

## Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On

### Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project

Maryelle Peres da Silva Santos (<https://orcid.org/0000-0002-0864-6995>)<sup>1</sup>

Beatriz Castro Souza Capelanes (<https://orcid.org/0000-0003-3198-923X>)<sup>1</sup>

Kátia Terezinha Alves Rezende (<https://orcid.org/0000-0002-9022-2680>)<sup>1</sup>

Mara Quaglio Chirelli (<https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The movement aimed at the humanization of childbirth has found resistance to the implementation of a new care model. This article aims to analyze the challenges experienced in the implantation and implementation of the Apice On Project in a large hospital in Brazil. A study was carried out with a qualitative approach, through interviews with health professionals using content analysis, thematic modality. An ineffective management was verified when conducting health work, as well as a biomedical care model and insufficient training to promote changes in health practices. It is important to review the implementation strategies of the Apice On Project proposals, incorporating Permanent Education in Health as a strategy for the reflection and reconstruction of health practices. Expanding the investigation beyond the hospital service, contemplating the perspective of other scenarios, such as, for instance, assistance in primary health care, are recommended.*

**Key words** *Humanization of childbirth, Maternal and child health, Qualitative research, Hospitals, Apice On*

**Resumo** *O movimento de humanização do parto enfrenta resistências para a implementação de um novo modelo de cuidado. O objetivo deste artigo é analisar os desafios vividos na implantação e implementação do Projeto Apice On em um hospital de grande porte no Brasil. Pesquisa com abordagem qualitativa, por meio de entrevista com profissionais de saúde e análise de conteúdo, modalidade temática. Constatou-se a gestão ineficaz na condução do trabalho em saúde, modelo de atenção biomédico e formação insuficiente para promoção de mudança nas práticas em saúde. É importante rever as estratégias de implementação das propostas do Projeto Apice On, incorporando a educação permanente em saúde como estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. Sugere-se ampliar a investigação para além do serviço hospitalar, contemplando a perspectiva de outros cenários, como o cuidado na atenção primária à saúde.*

**Palavras-chave** *Parto humanizado, Saúde materno-infantil, Pesquisa qualitativa, Hospitais, Apice On*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Marília. Av. Monte Carmelo 800. 17519-030 Marília SP Brasil. peresmaryelle@gmail.com

## Introdução

Não se pode olhar para a humanização do cuidado com uma concepção alheia à história, sob risco de não identificar os processos nas raízes das práticas em saúde e reforçar as determinações desses aspectos. É necessário compreender que a consolidação hegemônica do modelo biomédico, a partir da redução do processo de adoecimento à dimensão orgânica, adentra o corpo em níveis cada vez mais profundos, apropriando-se da vida humana com o objetivo de normatizá-la. O corpo é medicalizado, ou seja, há um processo de inclusão de condições humanas como objeto da prática médica, no qual o indivíduo que se encontra doente precisa ser tratado para se adaptar às condições sociais, as mesmas que determinaram seu adoecimento. A superação do traço autoritário da relação médico-paciente deve ser defendida, uma vez que resume o indivíduo a um objeto passível de manipulação, despersonalizado e fragilizado, obstruindo sua autonomia diante de um profissional que monopoliza o poder legitimado pelo saber técnico-científico<sup>1</sup>.

A medicalização estende-se também para o corpo feminino, interferindo na sexualidade e na reprodução por meio da apropriação do que foi determinado como natureza feminina. Essa prática médica se estabelece no século XIX, no contexto da formação da sociedade capitalista, dentro da qual se faz necessária a intervenção e controle dos corpos, e mais especificamente dos corpos femininos, para garantir a força de trabalho. É assim que a prática médica se estabelece como intervencionista, utilizando-se do discurso científico para disciplinar os sujeitos, educando mulheres a fim de que sejam boas mães para proteção e sobrevivência das crianças que posteriormente servirão de mão de obra. Nesse projeto de sociedade, o parto é hospitalizado, com a transferência do papel de partejar das parteiras para os médicos, detentores dos conhecimentos e das técnicas cirúrgicas nas maternidades<sup>2</sup>.

Essa obstetria hegemônica, cerca de um século depois, é contraposta por um novo modelo de cuidado, pautado na humanização. O foco passa a ser na fisiologia do ciclo gravídico-puerperal, utilizando-se a ciência como princípio da prática, aproximando a produção científica das necessidades de saúde das mulheres e defendendo os direitos sexuais e reprodutivos<sup>3</sup>. A desmedicalização do parto e do nascimento busca corrigir comportamentos autoritários e hierárquicos, com a finalidade de que a assimetria das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos diminua

e as mulheres possam participar com autonomia e protagonismo de seu processo de gestação, parto e puerpério<sup>4</sup>.

A humanização deve ser conduzida de forma politizada nas instituições, por meio de crítica e autocrítica no cuidado, desvinculando-se do imaginário messiânico, pautado apenas na empatia a partir de si mesmo e resumida a uma ação moralmente nobre e dependente da boa intenção de cada profissional. Além disso, deve haver uma sólida competência obstétrica, baseada em evidências científicas, que saiba discernir as intervenções inadequadas, prejudiciais ou ineficazes daquelas realmente indicadas. No entanto, o trabalhador de saúde é pouco incentivado e tem estrutura exígua para isso, acarretando resistência à nova forma de atuar<sup>4</sup>.

