



## PARTO HUMANIZADO E GESTÃO PÚBLICA: ESTUDO DE CASO DO ISEA – CAMPINA GRANDE – PB

Allan Carlos Alves<sup>1</sup>,  
Jaiza de Oliveira Matos<sup>2</sup>,  
Sandra Sereide Ferreira da Silva<sup>3</sup>,  
Valdir Cesarino de Souza<sup>4</sup>,  
Gabrielle do Nascimento Holanda<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da atenção ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde, no município de Campina Grande, Paraíba. **Métodos:** Estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 168 mulheres. Foram utilizados os dez passos para Assistência Humanizada ao Parto determinados pelo Ministério da Saúde, como indicadores de processo, e o modelo de Rocha (2009) para a análise da Política Pública Humanizada. O tipo de parto foi considerado indicador de resultado. A análise foi realizada no *software* SPSS 16 e utilizados os testes de estatística descritiva. **Resultados:** Em relação aos dez passos, 100,0% das mulheres tiveram atendimento respeitando os critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde. A média de Idade das parturientes foi de 23,4 anos; o tipo de Parto foi o espontâneo, com 85,3%; a Duração foi de menos 60 minutos durante o período expulsivo para 88,79%; posição vertical foi a escolhida por 78,92 das entrevistadas como melhor local do Parto; e 88,3% das parturientes não utilizaram nenhum método de alívio de Dor.

**Palavras chave:** políticas públicas; avaliação; parto humanizado.

### ABSTRACT

*Aim: To evaluate the quality of care delivery in Elpídio de Almeida, in the city of Campina Grande, Paraíba. Method: a cross-sectional study conducted by the research of medical records and interviews with 168 women. The ten steps determined by the Ministry of Health as process indicators to Humanized Birth Care, as well as Rock model (2009), were used for the analysis of Humanized Public Policy. The type of delivery was considered as an outcome indicator. The analysis was performed using SPSS 16 software and tests of descriptive*

<sup>1</sup> Professor efetivo da UEPB, doutorando em ciências da administração pela Universidade do Minho - Portugal (2008), mestre em administração para UFPB (2007), especialista em gestão de pessoas (2005) e graduado em administração pela UFCG (2003)

<sup>2</sup> Graduada em Administração pela Universidade Estadual da Paraíba

<sup>3</sup> Universidade Federal de Campina Grande

<sup>4</sup> Universidade Federal de Campina Grande

<sup>5</sup> Faculdade de Ciências Médicas Universidade Federal de Campina Grande - FCM/CG

*statistics. Results: the average age of parturient was 23.4 years old, the type of delivery was spontaneous in 85.3% of the cases, its duration was less than 60 minutes, during pushing stage in 88.79% of the cases, vertical position was chosen by 78.92% of the respondents as the best position, and 88.3% of parturient did not use any pain relief method.*

**Keywords:** *public policy; evaluation; humanized birth.*

## 1. INTRODUÇÃO

No que se refere às áreas de atuação da gestão pública, a Saúde ainda é tida como um dos maiores desafios. A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia. Dentro dessa perspectiva, o conceito de humanização do parto e nascimento vem ganhando destaque nas discussões referentes à qualidade da assistência ao parto e nascimento.

As mulheres muitas vezes enfrentam um longo percurso para conseguir atendimento gratuito e de qualidade que lhes garanta assistência adequada na hora do parto. Giffen et al. (2000) ressaltam essa realidade quando afirmam que a busca por assistência na rede pública de serviços inicia-se com uma peregrinação em busca de uma vaga nas unidades de saúde e termina com o enfrentamento de um serviço ineficaz.

O modelo tecnocrata adotado durante muitos anos, em que o parto era realizado através de procedimento cirúrgico, muitas vezes sem que houvesse necessidade, passou a ser fortemente criticado a partir da década de 1950. Para Diniz (2005), esse modelo assistencial resulta em um grande risco para mãe e filho.

