

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



APRIMORAMENTO DOS CONHECIMENTOS NA
ÁREA DE OBSTETRÍCIA ESPECIFICAMENTE
NO QUE SE REFERE À TRABALHO DE PARTO.

CINTYA MARIA BARBATO MEURER

DJALMA MARIANO

PAULO SÉRGIO JOAQUIM

SANDRA MARA ROSA

Curso de Graduação em Enfermagem

VIII^a Unidade Curricular

Orientadora: Ana Maria Westphal Batista

Supervisora: Silvana Maria J. Prazeres

N.Cham. TCC UFSC ENF 0172
Título: Aprimoramento dos conhecimentos
na área de obstetria especificamente no



972520300 Ac. 241049

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0172
Ex.1

Florianópolis, Julho de 1991.

"Enfim,
doação suprema, completa abnegação,
é preciso dizer interiormente a seu
filho, sim, pode sair.

A vida,
à tua Vida está lá fora, diante de
ti.

Toma-a".

Frédéric Leboyer.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários da Triagem e Centro Obstétricos do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, pelo apoio e carinho dispensado durante a realização do estágio.

Aos obstetras, Eunice, Hamilton, Jorge, Pedro, Renato, Rogério e Ubiratan, pelo voto de confiança que depositaram em nós.

A Enfermeira Hercília, pelo seu apoio e incentivo.

A Supervisora Enf^a Silvana, pela sua disponibilidade, apoio técnico, estímulo, amizade e compreensão.

A Orientadora Professora Enf^a Ana Maria Westphal Batista da Silva.

A todos que direta ou indiretamente nos auxiliaram durante esta fase.

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1 - Revisar Literatura sobre a mulher no período grávi- do puerperal	6
A - Assistência ao Parto	7
B - Relações Útero-Fetais	9
C - Ruptura das Membranas	11
D - Etapas do Trabalho de Parto	11
E - Alterações Fisiológicas que ocorrem na Mulher durante a Gestação	16
F - Efeito da Gravidez sobre a Mãe	22
G - Descolamento Prematuro de Placenta	27
H - Placenta Prévia	29
I - Distócia Pélvica	34
J - Distócias do Trajeto Mole	36
L - Distócias do Motor, ou Discinesias ou Contrati- lidade Uterina Anormal	41
M - Distócia de Objeto	44
N - Parto Prematuro	46
O - Sofrimento Fetal	47
P - Amniorrexe Prematura	50
Q - Eritroblastose Fetal	52
R - Cardiopatias	53
S - Hiperemêse	59
T - Abortamento	61
2 - Familiarizar o grupo com o sistema de trabalho do Centro Obstétrico do Hospital Regional de São José .	63
3 - Executar o projeto da VIII ^a Unidade Curricular, adotando a teoria de Wanda de Aguiar Horta	66
CONCLUSÃO	68

INTRODUÇÃO

Após aula expositiva sobre metodologia científica, percebemos que a maioria dos projetos de conclusão de curso, do curso de Enfermagem, eram didaticamente errados, pois misturavam o objetivo do trabalho propriamente dito, com o objetivo de aprimoramento pessoal.

A partir disso, resolvemos elaborar dois projetos, um com o objetivo do trabalho em si, que é "Prestar Assistência de Enfermagem individualizada à parturiente, fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas"; e este que tem o objetivo de "Aprimorar conhecimento na área de obstetrícia, especificamente no que se refere à trabalho de Parto".

Este trabalho servirá como suporte teórico e prático, para um bom desempenho do projeto; além de discutirmos aqui, a teoria de Enfermagem que nos servirá de marco referencial durante o desenvolvimento do trabalho.

Foi realizado durante o período de 18/03 a 05/06/91, paralelamente à realização do estágio na Maternidade (triagem e centro obstétricos) do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, através de discussões, pesquisas e práticas executadas pelos integrantes do grupo sob orientação da Professora Ana Maria Westphal Batista da Silva e supervisão da Enfermeira Silvana M. J. Prazeres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Revisar literatura sobre a mulher no período grávido puerperal:

- Leitura de textos, periódicos e livros sobre o assunto;
- Preparação e discussão de temas: D.P.P. - PP - Distória de trajeto, objeto e motor. Parto prematuro, sofrimento fetal, amniorrexe prematura, isoimunizações Rh e ABO, cardiopatia, hiperemese, abortamento etc.