A extensa jornada e a tensão emocional exigem trabalhadores cada vez mais resistentes, mesmo sob relações sociais produtoras de sofrimento, gerando maior vulnerabilidade, desgaste e adoecimento. Essas altas cargas psíquicas no processo de trabalho submetem os profissionais a um movimento destrutivo à própria saúde, pois não se exige apenas determinadas características físicas, mas psíquicas, ou seja, um profissional multifuncional, permanentemente sobrecarregado e perseguindo metas inalcançáveis<sup>2</sup>. A sobrecarga, a dificuldade de conciliar atribuições, o cerceamento da autonomia, as relações de poder e o desrespeito de direitos têm como consequências a perpetuação de práticas desumanizadas e o desafio de manter práticas humanizadas<sup>5</sup>.

Frente a esse cenário, surge o questionamento de haver espaço para mudanças estruturais e para implementação de novos conceitos, pautados na humanização, ao se considerar a atual infraestrutura das instituições de saúde, a formação biomédica, as relações de trabalho e a lógica de produção. Para tanto, o novo processo de trabalho a ser efetivado vem como oposição à violência, ao propor a melhoria das condições de trabalho, da qualidade do cuidado, da articulação das diferentes tecnologias disponíveis e das relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários. Percebe-se, portanto, que é necessário humanizar o processo de trabalho do profissional de saúde para que o cuidado por ele prestado seja então humanizado<sup>6</sup>.

No Brasil, as reflexões acerca da humanização do parto e nascimento se intensificaram no final da década de 1980, trazidas pelos movimentos sanitaria, feminista e de redemocratização política. Ao longo desse processo, construíram críticas ao modelo médico hegemônico ao pau-

tarem o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, a qualidade da relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários e a democratização das relações de poder estabelecidas<sup>4</sup>.

Inúmeras iniciativas governamentais foram criadas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, colaborou para a criação, em 2011, da Rede Cegonha (RC), estratégias instituídas pelo Ministério da Saúde para modificar a atenção ao parto, com gradativa implementação de um modelo humanizado<sup>7</sup>. Desde o início, a sociedade civil tem importante influência na formulação e no monitoramento dessas políticas públicas. Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi lançada, tendo forte contribuição de movimentos sociais, trabalhadores de saúde e especialistas. Naquele momento, reconhece-se a diversidade das mulheres: negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras; além dos diferentes ciclos da vida, enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos<sup>8</sup>.

Para fortalecer a RC, em 2017, surge o Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), passando a contribuir para a efetivação e capilarização de boas práticas de atenção e gestão, pautadas nos princípios da humanização, em hospitais vinculados a instituições de ensino, com enfoque na formação humanizada de novos profissionais. Tem como objetivo produzir impacto em toda a rede a partir da qualificação baseada em evidências científicas nos campos de cuidado ao parto e nascimento, de atenção às mulheres em situações de violência sexual, abortamento e aborto legal, e de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto<sup>9</sup>.

Os marcos ministeriais contemplam avanços e retrocessos, disputas e consensos que ocorreram em um cenário de 30 anos de SUS, imprescindível para a existência das políticas públicas mencionadas acima. Apesar de sua relevância, o SUS tem sido sistematicamente ameaçado pelos recentes retrocessos políticos no Brasil<sup>8</sup>. As atuais contrarreformas, com crescente privatização, terceirização, parcerias público-privadas e fragmentação da rede, têm marcado um período de ataques aos direitos e políticas sociais, tornando-se fundamental reivindicar tanto o financiamento adequado quanto a mudança dos modelos de atenção, a humanização e a gestão participativa<sup>10</sup>.

Considerando esse contexto, este artigo tem por objetivo analisar os desafios vividos na implantação e implementação do Projeto Apice On em um hospital de grande porte no Brasil.

## Metodologia

Optou-se por uma abordagem qualitativa, a fim de aprofundar a compreensão de processos, sujeitos, relações sociais e estruturas que, por sua vez, são depositárias de significados, aspirações, crenças e valores<sup>11</sup>. Nesse sentido, o trabalho de campo apresentou-se como uma possibilidade de se conseguir uma aproximação dos desafios para a implantação e implementação do Projeto Apice On, partindo da realidade presente em um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo.

Os participantes foram os profissionais de saúde pertencentes à equipe de referência da unidade de internação e do centro obstétrico. Dessa forma, foram incluídos na investigação nove médicos ginecologistas e obstetras, seis técnicos ou auxiliares de enfermagem, quatro médicos residentes dos 2º e 3º anos de ginecologia e obstetrícia, três enfermeiros e dois médicos anestesiológicos que realizavam atividades na instituição pesquisada há, no mínimo, seis meses. Os médicos residentes do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia foram excluídos porque possuíam tempo de experiência inferior a seis meses.