A proposta da humanização do parto está relacionada a uma mudança na cultura hospitalar, de modo que a organização esteja realmente voltada para atender as necessidades das mulheres (DIAS; DOMINGUES, 2005). Nesse sentido, implica que a atuação dos profissionais deve respeitar os aspectos da fisiologia da mulher, garantindo que intervenções desnecessárias não sejam realizadas e assegurar o acolhimento e suporte emocional de que ela necessita. Outro aspecto importante da humanização é que ressalta a autonomia da mulher durante todo o processo, por meio da elaboração do plano de parto, quando deve ser respeitada a vontade da parturiente.

Uma vez que a saúde pública no país ainda apresenta falhas significativas, a análise dos programas desenvolvidos no setor pode ser um importante mecanismo de mensuração dos resultados. A partir da comparação entre o estabelecido no planejamento da política e o que de fato vem sendo efetivado, é possível para os gestores ampliar as ações de promoção de saúde com qualidade e atender a demanda existente. A humanização é uma constante nas

discussões sobre a qualidade do atendimento e assistencialismo na saúde pública. Segundo Amorim et al. (2010), a adoção de medidas humanizadas garante a melhoria do acesso. Uma vez que a assistência hospitalar ao parto tradicional não tem contemplado o suporte social e emocional às mulheres, o que torna o processo extremamente desgastante, o presente trabalho tem como objetivo analisar o programa de parto humanizado do ISEA (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida), no município de Campina Grande – PB e verificar se o mesmo atende as Diretrizes do Parto Humanizado.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Por volta dos anos 1910, na Europa, o parto era tido como um processo metódico e realizado mediante a sedação total da mulher (DINIZ, 2005). Dessa forma, a gestante não tinha envolvimento algum com o trabalho de parto e o contato com a criança acontecia somente após o procedimento realizado. Para Dias e Domingues (2005), o uso intensivo de tecnologia, com consequentes intervenções, fazia-se necessário para oferecer a segurança que obstetras, em geral, não acreditavam que o corpo da mulher pudesse oferecer. No entanto, esse modelo tecnicista perde espaço quando os resultados se tornam ineficientes, pois o uso desnecessário de intervenções cirúrgicas provoca mais danos que benefícios.

Os movimentos pela mudança do modelo assistencial do parto surgem na década de 1950, por meio das ações em prol do parto sem dor, na Europa, e parto sem medo, nos Estados Unidos (GRUSKIN, 2008). A vertente do parto natural surge através do movimento *hippie* e é fortalecido pelo feminismo em suas muitas vertentes, contribuindo, por meio da luta pelos direitos da mulher, para que as mudanças pudessem acontecer.

No âmbito da saúde, a crítica à assistência deu-se principalmente devido à condição de marginalização e descaso com parto e nascimento, até o final da década de 1970 (DINIZ, 200). Há cerca de 25 anos, inicia-se um movimento internacional a fim de priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é, em geral, chamado de humanização do parto.

No campo da saúde pública, a crítica ao modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções que possam reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Os problemas eram os mesmos enfrentados na atualidade: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência, falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a total variabilidade geográfica de opiniões.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto ganhou força na década de 1990, quando, segundo Rattner (2009), a informação que circulava na sociedade, decorrente da atuação de ativistas em prol da humanização, deixava claro que o modelo de atenção ao parto e nascimento era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando os direitos da mulher.

O parto humanizado ganha viés de política pública quando, em 1998, o Ministério da Saúde adota medidas objetivando mudanças em benefício da valorização do parto normal e coibindo, dessa forma, o uso da analgesia de parto e o abuso na realização de cesarianas no SUS. A portaria 2816/1998 estipula crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (RATTNER, 2009).

Ainda, segundo Rattner (2009), é a partir de 2000 que o termo humanização é efetivamente adotado, e o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, cuja finalidade consistia em promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto para mãe e filho. A primazia do programa era voltada para a atenção integral à mulher, de modo a substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologia por uma abordagem humanista.

Um dos principais avanços na luta pela humanização da assistência corresponde à criação da Rede de Humanização e Nascimento (Rehuna), cuja base está pautada na oposição às circunstâncias de violência e constrangimento que ocorrem no modelo assistencial convencional. A Rehuna denuncia o fato de que os procedimentos adotados impõem às mulheres uma rotina de posições e intervenções desnecessárias que perturbam o desencadeamento natural do parto, colocando a mulher e a criança em risco.

