

## PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E LEI DO ACOMPANHANTE EM CESÁREAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Sanzovo, Gauana<sup>1</sup>  
Boeira, Camila<sup>2</sup>  
Durand, Michelle Kuntz<sup>3</sup>  
Cabral, Danielle Bezerra<sup>4</sup>

### *Resumo:*

**Introdução:** A valorização do acompanhante no processo parturitivo e puerperal é imprescindível para o poder de decisão/escolha da mulher e no exercício de sua cidadania. Tornar a relação profissional-paciente mais solidária no centro cirúrgico torna uma assistência qualificada e humanizada. **Objetivo:** descrever uma experiência, no centro cirúrgico de um hospital do oeste de Santa Catarina, na perspectiva da humanização da assistência cirúrgica a parturientes de cesárea e na lei do acompanhante. **Método:** relato de experiência, no Centro Cirúrgico de um Hospital de atenção terciária no oeste de Santa Catarina, Brasil, em outubro de 2017. A observação decorria desde a entrada das parturientes na sala operatória e no seu posicionamento anestésico-cirúrgico até o término da cirurgia. **Resultados:** a partir da observação de quatro cesáreas, houve a presença de apenas um acompanhante durante o parto, porém as demais parturientes solicitaram a entrada do mesmo, mas não foram atendidas. Percebeu-se ainda sentimentos de ansiedade, receio e medo da raquianestesia e, uma delas sentiu fortes dores excisionais ao não bloqueio regional completo da raqui. Em geral, a equipe cirúrgica-anestésica demonstrou acolhimento, atenção e comunicação empática com as pacientes, tornando o clima cirúrgico harmonioso e salutar. **Conclusão:** evidenciamos que o desejo pessoal e direito legal da mulher em ter seu acompanhante na sala operatória durante o parto cesáreo foram negligenciados, o que nos remete a pensar em estratégias mais eficazes no cumprimento da lei do acompanhante, enquanto profissionais de saúde.

**Palavras chave:** Humanização da Assistência, Centros Cirúrgicos, Cesárea

### I. INTRODUÇÃO

O setor cirúrgico é um setor fechado e complexo, com riscos físicos e biológicos inerentes a sua estrutura física e, sobretudo com normas e rotinas sistemáticas devido ao número excessivo de procedimentos. Esse centro requer um enfermeiro com habilidade técnica, conhecimento de relações

---

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Departamento de Enfermagem, Chapecó, Brasil. E-mail: gauanasanzovo123@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Departamento de Enfermagem, Chapecó, Brasil. E-mail: camila.boeira2@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina/ Universidade Federal de Santa Catarina (Pós-doutoranda). Departamento de Enfermagem, Chapecó, Brasil. E-mail: michele.durand@udesc.br

<sup>4</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Departamento de Enfermagem, Chapecó, Brasil. E-mail: danielle.cabral@udesc.br

humanas e científico e, principalmente com estabilidade emocional<sup>(1)</sup>. A partir do momento que o enfermeiro inclui cientificidade no seu saber cirúrgico, o órgão físico do paciente, as tecnologias e os equipamentos são centros do cuidado restrito<sup>(2-3)</sup>. A presença do enfermeiro junto ao leito, o toque terapêutico, o diálogo tornam-se restritos, porém não convém afirmar que haja inexpressividade do cuidado, uma integralidade desvalorizada, mas uma humanização qualificada e segura, no pouco tempo de relação ao paciente<sup>(3)</sup>.

Para uma construção efetiva da relação profissional-paciente, de forma simétrica, considerando para além do corpo biológico, do ambiente físico e social, faz-se necessário estreitar o diálogo entre os pares, o desenvolvimento de um trabalho harmônico e solidário e, acima de tudo valorizar a expectativa e o desejo do outro no processo do cuidar<sup>(3)</sup>. Valorizar as experiências individuais, os valores sociais e humanos, emoções, desejos, o enfermeiro poderá entender o outro na sua assistência prestada<sup>(3)</sup>. Assim, reconhecer o desejo da mulher no seu planejamento de gestar e parir, nas escolhas sobre riscos e benefícios do procedimento a ser submetido, na exigência de uma assistência obstétrica segura, possibilita o exercício da cidadania feminina, resgatando a sua autonomia no parto<sup>(4-5)</sup>.