Utilizou-se roteiro na entrevista semiestruturada para coletar os dados, sendo composta pela caracterização dos participantes e por questões norteadoras: “O que você considera ser cuidado humanizado em relação às gestantes, às puérperas e aos bebês?”; “Dê exemplos de condutas e técnicas que você considera serem humanizadas”; “Você promove esse cuidado humanizado? Se não, por quê? Se sim, como?”; “Você acredita que o cuidado humanizado é um direito da mulher e do bebê? Se não, por quê? Se sim, por quê?”. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras. Um piloto foi elaborado para a padronização da estratégia de coleta de dados frente aos disparadores e para a formação das entrevistadoras, com a supervisão de uma orientadora com doutorado.

As pesquisadoras identificaram os profissionais da equipe de referência pertencentes à unidade de saúde em questão, sendo abordados no local de trabalho, porém em lugar reservado. Tendo disponibilidade de participar, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados compreendeu o período de abril a dezembro de 2019. Atingiu-se a saturação com 24 entrevistas, ou seja, com o conteúdo obtido foi possível compreender a lógica interna do grupo de profissionais em relação ao objeto de

estudo<sup>11</sup>. Os diálogos, com duração média de 40 minutos, foram gravados e transcritos na íntegra pelas pesquisadoras e validados pela orientadora.

Utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática<sup>12</sup>. Para tanto, realizou-se uma pré-análise, que consistiu em transcrever as entrevistas na íntegra, permitindo a impregnação do conteúdo das falas, bem como a retomada dos pressupostos e dos objetivos da pesquisa. Esse momento possibilitou ter uma visão de conjunto, apreender as particularidades e definir um esquema de classificação inicial composto pelas seguintes categorias: como realiza o cuidado, definição de cuidado humanizado e direito da mulher, potencialidades da prática do cuidado humanizado, desafios da prática do cuidado humanizado e estratégias, Projeto Apice On, protocolos para o cuidado.

Em seguida, explorou-se o material, com distribuição dos trechos das falas e, posteriormente, diálogo com as partes de um trecho de uma dada classe. A partir de então, elaborou-se uma descrição desses fragmentos de depoimentos. Por meio de inferência, identificou-se os núcleos de sentido, sendo agrupados em temas. Neste artigo será apresentado o tema “desafios na implantação e implementação do Projeto Apice On” e seus respectivos núcleos de sentido, conforme o Quadro 1.

O próximo passo foi elaborar uma redação do tema, com apresentação e interpretação dos resultados<sup>12</sup>.

A pesquisa foi aprovada em 4 de setembro de 2018 pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada, sob o parecer de nº 2.872.218 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 95474418.4.0000.5413. Para manter o sigilo dos participantes e salvaguardar seus nomes, os discursos foram codificados por meio das siglas: ANE – médico anesthesiologista; ASS – médico assistente ginecologista e obstetra; ATE – auxiliar e técnico de enfermagem; ENF – enfermeiro; RES – médico residente de ginecologia e obstetrícia.

## Resultados

### Caracterização dos profissionais de saúde

Foram entrevistados 24 profissionais de saúde: nove (38%) médicos ginecologistas e obstetras, seis (25%) auxiliares ou técnicos de enfermagem, quatro (16%) residentes de ginecologia e obstetrícia, três (13%) enfermeiros, e dois (8%) médicos anesthesiologistas.

### Apresentação do tema: desafios para a promoção do cuidado humanizado

#### Gestão ineficaz na condução do trabalho em saúde

O aspecto infraestrutural é uma importante condição para a transformação dos processos de cuidado. Mas não assegura, por si só, a implementação da humanização. Os desafios encontrados nesse âmbito reúnem: leitos insuficientes da maternidade e da UTI pediátrica, estrutura do pré-parto inadequada, colaborando para o alto índice de cesáreas, falta de equipamentos e insumos, reorganização inapropriada do centro obstétrico e instalações físicas incompatíveis com a humanização e a privacidade das pacientes.

*Não tem leitos suficientes, não tem espaço físico adequado. Tem muita gestante internada no PS. Se chegar alguém em trabalho de parto não tem onde pôr (ENF3).*

*Aqui o índice de cesárea é alto, mais alto do que precisaria ser, até porque a gente tem uma infraestrutura pequena pra parto vaginal (ASS7).*

*Existe a ausência de tecnologia mesmo, de equipamento, o que impede a equipe médica de realizar um cuidado humanizado adequado às pacientes (RES1).*

*Não tem material até pro ensino dos residentes. Eles não têm videolaparoscopia que é obrigatório na grade dos residentes de ginecologia (ASS4).*

Uma equipe interdisciplinar, capacitada e coesa é determinante para facilitar a implemen-

**Quadro 1.** Núcleos de sentido e tema, 2021.

Núcleos de sentido	Tema
Gestão ineficaz na condução do trabalho em saúde	Desafios na implantação e implementação do Projeto Apice On
Modelo de atenção biomédico	
Formação insuficiente para promoção de mudança da prática em saúde	

Fonte: Autoras.

tação de um cuidado humanizado. A escassez de profissionais limita a transformação no cenário obstétrico e neonatal. Observa-se que sem enfermeiras obstétricas não é possível realizar um acompanhamento adequado do trabalho de parto e que sem médicos anestesiológicos a analgesia de parto vaginal torna-se inviável. A baixa remuneração e a sobrecarga no trabalho resultam em empregos pouco atrativos, levando à insuficiência de trabalhadores de saúde na instituição. Entretanto, mesmo com a permanência dos profissionais, a humanização não está assegurada, pois as condições precárias e exaustivas de trabalho geram riscos e não permitem a incorporação de tais práticas ao cotidiano do serviço.