Durante o transcorrer do estágio prático, periodicamente nos reunimos com a orientadora, para revisar e discutir temas previamente selecionados.

Essas discussões tinham o intuito de promover uma associação teórico-prática e conseqüentemente, o bom andamento do estágio.

Abaixo segue resumo de cada tema preparado, sendo que os temas: Distória de trajeto, de objeto e de motor, sofrimento fetal, Amniorrexe Prematura, Descolamento prematuro de Placenta, Placenta prévia foram discutidos em conjunto e sob a coordenação de coordenadora.

O ideal seria que todos os temas acima descritos tivessem sido discutidos entre o grupo e a orientadora, mas por problemas de carga horária muito alta por parte dos alunos e com-

promissos particulares da orientadora não foram possíveis mais encontros.

A - Assistência ao Parto.

Vem de alguns anos a preocupação e a tentativa de alguns profissionais da área da saúde, desenvolver ao parto o caráter de envolvimento que acontecia no passado.

O parto antigamente era realizado em ambiente doméstico, assistido poucas vezes pelo obstetra e frequentemente pelas parteiras, mulheres leigas, curiosas, mas que dominavam como poucas a habilidade de ajudar o parto. Estas mulheres ou mesmo o obstetra contavam com o respeito e a acolhida da comunidade e podemos dizer que eram elementos pertencentes ao processo dinâmico familiar no seu dia-a-dia.

Muitas vezes pelo treinamento empírico destas mulheres não era suficiente para fazer o parto com a segurança necessária mas, por outro lado conferiu plena gratificação no que diz respeito ao aspecto humano. A evolução científico obstétrica, através de estudos e descobertas, veio permitir uma nova era no campo da assistência ao parto, extirpando assim o parto do contexto familiar e inserindo-o no ambiente hospitalar.

O parto sai de uma situação de intimidade para um ambiente desconhecido: paredes, pessoas, móveis, cheiros, barulhos, aparelhos estranhos.

O parto acontece então no ponto de vista científico cercado de todos os cuidados. Entretanto, sob o ponto de vista humano, vem-nos a pergunta, a resposta é negativa? Vem se reivindicando a presença do pai também no nascimento do filho.

Nascer uma criança é uma tarefa feminina, mas segundo Decio Noronha⁽¹⁾ "neste momento ocorrem quatro nascimentos: nasce uma criança, nasce uma família, nasce uma mulher para o papel de mãe e nasce um homem para o papel de pai".

A vivência do nascimento pode ser uma experiência, rica, profunda e integradora, uma grande oportunidade de amadurecimento intelectual e emocional para todos que participam deste processo, sendo portanto responsabilidade nossa nos prepararmos para ajudá-los a participar.

MALDONADO (1985)⁽²⁾ afirma que os sinais prognósticos do parto são complexos e sofrem influência de vários fatores: "história pessoal, contexto sócio-cultural, nível de informação a respeito do processo do parto, característica, personalidade e níveis de simbolismo".

LEBOYEK, citado por MALDONADO (1985, p. 62)⁽³⁾ diz que a principal preocupação deste tipo de parto é acolher bem o recém-nascido, diminuindo o impacto da troca ambiental.

REZENDE, citado por BRAGA (1982, p. 117)⁽⁴⁾ afirma que o ambiente ideal deve ser: "... tranquilo e sereno, fundamental a boa evolução do trabalho de parto".

SOIFER (1980, p. 60)⁽⁵⁾ determina as ansiedades do período expulsivo como reativadores da angústia do nascimento, as quais são demonstradas por ansiedade de: "perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sensibilidade e de defrontação de um desconhecido, o filho".

B - Relações Útero-Fetais.

1 - Atitude.

Atitude do feto é a relação que guardam entre si os diferentes segmentos que o constituem (cabeça, tronco e extremidades).

Durante a gestação, a atitude é de flexão da coluna vertebral para diante, com a cabeça levemente fletida e com as coxas sobre a bacia. O feto toma uma forma ovóide.

O embrião começa a se infletir e a adquirir a curva característica da espécie.

Na apresentação pélvica a atitude da cabeça fetal é das mais variáveis. De regra ligeiramente fletida, pode estar em atitude indiferente ou de depleção, ou apresentar-se lateralmente inclinada.

No trabalho de parto, e principalmente, após rotura das membranas, a atitude do feto se modifica. Nessas condições, pela expansão do segmento inferior e pela incorporação do colo ao segmento, o útero toma forma diversa, passando de globosa a cilindróide, o que obriga o feto a endireitar o tronco, diminuindo sua flexão de maneira a se constituir um cilindro, o cilindro fetal, formado pela cabeça fletida sobre o tronco, com as pequenas partes a ele mais aconchegadas.

A atitude do ovóide cefálico também se modifica no decurso do trabalho de parto.

Nas apresentações de vértice, partindo da atitude inicial indiferente ou de ligeira flexão, a cabeça se flete gradualmente, substituindo-se diâmetros grandes por outros menores:

occípito-frontal (12 cm) → suboccípito-frontal (11 cm) → suboccípito-bregmático (9,5 cm).

Nas apresentações com deflexão cefálica, esta se acentua, substituindo-se o occipitomentoniano (13 cm) pelo submento-bregmático (9,5 cm), diâmetro de insinuação na apresentação de face.

Se a quantidade de líquido amniótico é escassa (oligo-âmnio), a flexão é mais acentuada. Quando a quantidade de líquido amniótico é exagerada, as extremidades inferiores estão afastadas do corpo.

2 - Situação.

É a relação do eixo longitudinal do feto com o eixo longitudinal do útero. Pode ser:

- Longitudinal (99,5%) - quando o maior eixo fetal e o maior eixo uterino coincidem ou são paralelos.
- Transversa - quando o maior eixo fetal perfizer um ângulo de 90° com o maior eixo uterino.
- Oblíqua - situação de transito que se transforma a maioria das vezes em longitudinal ou, às vezes, em situação transversa, quando a paciente entra em trabalho de parto.

3 - Apresentação.

É a região fetal que se loca na área do estreito superior, ocupando-a em seu todo, aí tende a insinuar-se e, durante o parto, é sede de mecanismo bem determinado.

As apresentações são duas: cefálica e pélvica. Tratando-se de uma situação transversa, a região fetal que se apresenta ao estreito superior é o ovóide cônico, (apresentação cõrni-

ca). Em certos casos existem apresentações ditas ... compostas como, por exemplo, a apresentação cefálica associada a um látero ou procúbito de um ou dois braços ou mãos.

4 - Insinuação.

É a passagem, pelo estreito superior, do maior plano perpendicular à linha de orientação, isto é, o biparietal nas cefálicas e bitrocantariano nas pélvicas.

C - Ruptura das Membranas.

As membranas fetais que contêm o líquido amniótico que envolve a criança, podem se romper a qualquer momento antes do trabalho de parto ou durante ele, ou podem permanecer intactas até que o médico as rompa.

A ruptura das membranas é manifestada pela saída de um líquido claro pela vagina.

A quantidade de líquido que escoar por ocasião da ruptura, varia de umas poucas gotas até um jorro e depende muitas vezes do ponto de ruptura e da posição da parte que se apresenta.

O trabalho de parto pode iniciar-se logo após a ruptura das membranas, caso não se inicie espontaneamente em poucas horas, e se o feto estiver maduro o bastante para a sobrevivência extra-uterina, o trabalho de parto é induzido para se tentar realizar o parto dentro de 24 horas.

D - Etapas do Trabalho de Parto.

. Período de Dilatação.

A dilatação do colo ou melhor, do canal cervical, também chamada cervicodilatação, tem por fim ampliar-lhe a capacidade

de modo que participe na formação do canal do parto. Concorrem para ela modificações acentuadas que se processam no colágeno e outros componentes do tecido conjuntivo.

A dilatação abrange dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do canal cervical que consiste na sua incorporação à cavidade uterina e a dilatação propriamente, na qual as bordas do orifício externo ficam reduzidas a relevos que se aplicam à parede pélvica.

FRIEDMAN e col. dividem o período de dilatação em duas fases: a de latência e a ativa. A primeira dura desde o início do parto até uma dilatação de 2 a 3 cm. Sua duração varia segundo se trate de primíparas ou multíparas (8 à 12 horas), sendo muito menor em multíparas. A fase ativa compreende três períodos: o de aceleração, em que a velocidade da dilatação começa a modificar-se a curva se eleva; o de atividade máxima em que a cervico dilatação passa de 2 a 3 cm para 8 a 9 cm e a curva se eleva quase verticalmente; e o de desaceleração ou de retardo (de 9 à 10 cm) em que a curva declina.

Está terminada a dilatação do colo quando ela permite a passagem da circunferência biparietal. Neste momento, o corpo uterino, o segmento inferior, o colo e a vagina formam uma só cavidade, o canal do parto.