Uma vez que, de acordo com Trevisan e Bellen (2008), garantir saúde de qualidade e condições de assistência que primem pelo bem-estar e segurança da população é papel do gestor público, avaliar os programas de saúde pública é imprescindível para aperfeiçoar as práticas desenvolvidas nos hospitais e unidades de atendimento, além de servir como subsídio para o aprimoramento dos programas e melhorias nas condições dos serviços prestados à população.

## **2.2 AVALIAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO**

Após a promulgação da Constituição de 1988, a saúde tornou-se constitucional em todas as esferas de governo, até então era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas (PAULUS; CORDONI, 2006). Foi também por meio da Constituição que o Sistema Único de Saúde, o

SUS, foi instituído. É válido ressaltar que por políticas de saúde entende-se os programas elaborados e desenvolvidos pelo governo, ou através de parceiras que tenham como objetivo promover a saúde e bem-estar da população, como mostram Pain e Teixeira (2006, p. 5):

Entende-se como *política de saúde* a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. (PAIN; TEIXEIRA, 2006, p. 5).

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), o SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das funções mantidas pelo poder público, e representa um dos maiores progressos na assistência básica à população.

Os avanços da eficiência das políticas públicas de saúde foram significativos ao longo das últimas décadas, no entanto, muito há para ser feito. A saúde pública no Brasil ainda é percebida com deficitária em muitos aspectos, faltando-lhe ainda uma estrutura que permita a assistência integral aos cidadãos. Essas carências se constituem principalmente na falta de leitos hospitalares, medicamentos gratuitos e atendimento médico de qualidade.

Nesse sentido, as avaliações dos programas que são implantados atuam como mecanismo de controle das ações que de fato vêm sendo desenvolvidas nas unidades de saúde. Segundo Moysés et al. (2004), esse processo avaliativo pode ser compreendido como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis, portanto, o trabalho será desempenhado com maior eficiência e poderá atender um número maior de pessoas.

Dentre os diversos programas de saúde pública do SUS, tais como Farmácia Popular, Mais Médicos, Redução da Mortalidade, SAMU, dentre outros, que são detalhados no portal do Ministério da Saúde, encontra-se o programa Humaniza-SUS. Este, por sua vez, constitui-se em uma política cujo foco principal é respaldado pela mudança na cultura de atenção aos usuários e na dinâmica dos processos de trabalho. De acordo com documento emitido pelo Ministério da Saúde (2003), a política de humanização, como um todo, valoriza a dimensão social na qual o paciente está inserido, priorizando suas necessidades.

A humanização do parto e nascimento enquadra-se dentro das políticas de humanização desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde, representando uma evolução nos procedimentos médicos em relação ao parto; além disso, segundo Boaretto (2003), constitui uma ação importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres. Isso é ressaltado por Domingues (2002), quando mostra que a assistência hospitalar ao parto tradicional não tem contemplado o suporte social e emocional que deveria ser

oferecido às mulheres, o que torna o processo extremamente desgastante. A avaliação da política de parto humanizado torna-se necessária para a melhoria e ampliação do programa, podendo assim beneficiar um número cada vez maior de parturientes.

Segundo Hotimsky et al. (2005), desde o final da década de 1990, a expressão “humanização do parto” tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para se referir a uma série de políticas públicas promovidas com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de diversas instituições que atuam diretamente nessa área. Como exemplo, destacam-se a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e/ou do Banco Mundial, com a colaboração ou parceria de diversos atores sociais, como ONGs e entidades profissionais. Para que o parto seja considerado humanizado, é necessário que os procedimentos realizados estejam em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério de Saúde, recentemente atualizadas pela instituição da Portaria N° 371, em 7 de maio de 2014, com o objetivo de normatizar a prática em todas as instituições de saúde que trabalham com o parto humanizado. Nelas estão presentes ações que vão desde o apoio emocional das parturientes até o corte tardio do cordão umbilical. Estão enquadradas como diretrizes: (i) contato entre a criança e a mãe logo após o nascimento; (ii) estímulo à amamentação na primeira hora de vida; (iii) campeamento do cordão apenas quando parar de pulsar, pesagem, triagem; (iv) medidas de vacinação tardias; e (v) colocação da mãe e do bebê no mesmo quarto.