*A gente tem deficiência de corpo clínico, obstétrico, da enfermagem obstétrica, de técnico de enfermagem, de anestesista, que precisa ter 24h aqui, mas que fica de sobreaviso. [...] É um serviço pesado, financeiramente não é muito atrativo, então é difícil trazer mais gente (ASS4).*

*A analgesia é feita pelo anestesista que está de plantão, mas é um anestesista que fica responsável pela obstetria. Então, a gente usa pra cesárea e não pra analgesia. A gente tem um medo muito grande, por ser porta aberta pra vários lugares. Tem medo de estar fazendo analgesia no parto vaginal e precisar do anestesista de urgência (RES3).*

*Muitas vezes a superlotação, o grande número de casos e a falta de tempo impede você de ter esse tipo de atendimento. A humanização demanda tempo e muitas vezes você não tem (ASS6).*

*Percebo que às vezes os profissionais não conseguem não ficar tristes no ambiente de trabalho. Eu não sei se responder se isso é de cada um, mas o que eu sei, baseado em evidências mesmo, é a sobrecarga de trabalho somada com as dificuldades na rotina de trabalho (ENF1).*

*Eu acho que nessa questão, “olha, vamos ver o paciente como um ser holístico, a esfera biopsicossocial”. Mas e o biopsicossocial do funcionário? Do profissional? Do estudante de medicina? Do médico? Cadê? Ninguém fala a respeito. [...] E isso acontece aqui. Todo mundo vai trabalhar doente. Todo mundo. Então tem muito isso. Eu acho que tem que se mudar a maneira de se fazer medicina (ASS2).*

Igualmente relevantes são as dificuldades referentes à gestão ineficaz, que compreende o distanciamento dos gestores do cotidiano de trabalho, a inconsistência na delegação de cargos de gerência, a morosidade de contratação, a cobrança de resultados evitada por afinidade pessoal, a falha na implantação de protocolos, a sugestão de práticas em inconformidade com a legislação e a falta de avaliação no cumprimento de horários e atribui-

ções, gerando entraves na fluidez do processo de trabalho em equipe. Evidencia-se também que a gestão do serviço local gerencia mas não recebe apoio das diferentes esferas governamentais.

*Eu não tenho leito pra internar pacientes, eles ficam internados no pronto-socorro, na cadeira, no banquinho. Ai vem falar em humanização? É fácil ficar sentado por trás da mesa falando as coisas, vem viver a realidade! Vem aqui ver as coisas quando não tem nem um anestesista, quando não tem um neonatologista pra assistir. É um problema administrativo (ASS5).*

*O pronto-socorro ainda não está a deus dará, porque uma pessoa foi lá e assumiu a frente, porque tinha chegado no caos apocalíptico e então foi designado uma pessoa pra cuidar que fez um trabalho bem legal e continua fazendo. Mas, assim, falta gente designada, ou seja, o chefe de tudo não é o chefe de nada (ASS9).*

*O gestor acha que temos que fazer anestesia em mais de uma sala. A direção vira as costas pras leis, porque até mesmo ela faz alguns acordos pro colega fazer mais de mansinho. Isso é feito na instituição. Sempre sugeriram fazer anestesia em mais de uma sala (ANE1).*

*Tem dois principais fatores que levam a não ter pulso firme com a equipe. Um deles é o coleguismo, camaradagem, não querer se indispor. Outra coisa é que, acima de tudo, mais do que capacidade de contratação, é necessário ter agilidade de contratação. Falta agilidade na burocracia (ASS9).*

*O problema é o seguinte: tudo que você vai inserir, que você vai começar, eu acredito que tenha um pouco de resistência. O problema é implantar [protocolos], depois que implantar, vira uma rotina (ANE2).*

*A questão é organização, gerência, fluidez das ações dos profissionais aqui dentro. [...] Agilizar esses processos trariam uma melhor assistência. [...] Ele [o hospital] não atende [mais pessoas] porque não teria capacidade, mas porque todos esses processos não estão um intricado no outro pra não ter atraso (ANE1).*

*A gestão tá fazendo o que dá, mas tá difícil A sensação que eu tenho é que aqui é um pouco jogado. O estado não cuida, a cidade não cuida, a federação também. É um jogo de empurra-empurra. Não sinto investimentos vindo, materiais novos, não sinto isso (ASS4).*

Os serviços compõem as redes de atenção, portanto enfrentam desafios existentes nelas, para além da instituição analisada. Isso pode ser evidenciado pela desarticulação da linha de cuidado com gestantes, puérperas e recém-nascidos, entre a atenção primária e terciária, que

desconecta o pré-natal do momento do parto e nascimento. A atenção básica é ineficaz na promoção do pré-natal devido à insuficiência de profissionais, recursos materiais e equipamentos, podendo colaborar com desfechos desfavoráveis. A regulação de leitos nas redes de atenção que compõem o SUS é falha, comprometendo a condução das necessidades de saúde das usuárias entre os serviços.

