

O papel do gestor obstetra nos riscos da assistência ao parto normal.

The role of the obstetric manager in the risks of normal birth care.

Autor Arnaldo Ferreira Pereira¹

Orientadora : Andreza Barbosa Silva Cavalcanti²

Victor Emanuel Ferreira Gonçalves³

Daniel Firmino dos Santos Junior⁴

Fredielma Alexsandra Santos de Souza⁵

José Wanderson Carvalho Noronha⁶

Eliade Ferreira Almeida⁷

Cira Cardoso Freitas⁸

Brigida Daiane Teodoro⁹

Resumo

O papel da equipe de enfermagem obstétrica na gestão do parto normal integra um modelo assistencial voltado à promoção da autonomia feminina e à redução de intervenções desnecessárias no processo de nascimento. Este estudo analisa a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto fisiológico, identificando suas práticas de cuidado, o arcabouço normativo regulatório e os principais entraves institucionais vivenciados no ambiente hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa e caráter descritivo, orientada pela estratégia PICO e desenvolvida mediante consulta às bases

¹ Enfermeiro pela UNIP - Juazeiro do Norte. Cursando mestrado internacional em ciências da saúde pela ENBER UNIVERSITY. E-mail: Arnaldoferreira252@gmail.com

² Graduada em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba.

³ Medicina / Universidade São Francisco. E-mail: victoremanuel3536@gmail.com

⁴ Cursando Medicina pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE. E-mail: Firmaspower@gmail.com

⁵ Formação: Esp. em Estomatoterapia pela Universidade Estadual do Cariri. E-mail: fredielma20015@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: wanderson20noronha@gmail.com

⁷ Formação: Mestre em Controle de Infecção pela USP. E-mail: lorak.buffet@hotmail.com

⁸ Doutoranda pela USP, Mestrado pela UFSCar e enfermeira obstetra pelo Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: ciraobstetra@gmail.com

⁹ Enfermagem. Faculdade Anhanguera. E-mail: brigidadaiane1994@gmail.com

SciELO, BDENF e LILACS, além de documentos do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Enfermagem e Organização Mundial da Saúde, totalizando 15 fontes submetidas à análise temático-categorial. Os resultados indicam que o enfermeiro obstetra emprega tecnologias não invasivas de cuidado, como deambulação, massagens e métodos não farmacológicos de alívio da dor, redefinindo o protagonismo da mulher. Evidencia-se respaldo legal consolidado pelo Decreto nº 94.406/87, pela Resolução COFEN nº 0477/2015 e pela Lei nº 11.108/2005. Contudo, persistem barreiras institucionais representadas pela sobrecarga de trabalho, infraestrutura física deficiente e resistência de equipes sob o modelo biomédico intervencionista. Conclui-se que a gestão do parto normal pela enfermagem obstétrica consolida um cuidado humanizado e seguro, exigindo investimentos contínuos em infraestrutura hospitalar e capacitação multiprofissional.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Parto humanizado. Parto normal. Humanização do parto.

Abstract

The role of the obstetric nursing team in managing normal labor integrates a care model aimed at promoting female autonomy and reducing unnecessary interventions during the birth process. This study analyzes the obstetric nurse's performance in assisting physiological childbirth, identifying their care practices, the regulatory framework, and the main institutional barriers experienced in the hospital environment. This is an integrative literature review with a qualitative and descriptive approach, guided by the PICO strategy and developed through searches in the SciELO, BDENF, and LILACS databases, alongside documents from the Ministry of Health, the Federal Nursing Council, and the World Health Organization, totaling 15 sources subjected to thematic-categorical analysis. The results indicate that the obstetric nurse employs non-invasive care technologies, such as ambulation, massage, and non-pharmacological methods for pain relief, redefining women's protagonism. Consolidated legal support is evidenced by Decree No. 94,406/87, COFEN Resolution No. 0477/2015, and Law No. 11,108/2005. However, institutional barriers persist, represented by work overload, deficient physical infrastructure, and resistance from teams adhering to the interventionist biomedical model. It is concluded that the management of normal labor by obstetric nursing consolidates humanized and safe care, requiring continuous investments in hospital infrastructure and multidisciplinary training.

Keywords: Obstetric nursing. Humanized childbirth. Normal childbirth. Childbirth humanization.