O projeto de humanização e assistência ao Parto do ISEA foi estabelecido desde julho de 2007, em Campina Grande – PB. Por ser a única maternidade pública do município, atende pacientes de todo o estado e de algumas cidades de estados vizinhos, como Pernambuco e Rio Grande do Norte.

O instituto de saúde conta com 16 leitos pré-parto. O projeto vem contribuindo para a redução do número de cesarianas e intervenções cirúrgicas desnecessárias. Segundo Amorim (2010), na assistência humanizada ao parto, as decisões passam a ser compartilhadas com a gestante e há melhoria no modelo de assistência, bem como o uso racional de medicamentos, evitando-se intervenções desnecessárias e a excessiva medicação durante o processo. Todas as condutas devem ser baseadas em evidências clínicas. Algumas medidas adotadas estão apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – 10 passos para Assistência Humanizada ao Parto

PASSOS	AÇÕES
1	Liberdade de posição e mobilidade
2	Estímulo à presença de acompanhante (escolhido pela mulher)
3	Adoção de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor
4	Oferecimento de líquidos via oral

5	Monitoramento fetal com ausculta intermitente (batimentos cardíacos do bebê)
6	Acompanhamento da progressão do trabalho de parto através do partograma
7	Campeamento tardio do cordão umbilical
8	Exame de rotina da placenta
9	Amamentação logo após o parto
10	Prevenção de hipotermia do Bebê (quando abaixo de 36 graus)

Fonte: Amorim et al. (2010).

Essas medidas garantem a assistência adequada às mulheres, possibilitando a sua participação no decorrer de todo o processo e permite não apenas a aproximação imediata entre mãe e criança como também proporciona um momento de integração com a família. (DIAS; DOMINGUES, 2005). É através do cumprimento das diretrizes que o ISEA vem contribuindo para o acolhimento e promoção de saúde das parturientes e crianças, ao longo da execução do Projeto de Humanização do Parto.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido mediante pesquisa bibliográfica e estudo de caso. A primeira é descrita por Fonseca (2002) como sendo o levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos ou páginas de *websites*. O Estudo de caso é, de acordo com Ventura (2007), entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais.

A pesquisa possui caráter exploratório, visando, de acordo com Gil (2007), proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Quanto à natureza, a pesquisa será aplicada, com o objetivo, segundo Engel e Tolfo (2009), de gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, que envolvam verdades e interesses locais.

No que se refere ao foco da pesquisa, a política analisada foi o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, realizado no Instituto Elpídio de Almeida, em Campina Grande – PB, entre os meses de setembro e novembro de 2014.

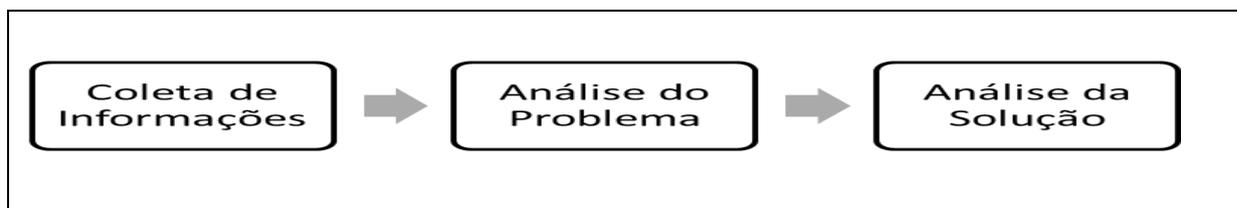
#### 3.2 MODELO DE AVALIAÇÃO

Uma vez que o Programa de Humanização do Parto, desenvolvido pelo ISEA, já se encontra em fase de execução, fez-se necessário o uso de um mecanismo de análise que possibilitou

avaliar o seu andamento, e, por esse motivo, não foi aqui avaliado o resultado final, mas, sim, os processos que estão sendo desenvolvidos. Segundo Costa e Catanhar (2005), seu papel principal é observar em que medida o programa está sendo executado e se segue de acordo com as finalidades propostas pelo MS.