*Tem muita coisa que poderia ser resolvida na atenção básica e que chega aqui pra gente já numa questão emergencial, que poderia ter sido prevenida e evitada na atenção básica. Então acho que existem muitos problemas aqui, mas existem muitas raízes fora daqui (ENF3).*

*O grande problema da obstetrícia no SUS hoje é a absoluta dissociação no SUS entre pré-natal e nascimento. O pré-natal é conduzido de uma forma errada, incorreta, incapaz, negligente e estúpida. Aí chega o serviço terciário e quer que a gente faça milagre (ASS9).*

*A maioria das consultas do pronto-socorro não são urgência e emergência, são problemas estruturais do sistema, que as pacientes vêm porque não tem médico na unidade de saúde delas (ASS6).*

*Às vezes tem um caso grave que precisa ser atendido e a gente tá atendendo coisas simples que não passou por um médico de um hospital secundário ou de uma assistência básica e acaba realmente tomando tempo e aumentando o fluxo (RES4).*

*Não tem vaga aqui e o cara manda paciente porque ele manda. Isso não é encaminhamento, porque pela resolução do CFM, encaminhamento em vaga 0 só pode ser feito por um médico regulador ou por um médico daqui que aceite a vaga 0. É o que acontece? Não. A pessoa violou o código de ética porque isso não é uma transferência, isso é pegar um paciente que precisa de necessidades hospitalares e dar alta, um abraço e mandar pra outro hospital. O paciente sai à revelia, em transferência ou em alta. Se ele não foi à revelia e não foi em transferência, você deu alta pra essa paciente grave. Isso é uma infração médica séria. A instituição não faz questão de respeitar as regras e a gente fica trabalhando dobrado toda hora que alguém está folgando. Pra resolver o problema de superlotação é por aí que se resolve (ASS9).*

#### **Modelo de atenção biomédico**

A situação mostrada nesses apontamentos indica desacordos e dificuldades no efetivo cumprimento de um modelo de cuidado que assegure a humanização. Na instituição pesquisada, prevalece um modelo tecnocrático, biologicista e intervencionista.

*Me sinto bem pouco respeitada ao estar do lado da mulher, fazendo meio que um papel de doula, de enfermeira obstétrica, que a gente faz também. Isso daí era tudo visto como uma piada. Eles [os médicos] chegavam e falavam que o parto era deles, que iam fazer o parto. Desrespeito total (ENF2).*

*A gente tem uma pediatria muito intervencionista, assim como a obstetrícia. A gente está centrado no que é doença, e não naquilo que é biológico, naquilo que é normal. Se você deixar o bebê nascer e ficar ali com a mãe, eu não preciso limpar ele, aquecer ele. Ele já está no contato pele a pele, ele já está junto da mãe, ele vai ter a temperatura adequada, ele vai respirar (RES2).*

Em função do cuidado centrado na figura do médico e da ideia de hierarquia entre categorias profissionais, a atuação de uma equipe interdisciplinar é comprometida e a presença das enfermeiras obstétricas é recebida com hostilidade pela equipe médica. Entretanto, há um grande potencial da enfermagem obstétrica para transformar o modelo tradicional de cuidado e adequar a atenção ao parto, gradualmente migrando para o modelo humanizado. Essa mudança de paradigma tem ocorrido porque a formação dessa categoria profissional está fundamentada na valorização da fisiologia da mulher no ciclo gravídico-puerperal, enquanto a formação médica continua centrada na patologização do corpo feminino.

*Aqui fica tudo muito na mão do médico. “Ah, aqui temos uma equipe multidisciplinar.” É mentira. Não temos. A gente tem o médico tocando o pré-parto. “Ah, mas tem enfermeira obstétrica.” Mas ela não tá lá tocando junto, ela não tá lá trabalhando junto. [...] Essa é a grande questão. Aqui é centrado no médico (ASS2).*

*A parte médica também teve uma difícil aceitação em ter uma enfermeira obstétrica no pré-parto. Não foi todo mundo que gostou da ideia. Eu acho que é porque o médico tem medo de perder o espaço dele, sabe? [...] As enfermeiras obstétricas têm uma atuação muito parecida com a nossa [a dos médicos obstetras] no parto normal. Aliás, não tenho dúvidas de que a assistência delas é muito melhor do que a nossa no parto normal. Por quê? Porque elas são formadas pro parto fisiológico. Nós somos formados pra ver a patologia (RES2).*

A hierarquia na área da saúde é evidenciada não só entre as categorias profissionais, mas também dentro da medicina, entre o médico assistente e o médico residente. Esse processo de trabalho dificulta as possibilidades de mudança na prática profissional.