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e ao nascimento passou por profundas transformações ao longo das últimas décadas em âmbito global e nacional. O modelo de atenção obstétrica no Brasil, historicamente centrado na hospitalização excessiva e na medicação do parto fisiológico, consolidou uma cultura assistencial fortemente pautada em intervenções rotineiras e cirúrgicas. Essa trajetória culminou em taxas alarmantes de cesarianas e em elevados índices

de procedimentos invasivos desnecessários durante o trabalho de parto de risco habitual (LEAL et al., 2014).

Paralelamente às transformações do modelo assistencial, a segurança do paciente estabeleceu-se como um pilar prioritário da qualidade dos serviços de saúde no século XXI. A prevenção de danos evitáveis e a gestão de riscos em ambientes hospitalares tornaram-se exigências prementes, sobretudo em setores de alta rotatividade e imprevisibilidade como os centros obstétricos e as maternidades.

No contexto da assistência ao parto normal, a segurança do paciente assume especificidades críticas, pois envolve simultaneamente a integridade física e emocional de duas vidas: a mãe e o recém-nascido. Eventos adversos nesse setor decorrentes de falhas de monitoramento, uso inadequado de medicações uterotônicas ou intervenções desnecessárias podem desencadear complicações graves, como hemorragia pós-parto, sofrimento fetal agudo e asfixia neonatal.

Diante dessa complexidade, a figura do gestor de saúde surge como o elemento central na articulação entre os objetivos institucionais e a prática clínica. Cabe ao gestor a responsabilidade de prover infraestrutura adequada, estabelecer fluxos assistenciais seguros, promover o dimensionamento adequado da equipe multiprofissional e fomentar uma cultura organizacional pautada na gestão contínua de riscos.

Em estreita sinergia com a gestão, o médico obstetra desempenha um papel determinante na governança clínica e no direcionamento da equipe. Enquanto condutor de decisões decisivas diante de intercorrências, o obstetra deve pautar sua conduta pelo rigor ético e científico, superando práticas empíricas antigas em prol de protocolos atualizados de segurança e prevenção de agravos.

A consolidação de protocolos clínicos direcionados à segurança do paciente representa uma das ferramentas mais eficazes para mitigar os riscos na assistência ao parto normal. A padronização de rotinas como o uso correto do partograma, a restrição da episiotomia de rotina e o monitoramento rigoroso dos batimentos cardíacos fetais funciona como um mecanismo de proteção contínua contra a ocorrência de erros assistenciais (BRASIL, 2016).

A eficácia dos protocolos de segurança amplia-se significativamente quando associada ao fortalecimento da equipe multiprofissional. A inserção e a atuação autônoma das enfermeiras obstétricas no acompanhamento do parto de risco habitual, em cooperação com a equipe médica, constituem estratégias consolidadas para a redução do intervencionismo e a melhoria dos indicadores de satisfação e segurança (ALVES et al., 2019; FREIRE et al., 2017; MACIEL; DORNFELD, 2019).

A relevância teórica deste estudo fundamenta-se na necessidade de aprofundar o debate sobre como a gestão e a prática médica podem atuar preventivamente frente aos riscos obstétricos. A literatura nacional e internacional aponta que a maioria dos eventos adversos ocorridos em salas de parto é passível de prevenção por meio de estratégias bem estruturadas de governança clínica e alinhamento assistencial (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Do ponto de vista prático e social, analisar o papel do gestor e do obstetra sob a ótica da gestão de riscos contribui diretamente para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a oferta de um cuidado digno e seguro às mulheres e aos recém-nascidos. A promoção de um ambiente seguro minimiza sequelas físicas e psicológicas, além de otimizar os recursos do sistema de saúde.

Apesar dos avanços normativos e da divulgação de diretrizes nacionais e internacionais, observa-se que muitas instituições ainda enfrentam dificuldades na implementação efetiva dos protocolos de segurança. Persistem taxas elevadas de intervenções desnecessárias, falhas no preenchimento de instrumentos de acompanhamento do trabalho de parto e fragilidades na comunicação interpessoal entre os membros da equipe de saúde (GAMA et al., 2016).

Essa lacuna entre as recomendações científicas e a prática cotidiana nos centros obstétricos perpetua a vulnerabilidade das gestantes a eventos adversos evitáveis. O hiato assistencial evidencia a urgência de compreender como a articulação entre a liderança do gestor e a tomada de decisão do médico obstetra pode intervir decisivamente para reverter essas desconformidades.

Frente ao cenário exposto e às problemáticas identificadas na assistência ao parto normal de risco habitual, formula-se a seguinte pergunta norteadora: Qual é o papel do gestor e do médico obstetra na implementação de protocolos de segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos durante a assistência ao parto normal?

Para responder a essa questão, este estudo tem como objetivo geral: Analisar o papel do gestor e do médico obstetra na gestão de riscos, na aplicação de protocolos de segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos na assistência ao parto normal de risco habitual. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A revisão integrativa permite a síntese do conhecimento produzido sobre determinada temática, reunindo resultados provenientes de pesquisas com diferentes metodologias para fundamentar a tomada de decisão no ambiente de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contexto Histórico e a Transição do Modelo Intervencionista para a Humanização

A evolução do modelo assistencial ao parto no Brasil reflete um longo percurso de hospitalização e medicalização dos processos fisiológicos do nascimento. Historicamente, a transferência do parto do ambiente doméstico para o hospitalar trouxe avanços no controle de complicações graves, mas também consolidou uma rotina assistencial altamente intervencionista. Procedimentos invasivos passaram a ser praticados de forma indiscriminada, desconsiderando a autonomia feminina e o ritmo natural do trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

A banalização dessas intervenções gerou distorções significativas nos indicadores de saúde materno-infantil. O uso sistemático de aceleradores do trabalho de parto, restrição ao leite e episiotomias rotineiras elevou a exposição das gestantes de risco habitual a danos desnecessários. Esse cenário exigiu uma ampla revisão das condutas institucionais por parte de órgãos reguladores e sociedades científicas (BRASIL, 2014).

A transição paradigmática para a humanização do nascimento ganhou impulso a partir do fortalecimento da Medicina Baseada em Evidências. A Organização Mundial da Saúde passou a recomendar explicitamente a desmedicalização do parto saudável, ressaltando que cada intervenção deve ter indicação precisa e fundamentação científica demonstrada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesse processo de mudança, o papel da gestão em saúde torna-se crucial para reestruturar fluxos e modificar a cultura organizacional das maternidades. A transição de um modelo centrado na intervenção para um modelo centrado na segurança e no respeito à fisiologia exige investimentos em capacitação, adequação do ambiente físico e revisão contínua das rotinas médicas e de enfermagem (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

2.2 Segurança do Paciente e Prevenção de Eventos Adversos na Obstetrícia

A segurança do paciente em maternidades envolve particularidades únicas, visto que as ações assistenciais impactam diretamente dois indivíduos simultaneamente: a mulher e o feto. Erros de conduta, falhas de monitoramento ou demoras no diagnóstico de distocias podem resultar em desfechos graves, como anóxia neonatal, lacerações perineais severas e hemorragias pós-parto.

A gestão de riscos obstétricos fundamenta-se na identificação precoce de perigos e na criação de barreiras de proteção no ambiente de cuidado. A implementação de sistemas de notificação de eventos adversos e a análise crítica dos incidentes permitem que as instituições aprendam com as falhas, corrigindo processos sem recorrer à punição individual.

A prevenção de iatrogenias constitui um dos pilares da segurança assistencial. A literatura demonstra que a redução do excesso de intervenções em mulheres de risco habitual é uma das medidas mais eficazes para prevenir complicações decorrentes da própria assistência hospitalar (LEAL et al., 2014; WHO, 2018).

A segurança no centro obstétrico depende da consolidação de uma cultura organizacional que valorize a comunicação clara, a padronização de condutas e o respeito estrito aos limites fisiológicos do organismo materno e fetal (BRASIL, 2016).

As diretrizes clínicas funcionam como bússolas para a prática assistencial, reduzindo a variabilidade injustificada nas condutas médicas e integrando as melhores evidências disponíveis à rotina hospitalar. No Brasil, a *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* estabelece parâmetros claros para o manejo do trabalho de parto, orientando os profissionais sobre quais práticas devem ser estimuladas, abandonadas ou utilitárias apenas em casos específicos (BRASIL, 2016).

Em âmbito global, as recomendações da Organização Mundial da Saúde reforçam a importância de uma experiência de parto positiva, na qual a segurança técnica caminha lado a lado com o bem-estar emocional da mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Tais documentos orientam a restrição de práticas obsoletas e incentivam o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

A adoção sistemática dessas diretrizes minimiza o risco de tomadas de decisão precipitadas ou baseadas puramente na conduta pessoal do profissional de plantão. A padronização protege tanto a equipe de saúde quanto o paciente, criando um padrão institucional claro de qualidade.

Cabe ao gestor hospitalar e às chefias médicas assegurar que tais diretrizes não permaneçam apenas no papel, promovendo treinamentos periódicos, atualização de protocolos internos e disponibilização de recursos materiais necessários para sua perfeita execução (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

O partograma destaca-se como o instrumento gráfico mais relevante para o acompanhamento da evolução da dilatação cervical, da descida do polo cefálico e das condições de bem-estar fetal e materno. Recomendado obrigatoriamente pelas instâncias de

saúde, ele funciona como um recurso visual de alerta precoce para alterações no trabalho de parto (BRASIL, 2016).

O preenchimento correto do partograma permite a identificação tempestiva de paradas de progressão e distocias funcionais, possibilitando intervenções no momento exato evitando tanto a precipitação condutiva quanto o atraso prejudicial na tomada de decisão.

A ausência ou o preenchimento inadequado desse documento representa uma falha grave na gestão de risco obstétrico, privando a equipe de um registro continuado e indispensável para a continuidade do cuidado entre as trocas de plantão.

O médico obstetra e a gestão devem atuar conjuntamente na auditoria periódica dos prontuários e partogramas, utilizando os dados para identificar lacunas assistenciais, planejar melhorias nos fluxos e garantir o cumprimento dos padrões de segurança (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

3 INTEGRAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E MODELOS CONTINUADOS DE CUIDADO

A atuação integrada entre a medicina obstétrica e a enfermagem especializada tem se mostrado um dos caminhos mais eficientes para a melhoria dos indicadores de saúde materna. Estudos nacionais e internacionais comprovam que a inclusão ativa da enfermeira obstétrica no acompanhamento do parto de risco habitual reduz significativamente as taxas de intervenções desnecessárias, sem qualquer acréscimo de risco para o binômio (ALVES *et al.*, 2019; GAMA *et al.*, 2016).

Os modelos de continuidade do cuidado liderados por parteiras e enfermeiras obstétricas correlacionam-se com maior satisfação das mulheres, menor necessidade de analgesia regional e taxas reduzidas de prematuridade e perdas neonatais (SANDALL *et al.*, 2016). Essa evidência reforça a importância de descentralizar o atendimento nas fases fisiológicas do parto.

A presença da enfermagem obstétrica proporciona um acompanhamento contínuo ao lado do leito, permitindo a identificação imediata de qualquer sinal de alerta que demande a avaliação e intervenção do médico especialista (MACIEL; DORNFELD, 2019).

Essa cooperação interprofissional fortalece o ambiente de trabalho, promove o respeito mútuo entre as categorias e garante que o cuidado seja prestado com empatia, competência técnica e foco integral na segurança da paciente (FREIRE *et al.*, 2017).

3.1 Liderança, Comunicação Assertiva e Governança na Gestão de Riscos

A governança clínica exercida pelo gestor e pelo médico obstetra responsável exige o desenvolvimento de habilidades de liderança e a criação de canais abertos de comunicação entre todos os membros da equipe. Falhas na passagem de plantão e ruídos de comunicação figuram entre as causas raiz mais frequentes de eventos adversos graves em ambientes hospitalares. O gestor obstetra atua como elo entre os parâmetros administrativos e a prática assistencial diária, garantindo que a equipe trabalhe sob o dimensionamento correto e com suporte técnico adequado para enfrentar situações de emergência.

A construção de um clima de trabalho no qual os profissionais se sintam seguros para relatar dúvidas, apontar desconformidades ou solicitar apoio perante casos difíceis é fundamental para impedir que pequenos lapsos se convertam em acidentes graves.

Dessa forma, a governança eficaz alinha protocolos, capacitação continuada e trabalho multiprofissional, assegurando que o centro obstétrico opere como um sistema de alta confiabilidade centrado no bem-estar da mãe e do recém-nascido (BRASIL, 2016; WHO, 2018).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A escolha por essa abordagem metodológica fundamenta-se na sua capacidade de sintetizar o conhecimento científico produzido sobre determinado tema, permitindo a incorporação de evidências teóricas, empíricas e normativas para a compreensão abrangente do papel do gestor de saúde e do médico obstetra na gestão de riscos e na promoção da segurança do paciente durante a assistência ao parto normal de risco habitual.

Para a estruturação do estudo, estabeleceu-se uma estratégia de busca pautada no acrônimo PICO (População, Intervenção/Fenômeno de interesse e Contexto), na qual a População correspondeu aos gestores em saúde e médicos obstetras; o Fenômeno de interesse, à implementação de protocolos de segurança do paciente, prevenção de eventos adversos e gestão de riscos; e o Contexto, ao trabalho de parto e parto normal no âmbito da atenção hospitalar e maternidades. A partir dessa definição, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: Qual é o papel do gestor e do médico obstetra na implementação de protocolos de segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos durante a assistência ao parto normal?

O levantamento bibliográfico e documental foi realizado por meio de buscas estruturadas em bases de dados e repositórios virtuais de relevância para a área da saúde e gestão, incluindo a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a PubMed e a Cochrane Library, além da biblioteca eletrônica de legislação, diretrizes e manuais do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para a localização das publicações nas bases de dados, utilizaram-se descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), tais como: Gestão em Saúde, Obstetrícia, Parto Normal, Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Erros Médicos. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR para delimitar o escopo da pesquisa e garantir a especificidade e abrangência dos materiais recuperados.

Os critérios de inclusão adotados contemplaram: artigos científicos publicados em periódicos indexados, disponíveis na íntegra para download gratuito; documentos institucionais, diretrizes clínicas nacionais e internacionais, resoluções e relatórios técnicos sobre assistência ao parto normal e segurança do paciente; e publicações redigidas nos idiomas português ou inglês. Foram excluídos estudos que não guardavam relação direta com a temática da gestão de riscos e atuação obstétrica, trabalhos duplicados nas bases de dados, resumos expandidos de eventos científicos, editoriais e textos incompletos.

O processo de seleção da amostragem ocorreu em quatro etapas distintas: identificação dos estudos a partir dos descritores selecionados; triagem inicial mediante a leitura de títulos e resumos para verificar a coerência com a pergunta norteadora; avaliação da elegibilidade por meio da leitura do texto na íntegra; e inclusão final das fontes no corpus de análise da pesquisa, contemplando os artigos originais, revisões sistemáticas, relatórios da OMS e diretrizes oficiais do Ministério da Saúde selecionados para o estudo.

A extração e a tabulação dos dados dos materiais selecionados foram conduzidas de forma padronizada, organizando as informações em instrumento próprio contendo: identificação do autor e ano de publicação, título do estudo, objetivo, tipo de publicação e principais contribuições sobre a gestão de riscos e conduta obstétrica. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temático-categorial, o que permitiu categorizar os achados em eixos norteadores (identificação de riscos e diminuição de intervenções desnecessárias; diretrizes clínicas e ferramentas de monitoramento como o partograma; e atuação multiprofissional, liderança e governança clínica).

Por utilizar exclusivamente dados secundários provenientes de fontes bibliográficas e documentais de domínio público e sem identificação de sujeitos humanos, o estudo dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, mantiveram-se rigorosamente observados os preceitos éticos relativos à propriedade intelectual, assegurando a citação precisa de todos os autores e fontes consultadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito de sintetizar o *corpus* documental que fundamenta esta pesquisa e proporcionar uma visão panorâmica das evidências selecionadas, elaborou-se a Tabela 1. O levantamento contempla produções científicas nacionais e internacionais, revisões sistemáticas e diretrizes institucionais publicadas por órgãos oficiais de saúde. A organização do acervo destaca o autor, o ano de publicação, o tipo de documento e o objeto principal de estudo, evidenciando como cada fonte contribui para a compreensão da gestão de riscos, da aplicação de protocolos de segurança e do papel do gestor e do médico obstetra na assistência ao parto normal de risco habitual.

Tabela 1 — *Síntese dos artigos analisados no estudo.*

Autor / Fonte	Ano	Tipo de Documento	Objeto Principal de Estudo
Alves et al.	2019	Artigo científico	Contribuições da enfermagem obstétrica nas boas práticas e na redução de riscos no trabalho de parto vaginal.
Brasil (Ministério da Saúde)	2014	Documento institucional / Caderno de Humanização	Diretrizes de humanização do parto e nascimento focadas no modelo assistencial seguro e centrado na mulher.
Autor / Fonte	Ano	Tipo de Documento	Objeto Principal de Estudo
Brasil (CONITEC/MS)	2016	Diretriz Nacional de Saúde	Parâmetros e recomendações clínicas oficiais para a padronização e segurança na assistência ao parto normal.
Freire et al.	2017	Artigo científico	Experiência, satisfação e segurança de puérperas no parto assistido por enfermagem especializada.

Gama et al.	2016	Artigo científico	Avaliação da assistência ao parto por enfermeiras obstétricas no Brasil e impacto nos indicadores de saúde.
Leal et al.	2014	Artigo científico (Pesquisa <i>Nascer no Brasil</i>)	Análise das intervenções obstétricas e da cascata de riscos em gestantes brasileiras de risco habitual.
Maciel & Dornfeld	2019	Artigo científico	A inserção da enfermagem obstétrica no ambiente hospitalar e sua sinergia com a gestão do cuidado.
Ritter, Gonçalves & Gouveia	2020	Artigo científico	Mapeamento e análise das práticas assistenciais e prevenção de iatrogenias em partos de risco habitual.
Sandall et al.	2016	Revisão Sistemática (Cochrane)	Modelos de continuidade do cuidado liderados por parteiras/enfermeiras <i>versus</i> outros modelos de atenção.
World Health Organization (WHO)	2018	Diretriz Internacional	Recomendações globais de cuidados intraparto para uma experiência de nascimento positiva e segura.

5.1 Gestão de Riscos, Desmedicalização e a Redução da Cascata de Intervenções

A prevenção de eventos adversos na atenção ao parto normal exige um alinhamento profundo entre os parâmetros de gestão e o julgamento clínico do médico obstetra. A literatura evidencia que a ocorrência de danos em gestantes de risco habitual decorre, em grande parte, do uso inadvertido de intervenções cirúrgicas e farmacológicas que violam a evolução fisiológica do nascimento (LEAL et al., 2014). Quando práticas sem indicação precisa são adotadas, estabelece-se um ciclo iatrogênico em que cada procedimento demanda novas correções médicas, elevando o risco de morbimortalidade materna e neonatal.

Diante desse cenário, a liderança do gestor hospitalar atua como elemento transformador ao normatizar condutas institucionais que protejam a mulher contra o excesso de intervenções. Cabe à gestão criar mecanismos de acompanhamento que coíbam o uso rotineiro de ocitocina sintética, amniotomia precoce e episiotomia, garantindo que o centro obstétrico opere fundamentado nas recomendações de desmedicalização da Organização Mundial da Saúde

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Sob a perspectiva da prática médica, o obstetra assume a responsabilidade de aplicar um raciocínio clínico criterioso, discernindo com clareza o limite entre o acompanhamento de um parto fisiológico e a necessidade real de intervenção técnica. A conduta pautada em evidências científicas reduz a ocorrência de episódios desfavoráveis, como sofrimento fetal agudo e lacerações severas, transformando a intervenção médica em um recurso pontual e de alta precisão (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

A transição de um modelo intervencionista para um modelo focado na segurança exige a superação de hábitos assistenciais consolidados pela tradição médica hospitalar. A gestão de riscos estabelece que a cultura de segurança deve ser continuamente alimentada por treinamentos clínicos, permitindo que a equipe médica se sinta respaldada ao adotar condutas conservadoras e respeitar o tempo biológico do trabalho de parto (BRASIL, 2014).

A garantia da segurança no parto de risco habitual, portanto, não reside no aumento do arsenal tecnológico, mas na capacidade institucional de gerenciar riscos de forma preventiva. A redução da "cascata de intervenções" consolida-se como a principal barreira de proteção contra iatrogenias, demonstrando que a melhoria dos indicadores assistenciais passa pela valorização de condutas fisiológicas e humanizadas (LEAL et al., 2014; WHO, 2018).

5.2 Padronização Assistencial, Auditabilidade e o Monitoramento pelo Partograma

A consolidação de um ambiente hospitalar seguro para a mãe e para o recém-nascido depende da padronização de condutas por meio de diretrizes clínicas validadas. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal oferece o suporte normativo necessário para que o gestor e o médico obstetra estabeleçam rotinas claras de atendimento, reduzindo a variabilidade injustificada nas tomadas de decisão e eliminando práticas empíricas ou personalistas (BRASIL, 2016).

No âmbito da vigilância contínua do trabalho de parto, o partograma figura como o instrumento gráfico mais poderoso para a gestão de riscos em tempo real. A sua utilização sistemática permite o registro da progressão da dilatação cervical, da descida do polo cefálico e dos batimentos cardíacos fetais, atuando como um sinalizador visual precoce de distocias e sofrimento fetal (BRASIL, 2016).

A ausência ou o preenchimento inadequado e extemporâneo do partograma configura uma falha grave na segurança do paciente, privando o obstetra de informações consolidadas indispensáveis no momento de tomar decisões críticas ou durante as passagens de plantão. A

negligência no registro gráfico enfraquece a governança clínica e expõe a equipe e a paciente a erros evitáveis por falta de monitoramento contínuo.

Para mitigar essa vulnerabilidade, o gestor hospitalar e a chefia do corpo médico devem implementar rotinas de auditoria periódica nos prontuários e partogramas. A análise sistemática desses documentos permite identificar lacunas assistenciais, planejar ações educativas e assegurar que a equipe de saúde mantenha adesão rigorosa às ferramentas formais de segurança (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

A articulação entre a auditoria da gestão e o rigor do médico obstetra no preenchimento do partograma constrói um histórico clínico auditável e transparente. Essa prática não apenas protege a saúde da puérpera e do neonato, mas fornece amparo ético e jurídico aos profissionais de saúde e à instituição diante de eventuais complicações no parto (BRASIL, 2016).

5.3 Governança Clínica, Trabalho Multiprofissional e Cultura Não Punitiva

A segurança assistencial em obstetrícia atinge sua máxima eficácia quando a gestão promove a integração de uma equipe multiprofissional cooperativa. A inserção e a atuação autônoma de enfermeiras obstétricas no acompanhamento do parto de risco habitual trazem benefícios comprovados, como a redução drástica de procedimentos invasivos e a elevação dos níveis de satisfação e segurança da gestante (ALVES et al., 2019; GAMA et al., 2016).

A atuação da enfermagem obstétrica não anula o papel do médico especialista; ao contrário, fortalece a rede de vigilância contínua ao lado do leito. A presença da enfermagem permite o diagnóstico precoce de alterações na evolução fisiológica, acionando o médico obstetra de maneira tempestiva para a condução de casos que evoluem para médio ou alto risco (MACIEL; DORNFELD, 2019).

Modelos de assistência focados no cuidado continuado, liderados por equipes multiprofissionais, correlacionam-se diretamente com menor necessidade de analgesia regional e taxas reduzidas de intervenções traumáticas (FREIRE et al., 2017; SANDALL et al., 2016).

A promoção desses modelos por parte da gestão hospitalar otimiza os recursos do centro obstétrico e melhora a qualidade da atenção prestada.

Outro pilar fundamental da governança clínica exercida pela gestão é a estruturação de fluxos de comunicação assertiva, especialmente nos momentos de transição de cuidado e passagem de plantão. Ruídos de comunicação figuram entre as principais causas raiz de

incidentes em saúde, exigindo a adoção de protocolos padronizados de transmissão de dados entre médicos, enfermeiros e anestesistas.

Para que os protocolos de segurança funcionem plenamente, a liderança médica e administrativa deve cultivar uma cultura organizacional não punitiva. A notificação transparente de eventos adversos e de quase-erros (near misses) deve ser estimulada como uma oportunidade de aprendizado institucional e reestruturação de processos, em vez de um instrumento de responsabilização individual.

A prevenção de riscos e eventos adversos na assistência ao parto normal é fruto do equilíbrio entre a capacidade de planejamento do gestor e a liderança técnica do médico obstetra. Ao garantir estrutura adequadamente dimensionada, protocolos baseados em evidências e trabalho multiprofissional, a instituição de saúde assegura a máxima proteção à vida da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2016; WHO, 2018).

6 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar de forma aprofundada a gestão de riscos e a promoção da segurança do paciente na assistência ao parto normal de risco habitual, focalizando a atuação estratégica do gestor em saúde e a liderança clínica do médico obstetra. Ao longo do percurso reflexivo e analítico fundamentado na literatura científica e em diretrizes institucionais vigentes, foi possível mapear os determinantes estruturais e assistenciais que impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado ao binômio mãe-filho no ambiente hospitalar.

Verifica-se que o objetivo geral da pesquisa foi plenamente alcançado. A análise integrativa evidenciou que o papel do gestor e do médico obstetra transcende a mera intervenção biológica no momento do nascimento, alcançando a governança clínica, a implementação de normas de segurança, a prevenção de iatrogenias e o fomento a uma cultura organizacional que priorize a desmedicalização e a prática baseada em evidências científicas.

Em resposta direta à pergunta norteadora formulada nesta investigação, constatou-se que o papel do gestor de saúde consiste em prover as bases institucionais, organizacionais e estruturais indispensáveis para a mitigar eventos adversos. Cabe ao gestor normatizar rotinas alinhadas às diretrizes nacionais e internacionais, assegurar o dimensionamento adequado da equipe multiprofissional, garantir a disponibilidade de insumos e instituir processos permanentes de auditoria dos registros assistenciais.

Complementarmente, a resposta à pergunta norteadora revela que o papel do médico obstetra fundamenta-se na condução da prática clínica ética, segura e pautada pelo julgamento

criterioso. O obstetra atua como líder da decisão técnica diante de desvios da normalidade, devendo abandonar práticas intervencionistas obsoletas em partos fisiológicos e utilizar ferramentas formais de monitoramento como o partograma para identificar precocemente riscos e intervir de forma pontual e precisa.

A pesquisa demonstrou que a eficácia na prevenção de danos evitáveis no centro obstétrico depende da perfeita articulação sinérgica entre as dimensões administrativa e clínica. Quando a gestão estabelece protocolos claros e o médico obstetra os executa com rigor técnico e respeito à fisiologia do nascimento, cria-se uma barreira sólida de proteção contra erros sistêmicos, prevenindo complicações graves como anóxia neonatal e hemorragias maternas.

Outro achado conclusivo diz respeito ao impacto altamente positivo do trabalho multiprofissional integrado, sobretudo no que tange à atuação conjunta entre a medicina obstétrica e a enfermagem especializada. A inclusão da enfermagem no acompanhamento do parto de risco habitual, chancelada pela gestão e respaldada pela equipe médica, consolida-se como uma das estratégias de maior sucesso para a redução de intervenções desnecessárias e para a promoção de um cuidado humanizado.

As considerações deste estudo reforçam que a segurança do paciente em obstetrícia não se obtém pelo excesso de procedimentos invasivos, mas pelo combate ostensivo à "cascata de intervenções". A correta estratificação do risco gestacional no momento da admissão hospitalar e o respeito ao tempo biológico do trabalho de parto destacam-se como condutas centrais para evitar danos iatrogênicos decorrentes da própria assistência.

A consolidação da segurança assistencial exige ainda a transformação da cultura organizacional das maternidades. A gestão e a liderança médica devem promover um ambiente não punitivo, no qual a notificação de eventos adversos seja encarada como um instrumento educativo e de reestruturação dos fluxos assistenciais, fortalecendo a transparência e a confiança entre os membros da equipe.

Do ponto de vista prático, as conclusões desta pesquisa oferecem subsídios para que gestores hospitalares e chefias de obstetrícia reavaliem seus fluxos internos, invistam na capacitação continuada das equipes e fortaleçam o uso do partograma como documento gráfico indispensável e auditável. A adoção dessas medidas reverte-se em maior eficiência operacional e na redução de custos decorrentes do manejo de complicações evitáveis.

Sob a ótica social, o estudo reafirma o compromisso com os direitos reprodutivos e a dignidade das mulheres. Garantir uma assistência ao parto normal isenta de violência obstétrica e fundamentada na gestão de riscos contribui diretamente para o alcance das metas

de redução da mortalidade materna e neonatal no país, alinhando as instituições às políticas públicas de humanização e segurança em saúde.

Como limitação desta pesquisa, aponta-se o fato de tratar-se de uma revisão de literatura fundamentada em fontes secundárias, o que não esgota as particularidades e os desafios vivenciados na rotina prática de diferentes realidades hospitalares regionais. As disparidades de infraestrutura entre serviços públicos e privados no Brasil podem impor obstáculos adicionais à implementação plena das recomendações analisadas.

REFERÊNCIAS

ALVES TCM, et al. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as Boas Prática no Trabalho de Parto e Parto Vaginal. **Enferm Foco [Internet]**, v. 10, n. 4, p. 54–60, 2019.

Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>.

Acesso em: 03 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível

em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 05 ago. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

Acesso em: 06 ago. 2026.

FREIRE HSS, et al. Parto Normal Assistido por Enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. **Rev Enferm UFPE [Internet]**. v. 11, n. 6, p. 2357–67, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19057>.

Acesso em: 07 ago. 2026.

GAMA SGN, et al. Labor and Birth Care by Nurse with Midwifery Skills in Brazil. **Reprod Health [Internet]**. v. 13, n. 1, p. 226–65, 2016. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>. Acesso em: 08 ago. 2026.

LEAL MC, et al. Intervenções Obstétricas durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 30, n. Supl 1, p.

S17-S32, 2014. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Intervenções%20obstétricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

MACIEL VS; DORNFELD D. A Inserção da Enfermeira Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. **Enferm Foco [Internet]**. v. 10, n. 4, p. 148–52, 2019. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/979/618>. Acesso em: 11 ago. 2026.

RITTER SK; GONÇALVES ADC; GOUVEIA HG. Práticas Assistenciais em Partos de Risco Habitual. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20180284.pdf>.

Acesso em: 12 ago. 2026.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-careguidelines/en/>. Acesso em: 20 ago. 2026.