A análise possibilitou a identificação das etapas ao longo da execução do projeto e, conseqüentemente, fornecerá subsídios necessários à análise pretendida. A seguir, o diagrama descreve o modelo de Avaliação de Programas de Políticas Públicas, sugerido por Rocha (2009, p. 36), a fim de analisar as etapas para desempenhar a avaliação do programa de parto humanizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). A escolha seguiu o critério de adequação dos objetivos da análise em relação à política pública desenvolvida.

Figura 1 – Modelo de análise de Políticas Públicas



Fonte: Rocha (2009).

A Coleta de Informações visa verificar se as diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde são atendidas pelo programa de parto humanizado do ISEA. Para tanto, foi feita a aplicação de questionário semiestruturado, composto por 50 questões fechadas a respeito dos procedimentos adotados na realização da humanização do parto, bem como informações relevantes sobre a maternidade. As informações foram coletadas no setor de estatística da maternidade, sendo considerados apenas os números representativos do Programa de Humanização do Parto, e através do acompanhamento dos procedimentos realizados.

A Análise do Problema tenciona verificar como as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde são executadas. Trata-se da análise dos processos realizados no Instituto que caracterizam o parto como humanizado. Por fim, a Análise da Solução objetiva trazer sugestões de melhorias para o programa, de modo a colaborar com a maior eficiência da gestão dessa política pública específica.

O Quadro 2 representa o modelo de avaliação usado na pesquisa, evidenciando as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e que são aplicadas no ISEA. A análise foca os procedimentos, coleta de informações, análise do problema e a análise de solução.

Quadro 2 – Modelo de avaliação

Dimensão	Coleta de Informações	Análise do Problema	Análise de Solução
Liberdade de posição e mobilidade	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Determinada pela parturiente e respeitada pelo Plano de Parto
Estímulo à presença de acompanhante (escolhido pela mulher)	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Determinada pela parturiente e respeitada pelo Plano de Parto
Adoção de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Determinada pela parturiente e respeitada pelo Plano de Parto
Oferecimento de líquidos via oral	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Determinada pela parturiente e respeitada pelo Plano de Parto
Monitoramento fetal com ausculta intermitente (batimentos cardíacos do bebê)	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Realiza procedimento completo, conforme a Diretriz do Parto Humanizado
Acompanhamento da progressão do trabalho de parto através do partograma	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Realiza procedimento completo, conforme a Diretriz do Parto Humanizado
Campeamento tardio do cordão umbilical	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Determinada pela parturiente e respeitada pelo Plano de Parto e em conformidade com a Diretriz do Parto Humanizado
Exame de rotina da placenta	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Realiza procedimento completo, conforme a Diretriz do Parto Humanizado.
Amamentação logo após o parto	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Realiza procedimento completo, conforme a Diretriz do Parto Humanizado
Prevenção de hipotermia do Bebê (quando abaixo de 36 graus)	Pesquisa via Banco de Dados do ISEA e acompanhamento de plantões	Comparação entre as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Realiza procedimento completo, conforme a Diretriz do Parto Humanizado

Fonte: Projeto ISEA (2014).

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os procedimentos referentes ao parto humanizado foram ressaltados por meio do questionário, nas questões pertinentes ao tema, em que a instituição se posiciona favoravelmente perante as ações de humanização. As informações são respaldadas por estudos realizados anteriormente por Domingues (2002), Amorim (2010) e Moysés et al. (2004), acerca da temática.

Em relação à presença do acompanhante, é permitida durante o trabalho de parto normal, cesárea e puerpério, sendo essa delimitação válida também para os casos em que a grávida é menor de idade, fato justificado pela necessidade de apoio emocional e sensação de maior segurança. Após o nascimento, as visitas são liberadas no período da tarde, mediante horário estabelecido pela maternidade. O pai, entretanto, tem a visita liberada durante todo o dia até 20 ou 22 horas. As visitas para familiares menores de 12 anos seguem a restrição de horário pré-estabelecido pela instituição. Para Seibert (2005), parto humanizado favorece a presença do acompanhante, acreditando que a sua participação ativa no momento do parto garante às parturientes conforto e segurança emocional, permitindo que o trabalho de parto se torne menos desgastante.

No que se refere aos procedimentos, a maternidade adota o uso do partograma, um gráfico onde são anotados a progressão do trabalho de parto e as condições materna e fetal; estímulo à movimentação da gestante e posições não supinas durante o trabalho de parto; uso não farmacológico para reduzir o mal-estar provocado pela dor; o parto poderá ser realizado em posição vertical, dependendo da situação em que a parturiente se encontre; estímulo do contato precoce entre mãe e bebê; incentivo à amamentação ainda na sala de parto e, posteriormente, em ambiente conjunto; as normas e rotinas são apresentadas e registradas mediante documentos escritos.

A humanização da assistência expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano (DINIZ, 2005). Partindo dessa concepção, as ações adotadas pela maternidade respeitam as diretrizes do parto humanizado, primando pelo cumprimento das normas (10 passos para Assistência Humanizada ao Parto MS Brasil, 2000), citado por Amorim (2010), e levando em consideração a opinião das gestantes. A Tabela 1 mostra as características do parto humanizado, trazendo as informações do programa realizado no ISEA, em 2014, quanto à Idade, ao Tipo de Parto, à Duração do Período Expulsivo, Posição e Local do Parto, e aos Métodos de Alívio de Dor.

Tabela 1 – Características do Parto do ano de 2014

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>			<b>Posição e Local do Parto</b>		
Variação	13 – 45	-	<b>Vaginal</b>		
Média ± DP	23,4	-	Posição Vertical	176	78,92
Adolescentes	70	31,20	Cadeira de Parto	132	59,16
<b>Número de Gestações</b>			Banqueta	35	15,70
Variação	1-12	-	Cócoras Sustentada	9	4,06
Mediana	2	-	<b>Posição semissentada</b>	47	21,07
<b>Número de Partos</b>			Cama	23	10,31
Variação	0-11	-	Mesa de Parto	24	10,76

Mediana	0\6r7	-	<b>Métodos de Alívio de Dor</b>	
Primíparas	120	53,60	Não farmacológicos	197 88,30
<b>Tipo de Parto</b>			Massagem	87 39,20
Espontâneo	190	85,3	Banho Morno	6 2,80
Fórceps	79	35,42	Eletroestimulação Transcutânea	53 23,70
Cesárea	33	14,7	Bola Suíça	71 32,00
<b>Duração do Período Expulsivo</b>			Caminhada/Mudança de Posição	188 84,50
≤ 60 minutos	198	88,79	<b>Farmacológicos</b>	
≥ 60 minutos	25	11,21	Analgesia de Parto	26 11,70
Variação	5-135	-		
Média ± DP	(±30,1)	-		

Fonte: Projeto ISEA (2014)

Verifica-se que a idade média das parturientes que foram atendidas pelo programa é de 23,4 anos, resultado do atendimento de mulheres com idades ente 13 e 45 anos. Percebeu-se também a forte incidência de adolescentes que realizaram o parto humanizado, representando um percentual de 31,2% das parturientes, sendo esse índice consequência da maior disponibilidade das adolescentes em participar de novos programas e aderir a novos métodos, como os adotados pelo parto humanizado. No que se refere ao tipo de parto, há uma predominância do parto espontâneo, onde não é necessária nenhuma intervenção, seguido do parto com fórceps, em que é necessária a utilização de instrumento para facilitar a retirada da criança. A duração do período expulsivo não excedeu 1 h em cerca de 88% dos casos, resultado decorrente do baixo índice de complicações durante o processo, dispensando algum tipo de intervenção, o que possibilita maior agilidade no trabalho de parto.

Em relação à posição do parto, 78,92% foram realizados em posição vertical, sendo utilizada a cadeira de parto em 59,16% dos casos; a banqueta, em 15,70%; e 4,06% tiveram o parto realizado na posição de cócoras sustentado. A posição em que o parto é realizado é escolha da mulher, pois há casos em que a parturiente não se sente à vontade em determinada posição, o que gera desconforto e dificulta o trabalho de parto. Em 21,7% dos casos, os partos foram realizados na posição semissentada. Verificou-se também que a maioria dos métodos utilizados de alívio da dor foram não farmacológicos, representados por 88,30%, sabendo-se, no entanto, que a gestante pode solicitar, se assim preferir, o uso de analgesia.