*Enquanto residente, a gente tem responsabilidade técnica, porque nós somos médicos. Mas eu*

*sou uma médica especialista em formação, então eu devo o meu plantão e tudo que eu estou fazendo ao médico assistente. Eu tenho que seguir aquilo que ele fala, eu não tenho outra opção. Esse pra mim é o maior entrave. [...] Pra eu fazer diferente, eu preciso sobreviver a isso aqui, tenho que terminar essa residência. Então, eu não posso bater de frente com todo mundo, não posso impor o que eu acredito, o que quem é fã do parto humanizado acredita. E aí a gente fica com medo de retaliação depois, a gente fica com medo de várias coisas e aí a gente acaba acatando o que os outros querem. [...] Tem assistente que às vezes não deixa você fazer tal procedimento, ou porque não confia ou porque achou que o que você fez antes foi um pouco petulante (RES2).*

Observa-se uma concepção tecnocrática, autoritária e paternalista dos médicos acerca do cuidado prestado, não incluindo a perspectiva das usuárias na tomada de decisão e afastando-as de sua condição de sujeito, de sua individualidade e protagonismo. A pessoa que está sendo cuidada é associada a um lugar de passividade. Essa visão é ainda mais presente quando associada à pobreza, pois há a suposição de que as pacientes com baixo poder aquisitivo possuem um repertório limitado para se envolverem no processo de escolha e decisão.

*Eu vejo, infelizmente, o serviço de saúde indo para trás. Parece da era industrial, parece que a gente tá apertando parafuso. Você precisa olhar para aquela mulher, gestante, puérpera, RN, pai, você precisa olhar para aquelas pessoas, entender as necessidades de saúde delas e dar o atendimento que elas merecem. Falam tanto de individualização, que cada sujeito é um, e daí você aperta parafuso (ENF2).*

*É um problema a questão de não discutir muito com o paciente, sabe? Então acaba deixando muito a desejar pra ele. Deveria se trabalhar mais em conjunto, pra que o paciente fique mais seguro, porque ele vê os médicos discutindo entre eles alguma coisa que não faz parte pra ele saber, entendeu? E faz parte saber o diagnóstico dele (AET1).*

*Nós atendemos a população que tem um nível social um pouquinho mais baixo, que não tem um preparo adequado pra um parto normal. Elas chegam aqui com a ideia de que se pagar vai ser cesárea e se não pagar será parto normal. Falta um pouquinho de preparo com relação ao que é um parto normal (ASS1).*

#### **Formação insuficiente para promoção de mudança da prática em saúde**

Constatam-se condutas inadequadas, desatualizadas, sem embasamento científico e sem

uniformidade, como cesárea sem indicação e episiotomia, sendo transmitidas pelos médicos assistentes aos que estão em formação. Percebe-se que essa prática está relacionada a um maior tempo de formação e à resistência em se atualizar.

*A gente ainda vê algumas condutas inadequadas, condução inadequada de gestante, condutas que já não se fazem mais. Iatrogenia, sabe? A indicação de parto é com 39 semanas, mas precisa fazer com 37, por medo, por medo. [...] Eu dou uma conduta e se a pessoa não gosta de mim, ela vem à tarde e muda minha conduta, então isso é um problema, porque o paciente fica sem seguimento (ASS4).*

*A gente vê que as cesáreas aqui não são com reais indicações. A gente vê que aqui o pessoal é muito inseguro e acaba indicando cesárea por qualquer coisa, por coisas que não tem indicação (RES2).*

*Profissionais que se formaram antes às vezes têm dificuldade de atualizar suas condutas. Um dos pontos negativos que a gente enfrenta é a dificuldade de uniformizar condutas. Tudo que é novo, tudo que é desconhecido, gera uma ansiedade (ASS6).*

*As pessoas vão herdando o conhecimento do outro e eu sinto que as pessoas aqui são muito resistentes ao novo, ao que é moderno. Às vezes, a gente acaba fazendo as coisas porque o chefe faz assim há não sei quantos anos, então é melhor fazer assim. Eu acho que tem essa cultura de propagar uma coisa que não está certa (RES2).*

*A realização de episiotomia não é rotineira, mas o que eu tenho percebido é que quando muda residente, parece que tem a necessidade de ter essa aula. Alguém precisa fazer pra aprender, e daí eles fazem (ENF2).*

*Eu sei de residentes aqui que fizeram episiotomia por pressão do assistente que está junto, por não querer bater de frente, por se sentir meio que na obrigação de fazer (RES2).*

Afirma-se que a formação é comprometida, sendo necessária a constante atualização e capacitação, nem sempre proporcionada pela instituição. A exemplo da analgesia de parto, que não é ensinada no hospital analisado, seja por um desconhecimento da anestesiologia em realizar a técnica corretamente, seja pela obstetrícia por não saber indicar a analgesia ou ter dificuldade de conduzir o parto a partir dela. Menciona-se que a realização de práticas comprovadamente benéficas pelos profissionais de saúde seria facilitada pela existência de protocolos e pela educação continuada.