Segundo Rattner<sup>(6)</sup> e a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(7)</sup>, para garantir uma assistência humanizada e segura, a parturiente e ao neonato, é preciso ter um mínimo de intervenções danosas e ineficazes, a exemplo: as manobras com fórceps, exame retal, posição supina e estimulação de ocitocina durante o trabalho de parto, imobilizações e revisão rotineira do útero depois do parto. Para obter uma congruência na assistência humanizada prestada, deve-se adotar algumas condutas como a inserção do acompanhante no cenário do nascimento<sup>(8)</sup>, oferta de líquidos, redução da analgesia intraparto, diminuição do tempo de trabalho de parto, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e escolha no posicionamento na hora do parto<sup>(6)</sup>. Humanizar a assistência de enfermagem materno infantil garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, de forma a proporcionar-lhe uma gravidez segura, tranquila e confortável, sendo essa apta a decidir o local e via de parto, o profissional que lhe assistirá, o acompanhante e a posição de parição.

Em termos de condutas ministeriais brasileira, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)<sup>(4)</sup> conceituou a humanização na qualificação da atenção pré-natal quanto ao seu acesso e cobertura, bem como incorporou práticas e condutas éticas e acolhedoras no processo parturitivo e puerperal abandonando, assim posturas despersonalizadas e intervencionistas que acarretavam riscos a mãe e ao neonato<sup>(9)</sup>. Além disso, a Lei do Acompanhante<sup>(10)</sup> determina que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, própria ou conveniada, exijam a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, como um direito inerente da mulher. A partir de um levantamento realizado pela ouvidoria da Rede Cegonha, em 2012<sup>(11)</sup>, com 83.574 mil mulheres entrevistadas, 65,2% relataram que não tiveram direito ao acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ou seja, os hospitais do SUS não estavam cumprindo a Lei do Acompanhante. Em contrapartida, uma vez permitido a entrada do acompanhante na sala de parto, Brüggemanna et al.<sup>(8)</sup> reportaram, em seu estudo, que os mesmos não tinham preparo emocional e psicológico, porém Frutuoso et al.<sup>(12)</sup> destacaram, em sua pesquisa, sentimentos positivos como prazer e entusiasmo durante o nascimento, outrora outras emoções como medo e angústia devido o desconhecimento da parturição e o sentimento de obrigação em ser acompanhante.

Sabe-se que os riscos potenciais são maiores no parto cesáreo devido a prematuridade e alterações respiratórias ao neonato, infecção puerperal, dores no pós-parto e uma recuperação mais tardia<sup>(4)</sup>, implicando, assim em um crescente número de intervenções cirúrgicas inapropriadas, desnecessárias e dolorosas<sup>(5)</sup>. Nesse contexto, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)<sup>(13)</sup>, publicou um relatório técnico, em 2015, para orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e

gestores, no âmbito público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, indicações e conduta, em especial a operação cesariana, garantindo, assim as boas práticas assistenciais por meio da saúde baseada em evidências. Diante desse contexto, objetiva, nesse presente estudo, descrever uma experiência, no centro cirúrgico de um hospital do oeste de Santa Catarina, na perspectiva da humanização da assistência cirúrgica a parturientes de cesárea e no cumprimento ou não da lei do acompanhante.

## II. MATERIAIS MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência no Centro Cirúrgico de um Hospital de atenção terciária no oeste de Santa Catarina, Brasil. Historicamente, a construção do Hospital Regional do Oeste (HRO) iniciou-se em fevereiro de 1982, sendo inaugurado em 30 de outubro de 1986, com 60 leitos inicialmente\*. A administração foi oferecida pelo governador na época e, em 1997 o Governo do Estado de Santa Catarina criou o Conselho de Administração do Hospital Lenoir Vargas Ferreira, sendo atualmente administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, com diversas especialidades médicas.

Acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Educação Superior do Oeste da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC/OESTE acompanharam, em outubro de 2017, por três dias consecutivos, partos cesáreos no centro cirúrgico do HRO na perspectiva do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da lei do acompanhante.

No decorrer de três dias consecutivos, em outubro de 2017, observaram-se quatro cesáreas, no período da manhã, no centro cirúrgico do HRO, como parte da disciplina obrigatória da grade curricular do curso de enfermagem. As acadêmicas de enfermagem observaram a entrada das parturientes na sala operatória, seus posicionamentos anestésico-cirúrgico, aplicação do bloqueio regional (raquianestesia), os tempos cirúrgicos e o término da cirurgia, com a saída da paciente da sala operatória para a recuperação pós-anestésica.

## III. RESULTADOS

A partir da observação, em salas operatórias do nosso local de estudo, de quatro cesáreas, descrevemos o relato de experiência pautado na Lei do acompanhante (Lei 11108/2005), do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (MS/ 2002) e da Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS/2004):

**Cesárea I:** Gesta II C II, 29 anos, cor branca, segundo grau completo, apresentava-se comunicativa, sem alergia a medicações, sendo solicitada a sentar na mesa cirúrgica para realizar a anestesia raquidiana na região lombar. Foi explicado que ela sentiria um formigamento nos membros inferiores, e que isso era normal, pois decorria da anestesia. A paciente apresentava muito ansiosa, sendo necessário realizar mais uma punção raquidiana. Em seguida, o anestesiológista solicitou a elevação dos membros inferiores, mas a paciente sentiu-as pesadas. Ela foi posicionada dorsalmente, com os braços imobilizados em talas cirúrgicas. O Dr1, residente do terceiro ano, dialogava com a paciente, mostrando-se bem acolhedor, cortês e empático durante o intraoperatório. Apesar da solicitação da gestante, pela presença do seu acompanhante na sala operatória, a mesma não foi atendida devido a sala ser pequena e ter uma demanda significativa de residentes de medicina e estagiários de enfermagem.

\*Contexto histórico do HRO contida no site: [http://www.relatecc.com.br/hro/?page\\_id=22](http://www.relatecc.com.br/hro/?page_id=22)

Percebemos que a equipe cirúrgica era harmoniosa e acolhedora, dialogava com a gestante assuntos amenos, prestava assistência humanizada para o conforto e bem-estar da paciente. Entretanto, houve a recusa da gestante na entrada de seu acompanhante na sala operatória. Estudiosos<sup>(14)</sup> evidenciaram que a parturiente deve receber todas as informações adequadas para a prevenção e controle da ansiedade e do medo de forma a preparar a parturição com autonomia, tranquilidade e confiança na escolha mais adequada do tipo de parto.

**Cesárea II:** Gesta II CI PI, 25 anos, cor parda, ensino fundamental incompleto, apresentava-se calma, comunicativa, relatando um pouco de ansiedade, receio e medo. Solicitou a equipe cirúrgica sobre informações do procedimento. A paciente sentou na mesa cirúrgica para realizar a anestesia raquidiana na região lombar. O anesthesiologista explicou que ela sentiria um formigamento e “peso” nos membros inferiores, e que isso era normal, pois decorria da anestesia. A paciente posicionou-se dorsalmente, com os braços imobilizados em talas cirúrgicas. O Dr2, residente do terceiro ano, mostrou-se impaciente no intraoperatório, com uma certa pressa em finalizar a cirurgia. Não houve diálogo com a paciente e entre a equipe cirúrgica. Apesar da solicitação da gestante, pela presença do seu acompanhante na sala operatória, a mesma não foi atendida devido a sala ser pequena e ter uma demanda significativa de residentes de medicina e estagiários de enfermagem. Ainda foi pontuado que só quem poderia estar na sala operatória era a pessoa que a acompanhou no pré-natal e não de sua escolha.

A limitação da presença do acompanhante no cenário do nascimento, quer seja no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato<sup>(9,11)</sup>, impossibilita que a mulher receba o apoio de sua rede social durante todo o processo parturitivo, bem como uma atenção qualificada. Na admissão do local do nascimento, a privacidade da mulher e a escolha do seu acompanhante devem ser considerados. Durante o trabalho de parto, faz-se necessário oferecer suporte emocional, sanar dúvidas sobre os procedimentos realizados, encorajar a uma posição confortável e tranquila no parto e, sobretudo o controle da dor deve ser realizado por ser técnicas não invasivas e não farmacológicas<sup>(9,15)</sup>.

**Cesárea III:** Gesta III, CII, 31 anos, cor branca, ensino superior completo, apresentava-se comunicativa e um pouco receosa. Foi solicitado a gestante que sentasse na mesa cirúrgica para realizar a anestesia raquidiana na região lombar. Contudo, não questionou a gestante sobre sensação de formigamento e “peso” nos membros inferiores. Após punção lombar, a paciente posicionou-se dorsalmente, com os braços imobilizados em talas cirúrgicas. O acompanhante encontrava-se na sala operatória, no caso seu marido.

No primeiro momento, não houve intercorrências e nem queixas álgicas da paciente, mas quando o Dr.3 excisionou a quarta camada da pele, a paciente começou a reclamar e gritar de dor, apresentando-se bastante queixosa. O anesthesiologista dialogou sobre a dor e a paciente relatou dores fortes na excisão cirúrgica. Solicitou que ela erguesse o membro inferior, sendo positivamente elevado. O mesmo dialogou com a paciente e solicitou que o acompanhante segurasse sua mão tentando acalmá-la para que o recém-nascido fosse retirado logo, e posteriormente, lhe induzissem a uma anestesia geral. A equipe cirúrgica e de anestesia foram acolhedores e proativos na situação adversa, intervindo satisfatoriamente na redução de riscos clínicos na saúde da gesta e do recém-nascido. O “receio da dor” durante ou após o parto é um fator determinante de escolha para o parto vaginal ou cesárea, principalmente pela utilização de fortes analgésicos após a cirurgia<sup>(15-16)</sup>. Ademais, as experiências e significados que as gestantes têm do parto podem interferir no seu comportamento e consecutivamente nos momentos vividos durante a parturição, sendo as nulíparas

com maior insegurança frente ao parto pela sua ausência de experiência, deixando-as mais susceptíveis a influência de opiniões e crenças de outrem<sup>(16)</sup>.

**Cesárea IV:** Gesta I CI, 27 anos, ensino superior completo, cor branca, apresentava-se calma e comunicativa. Solicitou-se que a gestante sentasse na mesa cirúrgica para realizar a anestesia raquidiana na região lombar. Explicou que sentiria um formigamento e “pesar” nos membros inferiores e que isso era normal, pois decorria da anestesia. Pós-raqui, solicitou a elevação dos membros inferiores, mas a paciente sentiu-as pesadas. A paciente posicionou-se dorsalmente, com os braços imobilizados em talas cirúrgicas. Não havia presença de acompanhante. O Dr4, mostrou-se muito acolhedor, afável, comunicativo, tornado o clima mais tranquilo. Não houveram intercorrências clínicas e cirúrgicas.

#### IV. CONCLUSÃO

A decisão pela via de parto retrata uma assimetria da relação profissional-saúde-paciente em que a vulnerabilidade da mulher pelo processo parturitivo acrescida ao conhecimento preponderante da equipe cirúrgica, favorece a preferência, dessa mulher, pelo parto cesáreo em detrimento de seus valores, opiniões e crenças na escolha final da via de parto. Evidenciamos, a partir de nossa análise descritivo-observacional, que essas escolhas são negligenciadas até mesmo no desejo pessoal e direito legal de ter seu acompanhante na sala operatória durante o parto, remetendo-nos a pensar em estratégias mais eficazes no cumprimento da lei do acompanhante, enquanto profissionais de saúde.

Sabe-se que as políticas em saúde estão bem delineadas quanto a humanização, acolhimento e presença de acompanhante durante o trabalho de parto, mas a resiliência prática de alguns profissionais em saúde perpassa a cadeia de atenção segura, singular, total e subjetivo das mulheres, em seu processo gravídico puerperal. Acresce-se ainda, uma reflexão sobre a medicalização dos bloqueios regionais e suas consequências no trinômio mulher-bebê-família, de forma a empoderar a mulher nas suas escolhas e direitos e, em especial na compreensão de todas as condutas cirúrgicas geridas. Diante disso, aponta-se investigar, a partir de estudos clínicos, as consequências fisiológicas e psicossociais de parturientes com intercorrências clínicas durante o parto cesáreo, que nosso estudo observou apenas em um evento.

#### REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Práticas recomendadas SOBECC: Enfermagem em centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. São Paulo: Manole. 7ed. 2017.
- (2) Education in operating room nursing: transformation of the discipline at University of São Paulo school of nursing (Brazil). Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2012 [acesso em 2017 nov 13]; 46(5):1268-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en\\_32.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_32.pdf)
- (3) Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2010 [acesso em 2017 nov 13]; 63(3):427-34. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019593013.pdf>

- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2001. 202p [acesso em 2017 nov 11]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
- (5) Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery R Enferm. [Internet]. 2006 [acesso em 2017 nov 11]; 10(3):439-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>
- (6) Rattener D. Dossiê humanização do parto. Humanização do parto: que história é essa? [Internet]. 2004 [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/htm/body ml>.
- (7) Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO\\_RHR\\_15.05\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf)
- (8) Brüggemann OM, Ebeleb RR, Ebsenc ES, Batista BD. In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 nov 10]; 36(spe):152-58. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en\\_0102-6933-rgenf-36-spe-0152.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0152.pdf)
- (9) Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Childbirth humanizing from nurses' perspective. [Internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 15]; 21(4): e20160366. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf>
- (10) Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. 2005 [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Maio a outubro de 2012. [Internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 05] Brasília; 91p. Disponível em: [https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio\\_pre\\_semestral\\_rede\\_cegonha\\_ouvidoria-sus\\_que-deu-a-noticia-de-64-por-cento-sem-acompanhantes.pdf](https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semestral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-noticia-de-64-por-cento-sem-acompanhantes.pdf)
- (12) Frutuoso D, Brüggemann OM. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 15]; 22(4):909-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. [Internet]. 2015 [acesso em

2017 nov 05]. Disponível em:  
[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf)

(14) Câmara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios de assistência de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2000 [acesso em 2017 nov 11]; 2(1). Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista2\\_1/Cesarea.html](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista2_1/Cesarea.html)

(15) Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. [Internet]. 2002 [acesso em 2017 nov 05] Brasília; 28p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

(16) Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista. [Internet]. 2010 2000 [acesso em 2017 nov 12]; 36(4):296-306. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1146>