Ao longo de sete anos do Programa de Humanização do Parto, no ISEA, é possível identificar um aumento significativo na quantidade de pessoas que compõem a equipe responsável pelo parto humanizado. Esse aumento deve-se em grande parte à criação da residência em Ginecologia e Obstetrícia, na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que permitiu o aumento da equipe atuante no Programa e, por consequência, permitindo a realização de um número maior de partos. A Tabela 2 ilustra esse aumento, mostrando o número de integrantes desde o início do Programa.

Tabela 2 – Estruturação da equipe de trabalho

Período	Médicos	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Residentes	Outros
2007	2	2	1	3	–
2008	2	2	1	3	–
2009	–	–	–	–	–
2010	–	–	–	–	–
2011	–	–	–	–	–
2012	4	4	1	4	–
2013	6	6	2	8	–
2014	6	6	2	10	–

Fonte: Projeto ISEA (2014).

Os dados da Tabela 3 trazem os números de partos do projeto de humanização, no primeiro ano do Programa. É possível observar que de um total de 168 mulheres participantes, não foi necessária a intervenção cirúrgica em 132 parturientes que equivale à 78,57%, sendo que 28 partos foram humanizados, o que representa 21,21%. No ano atual, o número de partos humanizados representa um total de 58,5%. A diminuição do número de cesarianas entre as mulheres participantes do projeto significa um avanço significativo no combate às práticas de intervenções desnecessárias. Para Seibert (2005), tanto a mortalidade materna quanto as esterilizações cirúrgicas estão diretamente relacionadas ao uso abusivo de cesarianas, o que submete mulheres e recém-nascidos a riscos desnecessários. Entre 2009 e 2011, o projeto esteve inativo, passando, durante esse período, por um processo de reestruturação para melhor atender aos objetivos propostos.

Tabela 3 – Quantidade e tipos de partos

Ano	Cesárea	%	Normal	%	Humanizado	%	Total
2007	36	21,43	132	78,57	28	21,21	168
2008	33	19,86	138	80,14	63	45,65	171
2009	–	–	–	–	–	–	–
2010	–	–	–	–	–	–	–
2011	–	–	–	–	–	–	–
2012	43	8,3	209	91,7	46	22	252
2013	36*	16,6*	180	83,4	74	41	216
2014	33	14,7	190	85,3	111	58,35	223**

\* Gravidez de Alto Risco, criação de Unidade de Alto Risco à Gestante.

\*\* Até Outubro de 2014.

Fonte: Projeto ISEA (2014).

Estes dados representam a coesão entre as diretrizes determinadas pela lei e os procedimentos realizados no ISEA. É importante frisar que durante todo o trabalho de parto e preparação, a parturiente é informada de tudo o que acontece e está sendo feito. O Parto Humanizado representa maior liberdade da mulher no que concerne às decisões que são tomadas referentes ao parto. Isso ressalta a ideia de Domingues (2002), de que os processos tradicionais e o atendimento hospitalar não contemplam de forma adequada as necessidades das mulheres. Daí a importância de ações e programas públicos de saúde que visem beneficiá-las.

Uma vez que a análise das políticas públicas é tratada por Rocha (2009) como um mecanismo que possibilita conhecer as ações dos governos e os impactos que geram na sociedade, foi possível perceber, por meio da avaliação do Programa do Parto Humanizado do ISEA, que o mesmo atende todas as diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, bem como proporcionou a melhoria no atendimento e cuidado com mulheres de diversas cidades do estado.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As mudanças no modelo assistencial do parto e nascimento representam um avanço significativo nas políticas de saúde. Através da adoção de métodos humanísticos na atenção à saúde da mulher, é possível garantir qualidade no acesso e cobertura do parto e contribuir para a incorporação de ações que atendam de modo efetivo as suas necessidades.

O processo de análise do Programa de Parto Humanizado, no ISEA, permitiu a verificação do crescimento do programa e melhoria dos resultados alcançados. Esse fato é ilustrado pelo aumento do número de parturientes que adentram no programa e redução das intervenções cirúrgicas, o que garante maior segurança no momento do nascimento e proporciona a recuperação pós-parto mais rápida. Sabendo-se que a saúde da gestante e da criança é comprometida muitas vezes pela intervenção desnecessária de procedimentos cirúrgicos, a política de humanização surge como uma alternativa dinâmica e segura para o nascimento.

A saúde representa um dos maiores desafios da gestão pública, portanto, os programas implantados para esse fim devem atender com eficiência a necessidade da demanda. Nesse cenário um grande avanço é representado pelas iniciativas de humanização nas várias facetas da saúde pública, incluindo a assistência ao parto e nascimento. Dentro de tal perspectiva, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida dota seus procedimentos com métodos humanizados e beneficia mulheres de todo o estado. O Programa de Parto Humanizado do ISEA segue as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e, ao longo de sete anos, apresentou resultados significativos. Esses resultados ganham notoriedade quando se trata do aumento de partos humanizados realizados, conseqüentemente a diminuição das cesarianas, o que reduz os riscos correntes das intervenções cirúrgicas.

Além disso, é importante frisar a importância da participação da mulher durante o processo, pois a humanização do parto proporciona essa autonomia, já que as parturientes são informadas de tudo o que acontece durante o trabalho de parto, podendo atuar diretamente nas decisões pertinentes.

É importante ressaltar que uma assistência médica de qualidade é direito do cidadão e é dever dos órgãos públicos promover esse acesso. Por isso, a incorporação de novos conceitos de atenção à saúde no parto e nascimento é tão importante, pois garante a saúde da mulher e do bebê, bem como preserva a privacidade e autonomia da mulher cidadã.

Para que programas como esse possam continuar assistindo mulheres, é importante que mecanismos de avaliação sejam adotados para que se possa não somente mensurar os resultados alcançados, mas também acompanhar o desenvolvimento do programa. São ações como esta que permitem o aperfeiçoamento do projeto e garantem sua durabilidade e eficiência. Cabe aos gestores a iniciativa de avaliar as políticas públicas para que seja possível beneficiar um número maior de pessoas, proporcionando-lhes uma assistência digna e eficaz.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; LEITE, Debora Farias Batista; MAIA, Sabina Bastos; ARAÚJO, Ivelyne Radaci; MELO, Fabiana de Oliveira; ALVES, Jânio Nascimento; BARROS, Emanuela Santos; MEDEIROS, Gabriela Jussara Correia. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. *Revista Saúde & Ciência*, v. 1, p. 80-86, 2010.

ANGEL, Tatiana; TOLFO, Denise. *Métodos de pesquisa*. 1. ed. edição. 2009.

BOARETTO, M. C. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

- COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. *Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos*. RAP Rio de Janeiro. 2005.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Colet*. 2005; 10(3):627-37.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência de maternidade Leila Diniz*. 2002. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- DIAS, Marcos Augusto Barros. DOMINGUES, Rosa Maria Soares. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005.
- FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC. 2002.
- GIFFIN, K.; D'ORSI, E.; REIS, A. C.; BARBOSA, G. P. et al. *Fatores associados à realização de cesárea e qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Rio de Janeiro – sumário de resultados*. Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP-Fiocruz, 2000.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2007.
- GRUSKIN, S. et al. *Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach*. Bull. World Health Organ., v.86, p.589-93, 2008.
- HOTIMSKY, S. N. et al. *Humanização no contexto da formação em obstetrícia*. São Paulo. 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2003.
- \_\_\_\_\_. *SUS: Princípios e conquistas*. Brasília 2000.
- MOYSÉS, Samuel Jorge et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 627-641, 2004.
- PAIN, Jairnilson Silva; TEXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, 2006.
- PAULUS, Aylton; CORDONI, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19. 2006.
- Portaria GM/MS n. 2816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Institui medidas para redução de cesáreas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a. Seção I, p. 48.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Associação Pró Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR Universidade Feevale. 2. ed. 2013.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: Ponderações sobre políticas públicas. *Comunicação Saúde Educação*, v. 13, supl. 1, p. 759-68, 2009.

ROCHA, J. A. Oliveira. *Gestão do processo político e políticas públicas*. Braga; Universidade do Ninho. 2009.

SEIBERT, Sabrina Lins. *Medicação x humanização: o cuidado ao parto na história*. Enferm UERJ 2005.

TRAVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael van. *Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção*. RAP – Rio de Janeiro, 2008.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set/out 2007.