*Fala-se muito em capacitação, mas não se tem capacitação, não se tem capacitação de professor pra desenvolver uma atividade (ASS2).*

*A gente não se deixa levar somente pelo aprendizado aqui, a gente corre por fora, né? A gente vai atrás do conhecimento que a gente sente falta (RES4).*

*Os residentes não são ensinados a fazer analgesia de parto vaginal, porque a gente não tem como ensinar, porque o nosso obstetra não solicita, porque o colega obstetra não sabe ou não quer fazer o PVE com o assistente da anestesia (ANE1).*

*Aqui no nosso serviço a gente não trabalha com peridural. Falta também o reconhecimento da faculdade em falar “nós não sabemos e vamos buscar saber, pois isso é importante”. De fato é importante pros profissionais que estão se formando, e muito mais importante pra população que é atendida (ENF2).*

*Um ponto negativo seria a falta de um protocolo e falta de analgesia de parto. Disparadamente são os maiores problemas (ASS9).*

*Faltam funcionários capacitados no seu setor e na sua especialidade. Falta curso de atualização, falta educação continuada (RES3).*

## Discussão

O modelo biomédico ainda persiste, com consequentes indicadores maternos e neonatais desfavoráveis, inclusive em hospitais vinculados a instituições de ensino mesmo após décadas da implementação de políticas públicas pautadas em um modelo integral<sup>13-16</sup>. Como demonstrado nos resultados, em serviços de saúde vinculados a instituições de ensino não são realizadas somente práticas desatualizadas, mas também são ensinadas, tendo como consequência a perpetuação de concepções e condutas em desacordo com as orientações respaldadas em evidências científicas. O Projeto Apice On encontra-se justamente nesses hospitais como uma estratégia de incorporação de conteúdos cientificamente embasados e de práticas humanizadas a fim de impactar na formação dos futuros profissionais de saúde. No entanto, existem desafios para sua implementação de fato.

A começar pela pouca articulação entre os profissionais e a gestão, gerando falta de coesão entre as propostas implementadas na instituição e a prática real do cotidiano. Percebe-se que a implementação do Projeto Apice On na instituição pesquisada, requer o estabelecimento de um projeto de mudança na formação dos profissionais e na constituição de um plano pactuado com os diversos atores envolvidos nas ações a serem desenvolvidas pelo projeto. Mas também, o reco-

nhocimento dos desafios a serem enfrentados, e, sobretudo, a constituição do diálogo para a co-gestão das mudanças. Dessa maneira, localizar e trabalhar de forma reflexiva e propositiva para a superação dos problemas e das resistências pode ser um dos caminhos para que novos projetos tenham chance de se institucionalizar.

Recomenda-se investir nos processos de formação profissional e em Educação Permanente em Saúde e na co-gestão nos serviços de saúde, com foco na avaliação constante da implementação dos projetos. Deve-se direcionar esforços para a gestão coletiva dos processos produtivos pelos trabalhadores de saúde, com compartilhamento coletivo do planejamento e controle das práticas de saúde, para um trabalho consciente, planejado e executado de forma reflexiva<sup>2</sup>. E, para além da importância da gestão participativa, é necessário estender esforços para o financiamento adequado do SUS, buscando vislumbrar mudanças efetivas do modelo de atenção<sup>10</sup>.

Constata-se que a infraestrutura é insuficiente e mantém ambiência do modelo tecnocrático, ou seja, não corresponde às recomendações da RC e do Projeto Apice On, que apontam a necessidade de tecnologia adequada no cuidado prestado à parturiente, de forma a permitir que a mulher vivencie seu parto e o nascimento de seu filho como um processo natural. Esse cenário acaba sendo amplificado pela desestruturação da rede. A Atenção Primária, responsável pelo pré-natal de baixo risco e orientação sobre a gestação, parto e puerpério, não consegue suprir todas essas demandas. Dessa forma, ocorre desarticulação nas referências, além de sobrecarga do serviço terciário, tal como observado na instituição analisada, na qual parte das demandas poderiam ser evitadas ou conduzidas em outros locais.

Um ponto crucial para a superação do modelo tradicional de atenção é a inserção de enfermeiras obstétricas no cuidado ao parto e nascimento, entretanto, a não compreensão de suas competências profissionais dificulta esse processo<sup>17</sup>. Essa prática é favorecida pela atenção centrada na figura do médico, corroborando com a permanência da hierarquia entre os profissionais de saúde e com a ineficácia da equipe interdisciplinar. Mostra-se necessário trabalhar com a resistência à mudança dos profissionais, ao se considerar as necessidades de saúde referidas e percebidas pelas gestantes e puérperas e compartilhar a tomada de decisões.

