



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

IONÁ TEIXEIRA BORGES

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO NA CESARIANA**

Ioná Teixeira Borges

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO NA CESARIANA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito à obtenção de Grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Sônia Carvalho de Santana

Ariquemes – RO
2016

Ioná Teixeira Borges

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIO NA CESARIANA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ma. Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a Esp. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, de 23 novembro de 2016

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio para realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

A toda a minha família, pelo apoio nesta jornada em busca de adquirir novos conhecimentos e a realização de um sonho.

À professora e orientadora Sônia Carvalho de Santana, obrigada pelo apoio, paciência, dedicação e incentivo que tornou possível a conclusão deste trabalho.

Ao corpo docente da FAEMA, que de maneira sábia contribuiu para minha formação.

À minha turma, por ter feito parte de momentos maravilhosos em minha vida, e que jamais serão esquecidos.

E a todos que de alguma forma contribuíram para realização deste sonho.

Sem vocês essa conquista não seria possível.

“Dai-me Senhor, a perseverança das ondas do mar, que fazem de cada recuo um ponto de partida para um novo avanço.”

Gabriela Mistral

RESUMO

Este estudo busca descrever a importância da humanização da assistência de enfermagem no perioperatório da cesariana, visto que o índice de cesariana vem crescendo a cada ano. Com esta perspectiva, observa-se a importância da humanização, das práticas e da atenção à gestante, procedimento que está na pauta internacional de discussões por várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional. Dessa forma, a enfermagem precisa ser capaz de visualizá-las e considerá-las em todas as suas dimensões, garantindo-lhes um cuidado integral e humanizado. Neste sentido, desenvolveu-se este trabalho, com objetivo descrever a importância da humanização da assistência de enfermagem no perioperatório da cesariana por meio de revisão bibliográfica de caráter descritiva. A pretensão é contribuir com a sensibilização de profissionais de saúde que assistem a mulher, a adotarem condutas humanizadas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê.

Palavras-chave: Humanização; Assistência de enfermagem; Assistência Perioperatório; Cesariana.

ABSTRACT

This study seeks to describe the importance of the humanization of nursing care in the perioperative cesarean section, as the rate of cesarean section has been growing every year. With this perspective, the importance of humanization, practices and attention to pregnant women is observed, a procedure that has been on the international agenda for several decades and, in recent years, has been gaining prominence in the national scientific literature. In this way, the nursing needs to be able to visualize them and consider them in all its dimensions, guaranteeing them an integral and humanized care. In this sense, the purpose of this study was to describe the importance of the humanization of nursing care in the perioperative period of the cesarean section through a descriptive bibliographical review. The intention is to contribute to the awareness of health professionals who assist women, to adopt humanized behaviors that bring well-being and to guarantee safety for the woman and the baby.

Keywords: Humanization; Nursing care; Perioperative Care; Caesarean;

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Proporção de nascidos vivos de parto cesáreo – Brasil e regiões, 2000 – 2013.	20
Quadro 1: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem.....	27
Quadro 2: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem.....	27
Quadro 3: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem.....	27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C.	Antes de Cristo
ACOG	Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Biblioteca Digital de Teses
CCB	Centro Cochrane do Brasil
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
d.C.	Depois de Cristo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
et al.,	Entre Outros
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FIGO	Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura na Área Médica de Abrangência Internacional
MS	Ministério da Saúde
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
PUBMED	<i>National Library of Medicine</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SOBECC	Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

SVS

A Secretaria de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 PROCESSO FISIOLÓGICO DA GESTAÇÃO	16
4.2 CESARIANA.....	18
4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	23
4.4 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CESARIANA	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

A cesariana tornou-se um dos procedimentos cirúrgicos mais conhecidos e executados na atualidade, devido ao aumento progressivo de suas taxas, com variação entre países, regiões e subpopulações. (GULLO et al., 2011).

A saber, é considerado um procedimento seguro, tanto para a criança que vai nascer e a mãe.

A assistência à mulher no perioperatório engloba os aspectos físicos, emocionais e relacionais, considerando toda a singularidade deste momento. Dessa forma, destaca-se a importância do profissional enfermeiro na atenção e no cuidado durante o perioperatório. (ROCHA et al., 2008).

No entanto, a assistência de enfermagem deve envolver todas as necessidades ao longo do período perioperatório, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização de todos os cuidados, executando-os com conhecimentos especializados, para atender às necessidades apresentadas devido a cesariana, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação, evitar complicações no pós-operatório. (ALMEIDA; SILVA, 2008).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) compreende três fases denominadas pré-operatória, na qual é realizada a visita de enfermagem; a transoperatória e a pós-operatória. (SOBECC, 2013).

Considera-se que a assistência de enfermagem a mulher no período perioperatório demanda do profissional de enfermagem uma visão integral e continuada das necessidades básicas do indivíduo e de sua família. Portanto, para que haja essa visão há necessidade de conhecimento científico e domínio dos procedimentos, a fim de desempenhar as atividades de forma ordenada e sistematizada. (LIMA, 2013).

Com intuito de buscar subsídios e contribuir com o avanço científico este estudo possui como objetivo descrever a importância da humanização da assistência de enfermagem no perioperatório para as mulheres submetidas à cesariana. Atualmente, a temática da humanização na assistência ao parto cesárea se mostra relevante, pelo fato do alto índice de cesarianas nos últimos anos, onde é necessário que a equipe esteja preparada e treinada para prestar todos os cuidados durante o perioperatório de forma humanizada. A importância deste estudo consiste

em reconhecer a assistência prestada pela categoria profissional enfermeiro, no contexto de humanização do parto cesariana.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a humanização da assistência de enfermagem no perioperatório da cesariana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar o processo fisiológico da gestação;
- Relatar sobre a via de parto cesariana;
- Demonstrar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP;
- Apontar a importância do profissional enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo, exploratório. A revisão de literatura consiste em um método rigoroso, de busca e seleção de pesquisas, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível por meio de descrições minuciosas dos dados oriundos da pesquisa. (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira consiste na pesquisa bibliográfica, por meio de consulta de trabalhos indexados e publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – Bireme), na qual estão disponíveis as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura na Área Médica de Abrangência Internacional (MEDLINE); Centro Cochrane do Brasil (CCB); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *National Library of Medicine* (PUBMED); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Biblioteca Digital de Teses (CAPES), Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Cesariana, Assistência de enfermagem, Assistência Perioperatório, Humanização.

O levantamento das fontes de publicações foi realizado no mês de agosto de 2015 à Junho de 2016, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão para revisão de literatura os periódicos disponíveis nas bases de dados, nacionais, no período de 2000 à 2015 coerentes com o tema da pesquisa. Portanto, foram excluídos os materiais que não abordava a temática proposta e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

A segunda consiste na leitura e organização dos materiais selecionados para elaboração deste trabalho compreendendo 53 referências.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PROCESSO FISIOLÓGICO DA GESTAÇÃO

Prenhez, gestação ou gravidez é o estado peculiar à mulher que concebeu e no qual evoluciona o produto da concepção. Este processo é uma parte fundamental do ciclo biológico da mulher, devendo-se portando, considerá-lo normal. Deve-se ter em mente, que embora as modificações fisiológicas que ocorrem durante a gestação afetem principalmente os órgãos da reprodução, todo complexo feminino se altera. (VIDO, 2006).

Nota-se que no período gestacional o organismo materno sofre modificações e adaptações com finalidade de favorecer o período gestatório e a resolução da gravidez. O ciclo vital feminino é composto por diversas fases que vão desde a infância à velhice e, entre estas, a mulher desfruta o privilégio de poder gerar em seu ventre uma vida, fase esta denominada de gestação, entendida como um conjunto de fenômenos fisiológico que evolui para a criação de um novo ser. Esse momento pode ser considerado o mais importante de todos os eventos vivenciados por uma mulher, sendo um período de alterações físicas e psicológicas. (REZENDE, 2005).

O início e o desenvolvimento de uma gestação são compreendidos como fenômenos complexos, onde ocorrem intensas modificações fisiológicas e psicológicas, refletindo psiquicamente e socialmente na vida da mulher e de seus familiares. (COSTA et al., 2010).

Segundo Horácio e Carvalho (2008) a gestação é uma condição materna em que a mulher tem um feto em desenvolvimento no seu corpo. No período entre a fecundação e a 8ª semana de gravidez, o conceito humano é chamado embrião e a partir da 8ª semana até o nascimento chama-se feto. A duração da gestação baseia-se na idade gestacional e esta é expressa em semanas completas.

Como já frisado, durante a gestação ocorre uma série de modificações na mulher, que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. Entretanto, estas alterações fazem com que as gestantes se

adaptem às modificações fisiológicas para prosseguir com o processo da gestação, do parto, e especialmente, da maternidade. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

O desenvolvimento de cada ser humano inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide; Após a fecundação acontece uma série de eventos que forma o zigoto que originará o embrião. O zigoto é uma célula única formada pela fusão do óvulo com o espermatozoide e na qual estão presentes os 46 cromossomos provenientes dos gametas dos pais, cada um contendo 23 cromossomos. (MOORE; PERSAUD, 2008).

A partir de 24 horas após a fecundação, o zigoto começa a sofrer sucessivas divisões mitóticas, originando inúmeras células e por volta do 6º dia após a fecundação, já no útero, esse conjunto de células se implanta no endométrio. No endométrio uterino ocorre o crescimento e desenvolvimento do embrião, e na 9ª semana de gestação passa a ser chamado de feto, já está com todos os órgãos e tecidos praticamente formados e mede cerca de 3,7 cm. (SADLER, 2005).

Segundo Moore e Persaud (2008), o período fetal é caracterizado pelo crescimento rápido e diferenciação dos tecidos e dos órgãos. Entre a 10ª e a 20ª semana o feto cresce principalmente em comprimento. Entre a 21ª e a 40ª semana o feto cresce, sobretudo em peso. No final da gestação o feto distingue perfeitamente a voz da mãe. Responde a estímulos musicais ou a barulhos e vê a luz através da parede abdominal. A data provável do parto coincide com as 38 semanas após a fecundação, ou seja, cerca de 40 semanas (ou 280 dias) após o início do último período menstrual.

A mulher, em seu ciclo gestacional atravessa por um período onde ocorrem inúmeras mudanças, que por sua vez envolve todos os sistemas, e que, se ajustam fisiologicamente de acordo com a nova condição que inicia na primeira semana e vai até o final da gestação. É importante deixar claro que, após o parto, inicia-se um novo processo, o da regressão, ou seja, o retorno às condições anteriores, este processo de regressão tem uma duração de aproximadamente 6 semanas, exceto no que diz respeito às mamas, que só voltam ao estado anterior após o término da amamentação. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A gestação é o momento de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade. É um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem a educação como o processo de cuidar da

gestante em todo o seu período gestacional bem como das mulheres em idade fértil, preparando-as para uma futura maternidade em suas vidas. (LAGES, 2012).

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam e compreendam essas transformações para que sejam evitadas intervenções desnecessárias à mulher e ao feto. Para tanto, o profissional necessita de uma fundamentação em fisiologia materna para iniciar o plano de cuidado, ajudando a mulher a entender as mudanças anatômicas e fisiológicas durante a gravidez. (BARROS, 2006).

Percebe-se que cada um é ser único, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe, construídos a partir do seu contexto sociocultural e familiar. É neste momento que o profissional de saúde se faz necessário como ponto de apoio e acolhida, buscando entender essa gestante no seu contexto sociocultural e familiar. Um ambiente favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento do ser humano. (VIDO, 2006)

4.2 CESARIANA

Sabe-se que a tecnologia e estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Entre estes, cabe destacar a evolução da cirurgia cesariana, um procedimento antes só realizado em mulheres em óbito para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que em algumas situações, proporciona segurança à vida. As últimas décadas foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas da saúde materna e perinatal. Devido a esses desenvolvimentos, torna-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos à saúde das mulheres. (BRASIL, 2009a).

A cesariana, cesárea ou tomatocia é definida como “ato cirúrgico que consiste em incisar o abdome e a parede do útero gestante para libertar o concepto ali desenvolvido”. (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Segundo Horácio e Carvalho (2010), a expressão “parto cesáreo” refere-se ao nascimento do feto e a remoção da placenta e suas membranas por meio de uma incisão nas paredes abdominais e uterinas. O parto cesáreo eletivo é aquele realizado antes do início do trabalho de parto, ou antes, da ocorrência de qualquer complicação que poderia constituir uma indicação urgente. A justificação para a

realização da cesariana eletiva pode depender da unidade hospitalar responsável pelo acompanhamento, do médico responsável pelo procedimento e da vontade demonstrada pela paciente.

A cesariana é considerada de emergência em situações materno-fetal que podem representar risco de vida, ou em caso de falha na progressão do trabalho de parto quer por hipodinâmica uterina, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, ou tipo de apresentação fetal. (LAGES, 2012).

Conforme Lamy e Moreno (2013) a cesariana é uma intervenção cirúrgica que possibilita que o bebê seja retirado do útero materno de maneira satisfatória. A origem do termo cesárea remete a algumas histórias, entre elas a Lei de César (*lex cesarea*) no século VIII a.C. a qual determinava que, caso a mulher morresse durante o parto, o bebê deveria ser retirado por uma incisão abdominal. Outra história sugere que termo cesárea poderia ter surgido do verbo em latim *caedere*, que significa cortar, que é termo mais aceito no meio científico. (BADER, 2007).

Entretanto, o primeiro caso relatado de cesarea ocorreu na Suíça em 1500 d.C. No Brasil, a primeira cesariana foi realizada por José Correia Picanço em Pernambuco no ano de 1822. Contudo, não existem registros sobre a sobrevivência ou não do feto e da mãe. Em 1855, na mesma cidade, têm-se a primeira notícia de um feto nascido vivo por meio de uma cesariana realizada por Luiz da Cunha Feijó. Entretanto, a mãe teria falecido dias depois do procedimento, sem registros da causa da morte. (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

A cesariana representa um avanço na obstetrícia moderna, que quando indicada corretamente é benéfica, tanto para a gestante quanto para o concepto. Em contrapartida, atualmente, observa-se que a elevação da incidência de partos operatórios tornou-se um fenômeno mundial. As razões para esse aumento são complexas e envolvem vários fatores que vão desde a preocupação com a preservação da anatomia materna e ao temor da dor do parto até a comodidade médica em relação ao procedimento. (ALBAN et al., 2009).

Nas últimas décadas tem ocorrido uma crescente incidência de cirurgias cesarianas e o Brasil tem lugar de destaque nesse cenário, pois apresenta uma das maiores taxas do mundo. (LAMY; MORENO, 2013). No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesarianas. (BRASIL, 2012b, p. 373-394).

Com o desenvolvimento tecnológico da medicina, a cesariana passou a ser um procedimento muito comum no Brasil e em todo o mundo. O índice de cesarianas apresentou um importante aumento nas últimas décadas no Brasil. Atualmente o país apresenta uma das maiores taxas de cesáreas do mundo, cerca de 36% dos nascimentos são realizados por via alta, em contrapartida tomando como referência hospitais particulares estes índices são mais elevados, aproximando de 80% a 90% dos casos. (ALBAN et al., 2009).

Segundo Ministério da Saúde (2015), em relação ao tipo de parto, os dados de 2013 apontam o crescente índice de cesáreas em todas as regiões do país, principalmente no Norte e no Nordeste, que apresentam menor acesso ao acompanhamento pré-natal. Portanto, ressalta-se que nenhuma região atendeu a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de no máximo 15% de partos cesáreos. É interessante notar que a redução em cerca de 450 mil nascimentos ao ano, quando se comparam os anos 2000 e 2013, não implicou em redução do número absoluto de partos cirúrgicos.

Pelo contrário, estima-se que o número de cesarianas no país tenha passado de 1,3 milhão ao ano em 2000 para 1,7 milhão em 2013, representando um crescimento de 31% (Figura 1). (BRASIL, 2015c).

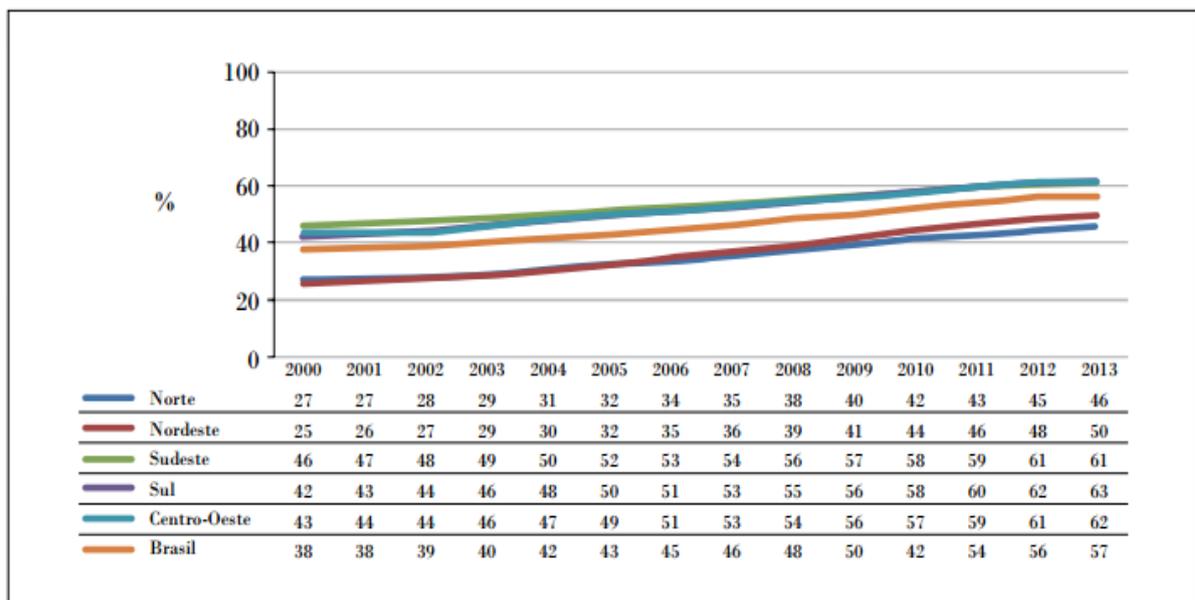


Figura 1: Proporção de nascidos vivos de parto cesáreo – Brasil e regiões, 2000 – 2013
Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sinasc, 2013

As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes. Apesar de o Brasil ter avançado muito na implementação de políticas públicas voltadas para assistência a saúde da mulher, adulta e adolescente, e da criança, todavia persiste no País a tendência de elevação das taxas. (BRASIL, 2012d).

Conforme Anjos; Westphal e Goldman (2014), a cesariana realizada sem as reais indicações médicas tem sido alvo de estudos em todo o mundo. Porém, é necessário saber a real indicação do parto cesáreo sem que isto aconteça somente por conveniência médica. A Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), afirmou que não é ética a realização do parto cesáreo sem uma indicação médica formal. Contrapondo a essa afirmação, o Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), orienta que se deve respeitar a autonomia da mulher e o poder de escolha da via de parto, mesmo que a gestação seja de baixo risco, respeitando que a idade gestacional esteja entre 39 a 40 semanas, e que seja obtido um termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos e benefícios do processo cirúrgico.

De acordo com Rezende e Montenegro (2013), existem alguns casos em que a cesariana é indicada como casos de placenta prévia, sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e prematuridade, além de apresentação pélvica, gestação gemelar, macrossomia fetal, apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, malformações congênitas, herpes genital, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cesarianas prévias e desproporção céfalo-pélvica.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a decisão acerca da via de parto é influenciada por inúmeros fatores como os riscos e benefícios, as possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que diz sobre “o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto”.

Segundo Villar et al., (2006), muitos fatores tem contribuído para essa ascensão, incluindo técnicas cirúrgicas e anestésicas mais aprimoradas, redução do risco de complicações pós-operatórios, fatores demográficos e nutricionais, a percepção dos provedores de cuidado e de pacientes de que o procedimento e

seguro, a prática profissional defensiva, mudanças nos sistemas de saúde e a cesárea a pedido da mulher. Como possíveis explicações para esse crescimento no Brasil descreveram fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea), organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico) e fatores institucionais e legais.

De acordo com Lima (2013), independente de suas indicações questionáveis, vantagens e desvantagens, o pós-parto que se segue após uma cesariana, exige da equipe de saúde cuidado e atenção.

Em relação ao parto cesáreo, as razões para considerá-lo a melhor forma de nascimento estão associadas com: ausência das dores de trabalho de parto, evitar o medo do parto, ser um procedimento mais rápido, a possibilidade de realizar uma laqueadura, salvar a vida do bebê, possuir informações e ter controle sobre o evento, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança. Em dois estudos foram encontrados altos níveis de satisfação materna com seus cuidados, durante a cesárea. (VELHO et al., 2012).

Silva; Prates e Campelo (2014), afirmam que é fundamental para a decisão da via de parto pela gestante uma maior aproximação dela com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que se refere aos aspectos da gestação, parto e puerpério. A responsabilidade e o papel do profissional na promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, na educação em saúde e na assistência ao processo parir/nascer.

Assim, a decisão para realização de uma cesariana deve ser criteriosa e discutida com a mulher. É necessário prover informações baseadas em evidências para as gestantes durante o período pré-natal de forma acessível, devem ser incluídas informações sobre as indicações, os procedimentos envolvidos, os riscos e benefícios associados, implicações para futuras gestações e partos após uma cesariana. Depois de fornecer as informações baseadas em evidências, deve-se requerer o consentimento da paciente, respeitando a dignidade, cultura e privacidade da gestante, levando em consideração sua situação clínica. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança,

desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. (SOCIETY FOR MATERNAL, 2014).

4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O centro cirúrgico é considerado uma área física do hospital que tem como objetivo de subsidiar o ato terapêutico, proporcionando condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar a satisfação das necessidades dos pacientes antes, durante e após a cirurgia. (THIESEN, 2005).

Entretanto, é uma unidade hospitalar de alta complexidade onde requer profissionais de enfermagem qualificados, equipamentos de tecnologia avançada destinados à manutenção do suporte de vida para clientes que serão submetidos a intervenção cirúrgica. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui para organizar o cuidado, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, e dando visibilidade à contribuição desse profissional, domínio da atenção a saúde, seja qual for o espaço, no qual a prática profissional ocorra, seja em instituição prestadora de serviços de internação hospitalar, ou em serviços ambulatoriais, domicílio, escolas entre outros. (MALUCELLI et al., 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a SAE uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia científica das situações de saúde-doença que subsidia as ações de assistência de enfermagem, para que possam contribuir com a promoção, prevenção. (COFEN, 2009).

O Decreto n 94.406/87, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências, deixando claro que:

Art. 1º – O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região. (BRASIL, 1987h).

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é a utilização do processo de Enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico, durante o período perioperatório, ou seja, compreende o intervalo de 24 horas antes da cirurgia até as primeiras 48 horas seguintes ao ato anestésico-cirúrgico. De acordo com a Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado (SOBECC), a SAEP possui as seguintes fases: pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação pós-anestésica, pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Segundo Ministério da Saúde (2001), o período perioperatório, compreende três períodos distintos de cuidado que são, essencialmente, interdependentes. O primeiro, definido como pré-operatório, contempla as vinte e quatro horas que antecedem a transferência do paciente de sua unidade de origem ao centro cirúrgico; a etapa transoperatória compreende desde o momento que o paciente é recebido no centro cirúrgico, incluindo a fase cirúrgica propriamente dita, em sala de operação, essa identificada como intraoperatório, e termina com o fim da cirurgia e o encaminhamento do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Por fim, o período pós-operatório imediato, inicia-se com a admissão do paciente na SRPA e dura às vinte e quatro horas que se seguem ao final da cirurgia.

A SAEP é um processo que tem como objetivos promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família e deve ser desenvolvido por enfermeiro, com conhecimentos técnicos e científicos. A enfermagem perioperatória é um processo sistemático e planejado com uma série de passos que estão interligados, seguindo um roteiro para assegurar ao paciente uma assistência adequada e individualizada. (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

A implementação da SAEP é uma atividade privativa do Enfermeiro e exige desse profissional, conhecimentos cognitivos e humanísticos consolidados. É um instrumento de trabalho imprescindível para a assistência de enfermagem e recomenda-se que seja pautada por um referencial teórico eleito para compreender etapas articuladas entre si, a fim de atender o ser humano no período perioperatório de forma individualizada. (SOBECC, 2013).

No contexto da equipe de Enfermagem, a SAEP possibilita o desenvolvimento de ações destinadas à prevenção, ao controle e à manutenção do conforto e da segurança do paciente e de seus familiares, visando à redução dos eventos

biopsicossociais advindos do processo perioperatório. Para isso, recomenda-se manter um cuidado individualizado, considerando-se que a forma de enfrentamento diferencia-se entre os indivíduos. (PICCOLLI; GALVÃO, 2001).

Um importante momento desse cuidado a ser realizado no âmbito da SAEP é a abordagem inicial do paciente, no período pré-operatório. A literatura mostra que a assistência adequada, de forma criteriosa e holística, nesse momento, pode interferir no restabelecimento do indivíduo no período pós-operatório. (PRÁ; PICCOLI, 2004).

O enfermeiro elabora o levantamento de dados sobre o paciente, coleta, organiza e prioriza os dados do paciente; estabelece o diagnóstico de enfermagem; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem; e avalia aqueles cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

A visita pré-operatória de enfermagem marca o início da SAEP. Esse procedimento é indispensável para o preparo físico e emocional do paciente. Ao desenvolver a visita pré-operatória ao que ser submetido à cirurgia eletiva, a enfermeira obtém elementos para acompanhá-lo no transoperatório e no pós-operatório imediato. Nesta visita, são levantados os dados para o histórico, identificadas as necessidades/problemas, elaborados os diagnósticos de enfermagem e as prescrições para o pré-operatório imediato e transoperatório, que facilitam o atendimento no pós-operatório. (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

A fase seguinte da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é a assistência ao paciente no período transoperatório, ou seja, o período que compreende a recepção do paciente no centro cirúrgico, até o seu encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica. O enfermeiro por meio de intervenções de enfermagem efetivas poderá minimizar os riscos decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

A última fase da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é o período pós-operatório, e a equipe de enfermagem necessita estar preparada para possíveis complicações que possam ocorrer ao paciente nesse período. A complexidade de ações e a inter-relação das três fases da experiência cirúrgica do paciente, a nosso ver, justificam a importância da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a utilização de conhecimento científico para esse embasamento. (PRÁ; PICCOLI, 2004).

O SAEP tem como objetivo, garantir uma assistência planejada, com foco em todos os períodos operatórios (perioperatório), ou seja, desde o pré-operatório (quando o paciente é informado que precisará realizar um procedimento cirúrgico e é hospitalizado em um leito), o intraoperatório (cirurgia propriamente dita) e o pós-operatório, em que o paciente já realizou a cirurgia, mas pode apresentar complicações. (MONTEIRO, 2014).

O processo de enfermagem é aplicado em todo perioperatório, para garantir a satisfação das necessidades físicas e emocionais do paciente, representando um importante elo da comunicação efetiva entre o profissional enfermeiro e o paciente, permite à enfermagem assisti-lo de forma sistematizada e contínua, buscando respeitá-lo como um indivíduo com valores, experiências e expectativas. Por meio desta o enfermeiro coleta informações a respeito do paciente e identifica suas necessidades, para tornar a assistência perioperatória individualizada e eficaz; auxiliando no planejamento e implementação da assistência, a fim de proporcionar ao paciente uma recuperação mais rápida e minimizando os riscos de complicações no pós-operatório. (PICOLLI; GALVÃO, 2001).

Os diagnósticos são baseados em problemas reais e potenciais do paciente e são as bases para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, que visam atingir resultados de responsabilidade do enfermeiro. Para prescrever as intervenções de enfermagem é necessário haver um diagnóstico de enfermagem prévio e um plano de ação sobre o que deve ser prescrito, a fim de que os resultados esperados sejam alcançados. Para tanto, foi criada a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), que padroniza a linguagem usada pelos enfermeiros na prescrição dos cuidados para os pacientes. (TANURE; GONÇALVES, 2008).

As intervenções de enfermagem têm o intuito de minimizar ou solucionar os problemas apresentados pelos clientes. As taxonomias *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) utilizada para identificação dos diagnósticos de enfermagem e a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC) padroniza a linguagem usada pelos enfermeiros na prescrição dos cuidados para os pacientes, e foi criada a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que contém os resultados esperados para cada Diagnóstico de Enfermagem identificado. (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012).

Desse modo, para se tenha uma melhor compreensão de como são feitas essas avaliações, demonstra-se nos quadros abaixo alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem exemplificativas.

Diagnósticos de Enfermagem	Risco de queda
Resultados Esperado	Prevenir queda Prevenir complicações
Intervenções de Enfermagem	Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda; Manter elevadas as grades de proteção da maca e/ou cama; Manter cama em altura adequada para prevenir quedas.

Fonte: SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012

Quadro 1: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Risco de infecção
Resultados Esperado	Prevenir infecção
Intervenções de Enfermagem	Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos; Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia); Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento; Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações; Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente.

Fonte: SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012

Quadro 2: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Risco de desequilíbrio da temperatura corporal
Resultados Esperado	Prevenir alteração da temperatura
Intervenções de Enfermagem	Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso; Avaliar cor, temperatura e umidade da pele; Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (rubor facial, sudorese); Cobrir o paciente com cobertores; Manter o ar condicionado desligado.

Fonte: SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012

Quadro 3: Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem

Portanto, o registro de todas as etapas da SAEP é de fundamental importância para a garantia de continuidade dos cuidados de enfermagem e para respaldo legal, assim é essencial que o instrumento utilizado para o acompanhamento e evolução de todas as ações neste período esteja adequado às necessidades do paciente, do profissional e da instituição. (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

A interação da assistência de enfermagem prestada durante a SAEP propicia ao paciente uma recuperação mais rápida e eficaz, por meio de uma assistência de qualidade, prestada de maneira integral e específica em todos os momentos do período perioperatório, o que certamente influencia o sucesso do tratamento cirúrgico do paciente. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

4.4 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CESARIANA

A humanização surge para mostrar aos profissionais de saúde que o paciente não é somente um doente, é um ser humano que tem família, com convívio social, planos, sonhos e sofre com as mudanças de sua rotina pessoal, passa a conviver no âmbito hospitalar onde ele não sabe por quanto tempo permanecerá. (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

Conforme Rios (2009), a humanização fundamenta-se no respeito e valorização da pessoa humana, constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços, sendo que no tocante às questões envolvendo o parto seja ele cesárea ou normal isso se torna mais proeminente.

Importante destacar, que o termo humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. (SIMÕES, 2007).

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) mostra-se relevante no contexto atual dos serviços de saúde, porque a constituição de um atendimento, calcado nos princípios da universalidade, da integralidade, da

equidade e da participação social do usuário, demanda uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário. (FREITAS, 2007).

A conceituação de humanização compreende: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006e, p. 9).

A humanização foi instituída pelo Ministério da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, possuindo como principal objetivo melhorar as condições do atendimento, e que o profissional dê importância não só ao que viu e palpou, mas, também, ao que ouviu ser relatado pela gestante, a fim de obter um tratamento mais eficiente. O acompanhamento da família é de fundamental importância durante a gestação, o parto e o puerpério. (BRASIL, 2013f).

De acordo com o Ministério da Saúde, humanizar é ter uma nova visão no processo saúde/doença, é levar em consideração o meio no qual a pessoa está integrada, incluindo os fatores social, econômico, cultural e físico. É abranger os profissionais de saúde, gestores e usuários em uma nova política de atendimento que sempre respeite os direitos humanos. (BRASIL, 2006e).

A humanização é trabalhada no setor da saúde como uma forma de resgatar o respeito no atendimento ao indivíduo, sem focalizar somente a doença, mas o indivíduo como um todo. O cliente necessita dos cuidados de intervenção para melhora ou manutenção da saúde e, portanto, ao procurar os serviços da saúde, espera uma conduta profissional eficaz, mas também humanizada. O enfermeiro estabelece contato direto com a cliente na gestação, parto e puerpério, e ao mesmo tempo, com todos os profissionais de saúde. É necessário que haja uma concepção de humanização, e que esta seja uma finalidade de toda a equipe de enfermagem. (NUNES; SILVA, 2012).

De acordo com Amestoy, Schwartz e Thofehr (2006), a humanização surge como transformação na área da saúde, como uma nova percepção dos profissionais que lidam com vidas a todo o momento, tornando-se muitas vezes insensíveis pela própria rotina, ou por várias outras consequências, sejam do ofício, ou ambiente de

trabalho, que prestam atendimento e cuidados muitas vezes desumanizados, como atos automáticos, mecânicos, o que torna a humanização um desafio, para a mudança de comportamento no relacionamento dos profissionais entre si e com os pacientes.

O cuidado humanizado começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares; é capaz de estabelecer uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais. Para a sistematização da humanização do parto, algumas regras precisam ser seguidas e incorporadas pelas equipes multiprofissionais. (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

A atenção qualificada e humanizada é um processo pelo qual a gestante e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, parto e pós-parto e o neonatal, independente do local que ocorra o nascimento. Para que isto ocorra, o provedor deve ter as habilidades necessárias além de contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infraestrutura adequados além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação. (FORNAZARI, 2009).

De acordo com Gullo et al., (2015) o parto é um instante muito importante na vida de uma mulher, é um momento que fica marcado para o resto da vida da mulher e da família, algo que mexe com as mulheres, os bebês e as famílias. Portanto é essencial valorizar o parto e o nascimento humanizado, e prezar pelo poder de decisão das mulheres.

Segundo Coelho (2009), a mulher neste momento, inicia seu direito a saúde sexual e reprodutiva, ao respeito independente de sua cor, raça ou classe social, obtendo acesso a ações que resolva suas necessidades diante de seu ciclo vital feminino respeitando o contexto sócio histórico e cultural de cada um, recebendo uma assistência digna e humanitária.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a humanização privilegia o bem-estar da mulher e do bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sócio cultural, caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parturição.

A enfermagem, assim com as demais profissões da saúde, tem por objeto de trabalho o ser humano, que busca os cuidados da profissão como forma de cura das enfermidades e que proporciona um nível elevado de satisfação por meio de suas intervenções. Mesmo em Instituições que possuem equipamentos sofisticados, não

se substitui a necessidade de haver profissionais que sejam capazes de desenvolver a humanização na prestação de seus cuidados; por isso as instituições devem se voltar não apenas para os investimentos na aquisição e manutenção de equipamentos modernos, mas principalmente em profissionais que possibilitam a qualidade da assistência, sendo o profissional o elo entre o paciente e o tratamento. Nesse sentido, gestos como o acolhimento, a forma de abordar o paciente e explicar os procedimentos a serem realizados, também terão repercussão nos resultados almejados. (NUNES; SILVA, 2012).

Silveira et al., (2005) ressaltam o papel do enfermeiro, exercendo seu trabalho de acordo com capacitação técnico-científica, assistindo à gestante, parturiente e puérpera, fazendo do cuidar um processo de humanização. Além disso, é fundamental o papel do enfermeiro como educador em saúde, promovendo a transformação da realidade da gestante e do parto no Brasil.

O parto envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, aliados às transformações físicas e emocionais que ocorrem com a futura mãe. É um momento de transição, no qual há a necessidade de apoio e compreensão para que a parturiente possa enfrentá-lo e assumir sua função ativa. A presença de um acompanhante vem assumindo um papel de suporte psicoafetivo e social, favorecendo o conforto e encorajamento no perioperatório. (TEXEIRA et al., 2009).

Na gestação é necessário enfatizar a orientação durante todo o período, a fim de que estejam claras as mudanças fisiológicas e psicológicas decorrentes da gravidez. Essa é uma fase delicada que gera uma grande expectativa na vida da mulher, e conseqüentemente de toda a família. Além da gestação, o momento do parto é de apreensão para a gestante, sendo necessário ao longo da gestação ir amenizando a ansiedade e o medo por meio de esclarecimentos dos tipos de partos, suas vantagens e desvantagens. Logo após o parto, no puerpério, as orientações à mulher são de extrema importância, como também os cuidados com o recém-nascido. (NUNES; SILVA, 2012).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. (BRASIL, 2006e).

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2001g).

Considerando o pré-natal e o nascimento como um momento único e especial para a mulher, o enfermeiro como educador deve assumir a postura de orientar, compartilhar saberes e buscar devolver à mulher a autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério. É durante as consultas de pré-natal que ocorre a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um processo de intenso aprendizado, oportunizando ao enfermeiro desenvolver a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007).

As consultas de pré-natal regulares, começando, idealmente, logo após a ausência da última menstruação, oferecem oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe de seu bebê. Além disso, esse acompanhamento regular permite detectar distúrbios maternos que podem ser preexistentes ou desenvolver-se durante a gestação. A mulher e sua família podem procurar apoio para o estresse gerado por inúmeros fatores relacionados, direta ou indiretamente, ao processo da gestação e aprender as habilidades inerentes à maternidade/paternidade. (BRASIL, 2006e).

A assistência pré-natal também deve incluir o âmbito sociocultural, pois quando proporciona, além do controle biológico, a segurança para a mulher e sua família, constitui fator de coesão social, viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral e pode tornar-se um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e perinatal, transformando, desta forma a realidade em qualidade. (VIDO, 2006).

O enfermeiro é o profissional habilitado para coordenar o desenvolvimento do ato cirúrgico em todas as suas etapas, tendo como objetivo possibilitar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico dentro de um ambiente seguro, confortável asséptico com menor risco de intercorrências para o paciente e para a equipe de saúde. (SOBECC, 2000).

O profissional enfermeiro é responsável pela implementação e coordenação da assistência de enfermagem prestada na unidade de centro cirúrgico, orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos; participar da

integração e coordenação do trabalho do centro cirúrgico em consonância com os demais setores da instituição; implementar programas de melhoria da qualidade do serviço prestado; desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao paciente no perioperatório. (THIESEN, 2005).

Na atenção ao paciente pré-cirúrgico, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidados de enfermagem. Estes cuidados incluem, ainda, orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico com finalidade diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório. (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Na recepção do paciente, que ocorre no setor de internação, o exame físico céfalo-caudal deve ser realizado pelo Enfermeiro, averiguando as condições dos sistemas orgânicos. A entrevista realizada pelo enfermeiro no momento pré-operatório é de suma importância, pois é nesse momento que se identificam as necessidades individuais para cada paciente, atentando para pontos relacionados, como a existência de alergias, tabagismo, alcoolismo e comorbidades, além dos diagnósticos específicos do pré-operatório. (SOBECC, 2009).

De acordo Porto e Viana (2009), compete a equipe de enfermagem no pré-operatório acompanhar a evolução do parto, controlar a evolução do parto e BCF, observar presença de sinais de complicações, estabelecer venoclise em veia de grosso calibre, administrar medicamentos quando prescritos, fazer tricotomia, estabelecer cateterismo vesical, manter a parturiente informada do que está se passando, encaminhar a parturiente para a sala de cirurgia, ajudar a colocá-la na mesa de cirurgia, ajudar a posicioná-la durante o ato anestésico.

Cada etapa do período perioperatório possui suas particularidades, porém o transoperatório é aquele onde se insere o intraoperatório, sendo este o estágio que se inicia com o procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito, até a reversão da anestesia. Pode ser considerado o período mais crítico de todo o processo, devido às atividades ocorridas nessa fase. Nesta etapa, ocorre a circulação de sala pela equipe de enfermagem no atendimento à equipe cirúrgica. As atividades serão, ainda, determinadas pela prescrição de enfermagem e pelas intercorrências do ato operatório e anestésico, sendo executadas por um profissional de enfermagem. (FONSECA; PENICHE, 2009).

A atuação da enfermagem neste contexto é de extrema importância, visto que ela estará presente em todos os momentos do período transoperatório. Cabe ao enfermeiro, o planejamento e a implementação de toda a assistência, delegando ao profissional técnico as tarefas que são cabíveis à sua função. O planejamento da assistência da enfermagem deve ser voltado às necessidades do cliente. (ALBUQUERQUE; MORAES, 2013).

Na fase de transoperatório, o primeiro momento consiste na recepção do paciente pelo enfermeiro, o qual deve confirmar: a assinatura do termo de consentimento do procedimento, condições clínicas do paciente, presença do prontuário, exames laboratoriais e imagem, realização do preparo pré-operatório, exame físico simplificado e mensuração dos sinais vitais. (SOBECC, 2009).

Durante o intraoperatório, o enfermeiro prescreve os cuidados relacionados principalmente ao posicionamento do paciente, monitorização, prevenção de intercorrências com o uso de dispositivos e manutenção da segurança do paciente. Ao término do procedimento anestésico-cirúrgico, o enfermeiro registra a evolução de enfermagem, incluindo os cuidados prestados durante a cirurgia, realiza a passagem de plantão das condições clínicas do paciente para o enfermeiro da recuperação anestésica ou unidade de internação. (LEMOS; SURIANE, 2013)

O pós-operatório é uma fase crítica para o paciente, em que ele fica vulnerável a diversas complicações, principalmente as de origem respiratória, circulatória e gastrointestinal. Por essa razão, ao admitir o paciente na recuperação pós-anestésica, é necessário que a avaliação inicial do enfermeiro consista em inspecionar prontamente o paciente, monitorizando-o de forma que se avaliem todos os parâmetros vitais, além da realização do exame físico céfalo-caudal, com ênfase no local cirúrgico. Neste período, é necessário também atentar para a reposição de líquidos, o débito urinário e gástrico, a avaliação de curativos, com o objetivo de prevenir ou tratar complicações. (SOBECC, 2009).

Durante o puerpério, ocorrem modificações biológicas e também modificações e adaptações psicológicas que expõe a mulher a certa vulnerabilidade, neste momento, a mulher fica susceptível a certas intercorrências, tais como: hemorragias, infecções, agravos relacionados à lactação, depressão puerperal, entre outras. (LIMA, 2013).

O puerpério pode ser dividido nos seguintes estágios: pós-parto imediato (1º dia ao 10º dia após a parturição), pós-parto tardio (10º dia até o 45º dia) e pós-parto

remoto (a partir do 45º dia). Essa divisão foi estabelecida, ao levar em consideração as diversas mudanças fisiológicas que acometem o organismo da mulher puérpera a fim de retornar ao estado anterior à gestação. A assistência ao puerpério tem como finalidades prevenir complicações e assegurar a lactação normal. (REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Cabe à enfermagem verificar a permeabilidade de acesso venoso, estimular precocemente o contato com o bebê a fim de favorecer criação de vínculo afetivo, realizar exame físico diariamente, enfocando a avaliação da condição das mamas, auxiliando-a no aleitamento materno, fornecendo apoio individual quando necessário; se faz relevante avaliar a distensão abdominal, e incentivar a deambulação precoce. (LIMA, 2013).

Além de avaliar a presença de colostro, orientar quanto à importância da amamentação, as técnicas da amamentação e os cuidados com as mamas e mamilo, orientar quanto aos cuidados com RN, inspecionar diariamente o períneo, loquiação e incisão, estar alerta aos sinais de infecção como temperatura elevada e lóquios com odor fétido, retirar o primeiro curativo do parto cesariano, e orientar para que a puérpera lave bem a incisão durante o banho e seque cuidadosamente. (PORTO; VIANA, 2009).

As orientações para a alta incluem informações sobre a dieta, o repouso adequado e as restrições de atividades, os cuidados com as mamas, a atividade sexual e a contracepção, os medicamentos, os sinais de complicações (como febre acima de 38º C, micção dolorosa, lóquios abundantes, vermelhidão, vazamento e/ou separação das bordas da ferida cirúrgica e dor abdominal intensa), além dos cuidados e orientações referentes ao bebê. (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Dessa forma, o foco do cuidado de enfermagem após a cesariana, deve ser centrado na família, e não apenas na cirurgia. Deve-se evitar a separação do neonato, do pai e da mãe. A puérpera preocupa-se consigo, mas também com seu bebê. O enfermeiro deve utilizar de contato físico e visual, comunicação terapêutica e envolvimento, para proporcionar a família uma experiência de parto positiva, independente da via que este aconteceu. (RICCI, 2008).

O período que a mulher permanece hospitalizada é importante que a enfermagem aproveite esse momento e desenvolva ações referentes à prevenção, avaliação e tratamento da dor; exame físico diário, com o intuito de avaliar as alterações fisiológicas no corpo da mãe e identificar e intervir precocemente

complicações comuns que eventualmente podem acontecer, como hemorragias e infecção. (ALMEIDA; SILVA, 2008).

A assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório demanda do enfermeiro que assiste em um centro cirúrgico uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas deste indivíduo e de sua família. Para que haja tal visão há necessidade de conhecimento científico e domínio dos procedimentos, a fim de desempenhar as atividades de forma ordenada e sistematizada. (THIESEN, 2005).

A enfermagem perioperatória deve ter uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar estas necessidades preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada no bloco cirúrgico. (SOBECC, 2013).

Portanto, é de extrema importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais capacitados para garantir o atendimento e atenção especializada a gestante; estrutura organizada, com equipe qualificada e multiprofissional, material adequado e em quantidade suficiente, no qual o acompanhante esteja envolvido, gestante e familiar tenham direito a informações e a possibilidade de expressar seus medos e sentimentos. (FIALHO, 2008).

Diante disso, o enfermeiro possui habilidades e competências, que se bem desenvolvidas podem propiciar à mulher percorrer pelo período puerperal e suas adaptações e transformações de forma saudável, contribuindo para o bem estar da puérpera, bebê, família e sociedade, especialmente quando se trata de um puerpério cirúrgico, no qual, além dos cuidados inerentes as demandas do pós-parto. (LIMA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão bibliográfica foi possível delinear as considerações que justificam os objetivos geral e específicos que nortearam o desenvolvimento e fundamentaram a proposta trazida neste estudo. O período da gestação é vivenciado como um momento único e especial na vida da mulher, sendo este permeado por incertezas, medos, inseguranças, fantasias e expectativas. E o momento importante deste período é a escolha da via de parto, cabendo à gestante a participação ativa na tomada de decisão.

A incidência da escolha do parto cesárea por influência de variáveis socioculturais e emocionais vem crescendo de forma significativa. E atuação de enfermagem através de estratégias, programas de saúde, pautada na assistência de pré-natal e humanização, cria-se um estreitamento no vínculo com as gestantes, possibilitando um atendimento especializado e individualizado, promovendo a humanização da assistência de enfermagem na cesariana. Assim, humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas sejam espirituais, psicológicas e biológicas.

Conclui-se que a humanização do parto é um assunto debatido na atualidade, pois visa promover uma assistência integral, respeitando e atendendo a gestante nas dimensões espiritual, psicológica, biológica, porém ao pesquisar sobre a humanização do parto cesariana, nota-se que esta temática é pouco abordada na literatura quando comparada ao parto normal, o que dificultou o aprofundamento relacionado ao assunto.

Contudo, espera-se com este estudo, contribuir para maiores informações àqueles que pretendem ou estão dando início a carreira de profissional enfermeiro, atuando de maneira humanizada, buscando aplicar os preceitos humanos em todos os níveis, aspectos e situações que vivenciará no decorrer de sua atuação como profissional.

REFERÊNCIAS

ALBAN, E. S. et al. Cesárea Eletiva: Complicações Maternas e Fetais. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/624.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-354, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200019>. Acesso em: 15 set. 2016.

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFÉHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem, **Rev. Acta Paulista enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000400013>. Acesso em: 10 set. 2016.

BADER, T. J. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. 1 ed., São Paulo: Manole, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas**. In Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001g.

_____. **Decreto n 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986h. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 13 nov. 2016h.

COELHO, E. A. C.; et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: limites da Prática profissional. **Esc Anna Nery RevEnferm**, v.13 n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>>. Acesso em: 15 out. 2016.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358 de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Brasília, 2009. Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen3582009_4384.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

COSTA, E. S.; PINON, G. M. B.; COSTA, T. S.; SANTOS, R. C. A.; NÓBREGA, A. R.; SOUSA, L. B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4380/1/2010_art_lbsouza.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CHRISTÓFORO, B. E.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p.14-22, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2016.

FIALHO, T. C. O papel do enfermeiro no parto humanizado. 38f. **Monografia** (Graduação Lato Sensu em Saúde Pública) – EVATA Educação Avançada. Viçosa – MG, 2008. Disponível em: <<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem, volume 2. 3 ed, São Paulo:,Yendis, 2008.

FORNAZARI, D. H. Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato no município de Piracicaba/SP. 92 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08012010-124403/pt-br.php>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FREITAS, B. P. O assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 10, n. 5, p. 690-5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

GULLO, C. E. et al. Cesárea Eletiva no Brasil: Imposição da Autonomia da Mulher ou do Poder Médico. **Rev. Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16782410&AN=86141447&h=fsA7WcTmjppFaHh8tKMc1Nzz8Jwd2yVDRq7rKhtdozc0xycUYy2ssRWL0qjVkgKHQPNIW4TUjGqit4be42GA%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d16782410%26AN%3d86141447>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GRITTEM; L.; MEIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitar e Enferm.** v. 11, n. 3, p. 245-51, 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/7311/52-43>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

HORÁCIO, S. F. L.; CARVALHO, S. M. T. Análise da escolha da via de parto de primigestas e multigestas. 26f. **Monografia** (Graduação em Fisioterapia) - Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/4472/3/TCC%20-%20VERSÃO%20DEFINITIVA%20-%2022%2006%2010.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

LAGES, A. M. S. Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo. 46f. **Tese** (Mestrado em Obstetrícia) – Faculdade de Medicina Universidade do Porto. 2012. Disponível em: <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71829/2/808-97.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2015.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, v.10, n.2, p.19-35, 2013. Disponível em: <<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniaSaude/article/viewFile/456/pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

LIMA, D. M. O cuidado de enfermagem no puerpério cirúrgico: aplicação de um modelo de cuidado. 144f. **Dissertação** (Mestrado Programa de Pós-Graduação em enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Paraná 2013. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20Daniele%20M.de%20Lima.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2015.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-36, jul-

ago.,2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 8.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, v.4, p. 57-68, set. 2012.

PICCOLI, M.; GALVÃO, C. M. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev Latino Am Enfermagem**. v. 9, n. 4, p. 37-43, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PORTO, A.; VIANA, D. L. Curso didático de enfermagem, módulo I: volume 2. 5 ed. São Paulo: Yendis: 2009.

PRÁ, L. A.; PICCOLI, M. - Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <[https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article-view/813/931](https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/813/931)>. Acesso em: 05 jun. 2016.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.1, p. 80-88, 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende Obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Rezende J. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. Ações Educativas no Pré-Natal: Reflexão Sobre a Consulta de Enfermagem Como Um Espaço Para Educação em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mai. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024>. Acesso em: 15 out. 2016.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

SADLER, T. W. **Langman – Embriologia Médica**. 9 ed. Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n.1, p.1-9, Jan/Mar., 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8861>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SILVEIRA, I. P. et al. Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, 2005; 9(3): 451-458. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=76>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SOCIETY FOR MATERNAL. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetric Care Consensus, American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstet Gynecol**. n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>>. Acesso em: 26 set. 2016.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, set. 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2015.

SOUZA, T. M.; CARVALHO, R.; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v.17, n.4, p. 33-47, out./dez, 2012. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SOBECC, Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado – SOBECC. **Práticas recomendadas SOBECC.6** .ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

TEIXEIRA, L. P. T. et al. Percepções da equipe obstétrica sobre a presença do pai durante parto e sobre a lei do acompanhante. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v.1, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a8.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

THIESEN, M. **Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**. 104 f. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101843/231725.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 out. 2016.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 36, p. 1819-29, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_in_LA.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

VELHO, M. B. V. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-66, Abr-Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.