primeiras responsáveis por cuidar de mulheres e bebês durante a gestação normal, parto e depois do nascimento, e os últimos envolvidos quando há complicações; cerca de 75% dos nascimentos no Reino Unido são assistidos por *midwife* <sup>7</sup>. No Brasil, entre 2011 e 2012, enfermeiras realizaram aproximadamente 16,2% dos partos vaginais, com uso significativamente maior de práticas tais com dieta *ad libitum*, mobilidade durante o trabalho de parto, uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor e aplicação do partograma, e uso menor de intervenções tais como anestesia, posição litotômica, pressão do fundo uterino e episiotomia <sup>8</sup>.

Há ainda um longo caminho para que o modelo de atenção aos partos de baixo risco, calcado em enfermeiras obstetras, seja tão amplamente legitimado quanto o modelo que o inspirou. Características e condições contextuais diferentes explicam, pelo menos em parte, dificuldades observadas.

O déficit de enfermeiras adequadamente habilitadas para o exercício da obstetrícia certamente ainda é um problema, que se amplia frente ao papel que talvez também deveriam desempenhar na cobertura do pré-natal. Nas entrevistas que realizamos, foram frequentes as referências à má qualidade do pré-natal e ao despreparo de enfermeiras generalistas responsáveis por realizá-lo.

A capacidade de acionamento e atuação da equipe multiprofissional, constituída minimamente por enfermeira e médico obstetra e anesthesiologista, em situações críticas, também se mostra comprometida por aspectos que variam desde a desconfiança até a existência de linhas hierárquicas totalmente paralelas de médicos e de enfermeiras.

O papel desempenhado pela *midwife* na coordenação de toda a linha de cuidado à gestante no pré-natal, parto e puerpério, não encontra correspondência no Brasil. À *midwife* cabe a responsabilidade de acompanhar a mulher com gestação classificada como de baixo risco, assim como acionar a equipe médica, caso avalie a necessidade de cuidado de maior complexidade. O papel de coordenação do cuidado é central para a garantia de sua continuidade e, no âmbito do sistema de saúde, este não pode ser designado ao médico obstetra, um recurso mais escasso e caro, com habilidades mais moldadas para a atuação em situações que escapam à normalidade.

Apesar dos esforços no sentido de maior aproximação entre unidades primárias de saúde que proveem o cuidado pré-natal e as maternidades de referência, incluindo visitas das gestantes às maternidades antes do parto, não há estratégias de garantia da continuidade do cuidado por paciente. A comunicação acerca da condição da mulher e do bebê é precária. O cartão da gestante frequentemente informa muito pouco, e quando informa, sobre a presença de condições que requerem atenção especial, não documenta medidas adotadas para o seu controle.

Não se pode desprezar a resistência na classe médica, e na própria sociedade, em relação ao parto assistido por enfermeiras, nem uma cultura de “normalização” de intervenções. Suplantar esses problemas não passa meramente pelo caminho normativo. Envolve redistribuição de poder, construção de relações de confiança para o trabalho multiprofissional e entre profissionais de saúde e pacientes e, ainda, a introjeção de que o uso de intervenções desnecessárias pode, de fato, gerar um balanço desfavorável entre riscos e benefícios. Já há movimentos na sociedade no sentido de maior busca pelo parto normal. Em todas as maternidades ouvimos relatos da existência de uma proporção de pacientes da classe média que buscou exatamente a possibilidade do parto normal, dada a dificuldade de encontrar médicos no setor privado dispostos a realizá-lo. De qualquer forma, seja em que sentido for, a mulher deve ser informada e ter garantido o seu direito de participar de decisões sobre o seu cuidado.

As puérperas nos trouxeram elementos sobre o quão distante ainda estamos da provisão de um cuidado centrado na paciente. As mulheres percebem inconsistências nas informações transmitidas por diferentes membros da equipe de saúde, o que explicita as falhas de comunicação e redundância em insegurança. Apontam que o direito ao acompanhante na maternidade ainda é comprometido em algumas situações, dentre as quais a inadequação de espaço físico. E revelam o quanto o manejo da dor é um elemento importante para uma boa experiência no parto, ratificando a aplicação de alternativas não farmacológicas, mas também colocando a necessidade de maior disponibilização de agentes anestésicos e anesthesiologistas.

Alguns temas precisam ser debatidos para que sejam desenhadas as intervenções capazes de modificar o cenário atual.

Papéis atribuídos a lideranças e a profissionais de saúde envolvidos na prestação do cuidado no pré-natal, parto e puerpério precisam ser mais claramente definidos, não se perdendo de vista a necessidade de facilitar a coordenação e continuidade do cuidado, de forma individualizada e atenta no nível de risco observado. O investimento no trabalho em equipe multiprofissional é fundamental. Em médio e longo prazo cabem mudanças na formação universitária que propiciem o trabalho multiprofissional, com ênfase em habilidades técnicas, mas também relacionais/sociais. Em curto prazo devem ser realizados treinamentos regulares centrados na melhoria da comunicação nas equipes e simulações realísticas de situações clínicas críticas. Adicionalmente, a promoção de comunicação mais estruturada que, de fato, facilite a detecção de problemas e a aplicação de intervenções oportunas, é um aspecto importante a ser perseguido.

Para além da necessidade de manutenção de estruturas adequadas, o cenário ilustra a complexidade e lastro das intervenções necessárias às mudanças que garantam a prestação de um cuidado obstétrico seguro, centrado no paciente, efetivo e equânime no contexto de uma metrópole brasileira. Adicionalmente, pontua o quão mais desafiador é pensar na melhoria da qualidade no âmbito de realidades brasileiras regionais e locais tão dispares e desiguais.

## Colaboradores

M. C. Portela, L. G. C. Reis, M. Martins e S. M. L. Lima contribuíram no desenho e realização do estudo, e redação do manuscrito. J. L. S. Q. Rodrigues colaborou na realização do estudo com puérperas e redação do manuscrito.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde/Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio financeiro para a realização do estudo no qual estão baseadas as questões levantadas.

1. Ministério da Saúde; Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos HumanizaSUS, 4).
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S17-47.
4. Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28:w555-65.
5. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343:d7400.
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (4):CD004667.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
8. Gama SG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13 Suppl 3:123.

Recebido em 11/Abr/2018  
Aprovado em 16/Abr/2018