Somado a isso, também é necessário compreender que a violência de gênero é um importante desafio para a humanização do parto<sup>18</sup>. É

estabelecida por meio da alienação proveniente das relações patriarcais reproduzidas pelos profissionais de saúde, que, por sua vez, normalizam o desrespeito à dignidade das mulheres em situações dolorosas e iatrogênicas no momento do parto<sup>19</sup>. No entanto, é necessário desenvolver, também, questões provenientes do processo de trabalho, pois o cuidado ao parto contém o fenômeno do patriarcado, mas, este, não deve ser sobreposto às relações produzidas pelo trabalho.

Dessa maneira, o foco da implementação do cuidado humanizado deve ser o processo de trabalho, que é onde se consolidam as mudanças<sup>4</sup>. A sobrecarga de trabalho, a vulnerabilidade e o desgaste emocional levam os trabalhadores de saúde à exaustão, ao adoecimento e a consequente perpetuação de práticas biomédicas. O caráter reflexivo, autoconsciente e criador do trabalho deve ser reforçado e a própria produção científico-tecnológica deve ser desenvolvida sob controle social, indispensável para controle dos sujeitos sobre o trabalho e necessária para a superação da alienação<sup>1</sup>.

Deve-se, ainda, questionar a crescente medicalização social para que os sujeitos possam se construir como protagonistas conscientes, por meio de politização das determinações dos processos que geram sofrimento na sociedade, desenvolvendo uma dimensão de vida mais plena de sentido. Associa-se, portanto, a visão de humanização como a apropriação por todos os indivíduos envolvidos nos processos, através de maior acesso a serviços de melhor qualidade e resolutividade, integralidade da atenção, abertura democrática aos profissionais, com o objetivo de emancipação<sup>1</sup>.

## Conclusão

A análise dos desafios vividos na implantação e implementação do Projeto Apice On em um hospital de grande porte do Brasil permite inferir

que, apesar do projeto reivindicar um modelo obstétrico e neonatal baseado no cuidado humanizado e em evidências científicas, ainda persiste um modelo de atenção biomédico, uma gestão ineficaz na condução do trabalho em saúde e uma formação insuficiente para promoção de mudança na prática em saúde.

A gestão democrática e participativa nos serviços e a formação inicial dos profissionais são determinantes para o fortalecimento do modelo humanizado. Em especial a formação das enfermeiras obstétricas, pois reúne aspectos filosóficos fundamentados no respeito à fisiologia do parto, no protagonismo da mulher e no cuidado individualizado. No que diz respeito às práticas docentes e atitudes profissionais, a educação permanente em saúde pode ser uma estratégia de reflexão, reconstrução e transformação dos processos de cuidado. É justamente nos hospitais ligados a instituições de ensino que é desenvolvido o Projeto Apice On, tornando central o debate acerca dos profissionais-docentes, que acabam se tornando modelo para a prática futura dos discentes em formação.

Mediante essa constatação, a educação permanente em saúde deve ser incorporada como estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. É uma aliada para potencializar a implementação e a ampliação dessas ferramentas para que ocorra de fato uma transformação do processo de trabalho e cuidado oferecido, em consonância com a humanização do parto e nascimento.

Entende-se que há uma limitação da pesquisa por ter sido realizada em apenas uma instituição hospitalar. A perspectiva do cuidado na atenção primária à saúde, junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, poderia contribuir para traçar um panorama de como a Rede Cegonha, na qual se insere o Projeto Apice On, tem se constituído nos diferentes serviços. Dessa maneira, há a necessidade de ampliar a investigação para outros cenários.

## Colaboradores

BCS Capelanes, KTA Rezende e MPS Santos participaram da concepção, do delineamento, da análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. MQ Chirelli trabalhou na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

## Referências

1. Gomes RM. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
2. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
3. Bourguignon AM, Grisotti M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. *Saude Soc* 2018; 27(4):1230-1245.
4. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):615-626.
5. Biondi HS, Pinho EC, Kirchhof ALC, Rocha LP, Barlem ELD, Kerber NPC. Cargas de trabalho psíquicas no processo de trabalho de enfermeiros de maternidades e centros obstétricos. *Rev Gaucha Enferm* 2018; 39:e64573. NÃO INDICADAS NO TEXTO
6. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):7-14.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a implantação da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jun.
8. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1915-1928.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Apice On: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetricia e neonatologia*. Brasília: MS; 2017.
10. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1707-1714.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2014.
12. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
13. Mendes YMMB, Rattner D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. *Rev Saude Publica* 2020; 54:23.
14. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, Leal MC. Nacer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saude Publica* 2020; 54:100.
15. Diniz CSG, Rattner D, d'Oliveira APL, Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters* 2018; 26(53):19-35.
16. Capelanes BCS, Santos MPS, Rezende KTA, Chirelli MQ. Cuidado humanizado às gestantes, parturientes e puérperas: análise temática da concepção dos profissionais de saúde. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 9, A Coruña. *Atas eletrônicas*. A Coruña: Ludomedia; 2020.
17. Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA, Marchiori GRS. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* 2019; 23(1):e20180218.
18. Diniz CSG. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2001.
19. Vilela MEA. *Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino: o que dizem as mulheres* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2017.

Artigo apresentado em 16/03/2021

Aprovado em 03/12/2021

Versão final apresentada em 05/12/2021

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva