**HUMANIZAÇÃO NO PARTO CESARIANO**

Eduarda Albuquerque Vilar1

Cristiano Pereira Sena2

Rebeca Ferreira Souza3

Amanda Regina Florencio Do Nascimento4

Tayane Moura Martins5

Thaís Coimbra Batista6

Diana Aparecida Rodrigues7

Brenda Fazollo Araujo8

David da Silva Peixoto9

Alice Cavallini Nascimento Bourguignon10

Camilla Tauil Valente Gonçalves11

Maria Eduarda Bezerra do Nascimento12

Luana Aparecida Landim Santiago de Oliveira13

Jean Jacques Lima de Brito14

Priscilla Christine Guimarães Queruz Becker15

Maria Eduarda Barres Vieira16

**RESUMO: Introdução:** A busca pela humanização da assistência assim como a melhoria das condições do parto e do nascimento tem sido marcante na construção de uma assistência qualificada. **Objetivo:** Estimular a reflexão sobre o tema, estimular a discussão e, sobretudo, conscientizar os futuros profissionais e já atuantes sobre a importância da promoção da cesariana humanizada. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão de Literatura do tipo exploratória e descritiva, de abordagem metodológica ampla que combina conceitos, pesquisas teóricas, evidências e análises de questões metodológicas fornecendo conhecimento prático dos resultados das pesquisas. **Resultados e Discussão:** A cesárea humanizada, especificamente, consiste na adoção de práticas baseadas no diálogo, acolhimento e empatia para com a gestante, sempre se baseando em evidências científicas atuais e de qualidade. Dessa maneira, o cuidado se torna integral, sempre respeitando as individualidades de cada mulher. A primeira medida humanizada, por assim dizer, é a forma como a indicação do procedimento é comunicada à mulher. Afinal, ela pode se sentir frustrada após ter idealizado um parto natural que, infelizmente, não será possível e/ou com medo de se submeter à cirurgia. **Considerações Finais:** Embora a humanização da cesárea seja fundamental, ainda há pouca discussão sobre esse tratamento na sociedade, e os especialistas focam principalmente na questão humanitária apenas no sentido de não usar medicamentos ou realizar intervenções durante o parto, neste caso, o foco está na humanização para o parto natural e para as práticas de cuidados em todos os níveis.

**Palavras-chaves:** Humanização, Parto, Assistência, Cesariana.

**E-mail do autor principal:** enfeduardaalbuquerque@gmail.com

1Enfermeira Obstetra, Centro Universitário Fametro, Manaus-Am, enfeduardaalbuquerque@gmail.com

2Neuropsicopedagogo e Enfermeiro Cardiologista, Universidade Paulista – UNIP, Manaus, Am, drcristianosena@gmail.com

3Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde, rbecafsouza1@gmail.com

4Medicina, Centro Universitário das Américas – FAM, São Paulo-SP, a.regina1907@gmail.com

5Acadêmica de enfermagem, Faculdades Integradas do Tapajos, tayane.martins@uepa.br

6Acadêmica de Medicina, UniRedentor Afya, thaiscoimbra0@gmail.com

7Acadêmica de Medicina, UniRedentor Afya, dianaaparecida13@hotmail.com

8Acadêmica de Medicina, UniRedentor Afya, brendafazollo@hotmail.com

9Acadêmico de Medicina, UniRedentor Afya, estudosdavidmed@gmail.com

10Acadêmica de Medicin, UniRedentor Afya, alicecbourguignon@gmail.com

11Acadêmica de Medicina, UniRedentor Afya, tauilcamilla@gmail.com

12Enfermagem, Centro Universitário Fametro, Manaus-Am, maddunascimento319@gmail.com

13Medicina, Uninassau, Cacoal-RO, landimluana448@gmail.com

14Acadêmica de Medicina, Uninassau, Cacoal RO, beajumper@hotmail.com

15Medicina, Uninassau, Cacoal-RO, priscillaqueruz@gmail.com

16Medicina, Unoeste, dudabarres@gmail.com

1. **INTRODUÇÃO**

A busca pela humanização da assistência assim como a melhoria das condições do parto e do nascimento tem sido marcante na construção de uma assistência qualificada. Durante anos várias ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o movimento da ‘humanização’(Mabuchi; Fustinoni, 2008).

Dentre elas PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH –1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), Política Nacional de Humanização (PNH -2003), Rede cegonha (2011), entre outros (Fiocruz, 2019).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que atende a diferentes necessidades e engendra significados que vão além do ato terapêutico. A ampla utilização desta cirurgia é preocupação mundial. No Brasil, em 2013, a cesárea representou 55% dos nascimentos – 86% no setor privado e 46% no público (MS/SVS/DASIS, 2013) (Campelo, 2016).

Os obstetras são os profissionais que, predominantemente, realizam a assistência ao parto no Brasil. Alguns estudos exploram como as práticas, atitudes e preferências desses profissionais participam das estatísticas de cesariana. Pela proporção que adquiriu, essa cirurgia tem sido objeto de controvérsias nos meios profissionais, políticos, acadêmicos e na sociedade civil (Faúndes; Cecatti, 1991).

Figuram como questões a formação médica que privilegia a cirurgia, as ideias de menor risco associado à cesárea e a imputação a uma escolha da mulher. Obstetras entrevistados atribuem a realização da cesariana à preferência e à solicitação das mulheres; essa preferência tem sido contestada em estudos com usuárias do setor público e do privado, os quais discutem como os obstetras promovem uma cultura intervencionista, em que são reforçados os medos das mulheres em relação ao parto e superestimada a segurança da cesariana (Brasil, 2016).

O termo humanização também está sujeito a disputas e múltiplos significados, sendo utilizado já há muitas décadas por médicos referência na obstetrícia (tecnocrática) brasileira, como Fernando Magalhães e Jorge Rezende, para os quais humanizar o parto incluía narcose e o uso de fórceps. Estas medidas seriam humanizadoras por serem percebidas como diminuidoras do sofrimento da parturiente e, segundo a autora, se contrapunham ao modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, [que] descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (Oliveira; Niy; Diniz, 2013).

A assistência humanizada à cesariana, também chamada de cesárea humanizada, é um diferencial oferecido as gestantes que possuem indicação obstétrica para essa via de nascimento. Na prática, busca-se oferecer à mulher e ao bebê algumas das vantagens do parto natural, sempre atuando segundo às melhores evidências científicas.

A técnica mais aceita atualmente se chama cesariana minimamente invasiva. Nesse caso, basicamente, os tecidos são separados por manobras digitais, usando-se menos o bisturi ou o eletrocautério. Ela é realizada sob anestesia local (epidural ou raquidiana), por meio de uma incisão no abdome e útero materno. Essa é posicionada entre dois a três centímetros acima do osso púbico — a chamada “linha do biquíni”. Em média, a cicatriz resultante fica com cerca de 10 cm de comprimento, em uma área fácil de esconder (Brasil, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa ideal de cesáreas se limita a 10% a 15% de todos os partos. Trata-se de casos nos quais o procedimento é usado para prevenir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal, ou seja, é clinicamente indicado (OMS, 2015). Outro alerta da OMS é de que as práticas passaram a fazer parte da “cultura” de certas classes sociais. “Precisa haver uma conscientização de que, apesar de segura hoje, trata-se de uma intervenção cirúrgica que pode ter impacto negativo para a mãe e a criança”.

O objetivo deste estudo é estimular a reflexão sobre o tema, estimular a discussão e, sobretudo, conscientizar os futuros profissionais e já atuantes sobre a importância da promoção da cesariana humanizada.

1. **METODOLOGIA**

Trata-se de uma Revisão de Literatura do tipo exploratória e descritiva, de abordagem metodológica ampla que combina conceitos, pesquisas teóricas, evidências e análises de questões metodológicas fornecendo conhecimento prático dos resultados das pesquisas (Marconi; Lakatos, 2014).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), mediante os seguintes descritores: Humanização, Parto, Assistência, Cesariana.

Foram selecionados artigos originais e legislações publicados entre 1991 e 2022, disponíveis gratuitamente em português e inglês, que discutissem a temática em estudo, segundo critérios de elegibilidade.

Os critérios de desclassificação foram artigos com texto incompleto, resumos e artigos em idiomas diferentes do português e inglês.

Criamos uma ferramenta que seleciona artigos com base em critérios relevantes e não relevantes, depois analisa os resumos e por fim lê os artigos na íntegra e coleta informações diretamente da base de dados.

1. **RESULTADOS E DISCURSSÃO**

A cesárea humanizada, especificamente, consiste na adoção de práticas baseadas no diálogo, acolhimento e empatia para com a gestante, sempre se baseando em evidências científicas atuais e de qualidade. Dessa maneira, o cuidado se torna integral, sempre respeitando as individualidades de cada mulher. A primeira medida humanizada, por assim dizer, é a forma como a indicação do procedimento é comunicada à mulher. Afinal, ela pode se sentir frustrada após ter idealizado um parto natural que, infelizmente, não será possível e/ou com medo de se submeter à cirurgia (Brenes, 1991).

Outro diferencial desse tipo de assistência é o direito a um acompanhante de escolha. E tem mais: durante o parto, a equipe médica se compromete a fornecer informações adequadas para a parturiente, deixando-a a par da evolução do procedimento.

Em relação ao ambiente hospitalar, deve-se buscar, sempre que possível, minimizar os efeitos do ambiente “frio”. Para isso, pode-se, por exemplo, colocar músicas escolhidas pela gestante, deixar as luzes mais baixas, manter uma temperatura ambiente agradável e adequada para o bebê, entre outras medidas. Tudo para diminuir o nível de estresse, tornando a experiência mais positiva e favorecendo a formação do vínculo afetivo mamãe-bebê.

**3.1 Como é o nascimento na cesárea humanizada?**

Quando o bebê se apresenta com uma boa saúde, ele é mantido por alguns minutos sentado dentro do útero, permitindo a pulsação do cordão umbilical. Dessa forma, garante-se a transfusão de sangue da placenta para o bebê, favorecendo a mudança da respiração intrauterina para a extrauterina. E, caso haja o desejo, o acompanhante pode cortar o cordão umbilical (SBP, 2022).

Na cesariana humanizada, após a saída da cabeça do bebê, abaixa-se imediatamente o campo cirúrgico. Isso possibilita que a mulher e seu acompanhante visualizem a saída do filho. Feito isso, se mãe e filho estiverem bem e estáveis, permite-se o contato pele a pele. Dessa maneira, a amamentação pode se iniciar ainda no centro cirúrgico, promovendo a nutrição e a formação do tão necessário vínculo afetivo (SBP, 2022).

Mas, os benefícios do contato precoce entre mãe e filho não param por aí. Isso porque ele também favorece a contração uterina e diminui sangramentos, assim como ajuda na formação do microbioma (ecossistema intestinal) do bebê, ligado ao bom desenvolvimento do sistema imunológico.

**3.2 Quando a cesariana deve ser realizada?**

A cesariana deve ser indicada quando há risco materno e/ou fetal. O chamado parto cesárea “a pedido” — por praticidade ou conveniência — tem sido cada vez mais desencorajado, dada as vantagens do parto natural para o bebê e para a mulher. Mas, caso a opção do casal seja essa, recomenda-se aguardar algum sinal de que o bebê está pronto para nascer, como o início do trabalho de parto ou o rompimento da bolsa.

A cesárea humanizada, especificamente, consiste na adoção de práticas baseadas no diálogo, acolhimento e empatia para com a gestante, sempre se baseando em evidências científicas atuais e de qualidade. Dessa maneira, o cuidado se torna integral, sempre respeitando as individualidades de cada mulher.

A primeira medida humanizada, por assim dizer, é a forma como a indicação do procedimento é comunicada à mulher. Afinal, ela pode se sentir frustrada após ter idealizado um parto natural que, infelizmente, não será possível e/ou com medo de se submeter à cirurgia (Brasil, 2016).

Outro diferencial desse tipo de assistência é o direito a um acompanhante de escolha. E tem mais: durante o parto, a equipe médica se compromete a fornecer informações adequadas para a parturiente, deixando-a a par da evolução do procedimento.

Em relação ao ambiente hospitalar, deve-se buscar, sempre que possível, minimizar os efeitos do ambiente “frio”. Para isso, pode-se, por exemplo, colocar músicas escolhidas pela gestante, deixar as luzes mais baixas, manter uma temperatura ambiente agradável e adequada para o bebê, entre outras medidas. Tudo para diminuir o nível de estresse, tornando a experiência mais positiva e favorecendo a formação do vínculo afetivo mamãe-bebê (Barbosa *et al*., 2003).

1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora a humanização da cesárea seja fundamental, ainda há pouca discussão sobre esse tratamento na sociedade, e os especialistas focam principalmente na questão humanitária apenas no sentido de não usar medicamentos ou realizar intervenções durante o parto, neste caso, o foco está na humanização para o parto natural e para as práticas de cuidados em todos os níveis.

Percebe-se que o momento do parto cesáreo demanda uma assistência íntegra e de qualidade que não se limite à expulsão ou extração de um feto do ventre da mulher, é um evento que necessita a implementação de um cuidado verdadeiramente humanizado, com todos os profissionais da saúde respeitando e considerando os sentimentos da mulher. Logo, a assistência ao parto cesáreo se inclui práticas como: amarrar as mãos das mulheres durante a cirurgia, o uso de medicamentos sedativos e a postergação do primeiro contato com o recém-nascido, o que reforça a negligência com os aspectos emocionais e a autonomia feminina” (Medeiros *et al.,* 2017).

A necessidade de humanização da cesárea perioperatória é motivada pelo fato de que os profissionais devem se educar e se esforçar para fazer a diferença na vida das mulheres que necessitam ou optam pela cesárea.

**REFERÊNCIAS**

FIOCRUZ. **Cesariana a pedido: desenvolvendo oferta de opções equivalentes.** 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cesariana-a-Pedido-desenvolvendo-oferta-de-opcoes-equivalentes/.

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria. O significado dado pelo Profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta paul. Enferm.** 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S010321002008000300006&lng=em&nrm=isso>. /

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública.** 1991. Disponível em<https://www.scielosp.org/article/csp/1991.v7n2/150-173/pt/.

CAMPELO, Natanael Manoel. **O cuidado nas urgências obstétricas em uma Maternidade pública: o olhar do enfermeiro.** 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM Nº 2.144/2016.** Dispõe Sobre É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida A autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

OLIVEIRA Salgado, H.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: O primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea Indesejada. **Journal of Human Growth and Development.** 2013.

BARBOSA, Gisele Peixoto *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cadernos de Saúde Pública [online].** 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>.

BRENES, A. C.História da parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. 1991.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Recomendações Sobre o Clampeamento do Cordão Umbilical.** 2022.

OMS. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>

Medeiros, Renata Marien Knupp *et al*. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online].** 2019.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia científica. **7ª. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas,** 2014. Disponível em: https://soniaa-arq.prof.ufsc.br/arq1001metodologiacinetificaaplicada/2013/grupo2/06.pdf