• Período Expulsivo.

Surge, agora, um novo fator, que é a prensa abdominal, representada pela ação conjugada da contração da musculatura da parede anterolateral do abdome e do diafragma. A atividade é provocada pelo reflexo que parte da região do colo, supradistendida pela passagem da cabeça, atividade que se intensifica

paralelamente à progressão fetal.

O conduto vaginal, embora tenha fibras musculares, sofre distensão passiva, que permite a sua integração no canal do parto.

A contração abdominal é voluntária, e, no momento em que o períneo é solicitado, a parturiente esforça-se para ultimar este transe doloroso, de maneira análoga à exoneração abdominal.

A duração do período expulsivo está condicionada a proporção cefalopélvica e à eficiência contratural do útero e da musculatura da parede abdominal. Se um dos fatores estiver comprometido por vício pélvico, volume excessivo do feto, diástase dos retos anteriores, compreende-se que a saída do nascituro fique mais ou menos retardada.

A pressão intra-abdominal, somada à intra-uterina, constitui a pressão geral do conteúdo, que opera sobre o feto, sob a zona do cinto de contato, onde a cabeça se aplica de modo interno ao conduto pélvico.

No acme da contração, observa-se a mudança de posição do útero, que se anterioriza e se torna mediano, de sorte que o fundo quase sempre desviado para a direita, fique em contato com o rebordo costal. A forma também se altera.

. Período de Dequitação.

Cerca de 5 a 10 minutos após a expulsão fetal a saber, esgotado o período de repouso clínico durante o qual, apesar de indolores persistem as contrações uterinas, ocorre a dequitação, isto é, o descolamento, a descida e a expulsão da pla-

centa e das membranas.

O descolamento é consequência da desproporção entre o tamanho da placenta e a redução da sua área de inserção; as membranas decorrentes da contração e retração do órgão parturiente.

Distinguem-se dois mecanismos no descolamento da placenta, o central, chamado Schultze ou de Baudelocque, e o marginal, de Duncan.

- Descolamento central.

Em virtude das contrações, a parede uterina encurta-se e começa o descolamento placentário pela posição central onde se coleta o sangue procedente da rotura dos vasos utero-placentários, forma-se o hematoma retroplacentário.

Uma vez descolada, a placenta desce ao segmento inferior e à vagina e, por fim, apresenta-se à vulva, pela porção central da face fetal, onde se vê a inserção do cordão umbilical.

. 4º Período de Parto.

Greemberg considera a primeira hora após a saída da placenta como o "quarto período".

A primeira hora após a expulsão da placenta é perigosa.

Os acidentes ocorrem porque há tendência a confiar demasiadamente na ação de algumas manobras para fazer contrair o útero.

- Fases do 4º Período.

- Miotamponagem: imediatamente após a expulsão da placen-

ta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o pelve e o umbigo. A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra hemorragia.

- Trombotamponamento: é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma intra-uterina que recobre de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário. Estes trombos não aderentes, pois os coágulos se continuam com os trombos são aderentes, pois os coágulos se continuam com os trombos dos grandes vasos sanguíneos uteroplacentários. Os coágulos enchem a cavidade uterina, a medida que o útero gradualmente se relaxa e atinge, ao fim da uma hora, o nível do umbigo. Tal é a segunda linha de defesa contra hemorragia, quando o estágio de contração fixa do útero ainda não foi alcançado. A contração do miométrio e a pressão do trombo determinam um estado de equilíbrio miotrombótico.

- Indiferença mio-uterina: o útero torna-se apático e do ponto de vista contrátil apresenta fases de contração e de relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue.

Quanto maior a paridade e mais prolongada tiverem sido os três primeiros estágios da parturição, tanto mais longo tende a ser o tempo de indiferença mio-uterina.

- Contração uterina fixa: normalmente, após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

E. - Alterações Fisiológicas que ocorrem na Mulher durante a Gestação.

Profundas alterações fisiológicas ocorrem no corpo materno durante a gravidez, envolvendo todos os sistemas. Após a liberação do feto e da placenta, o corpo da mãe começa a retornar ao seu estado anterior a gravidez. Também ocorrem numerosas alterações emocionais e psicológicas intensas. O meio pelo qual a futura mãe responde a essas alterações dependerá de vários fatores, como seu planejamento anterior da gravidez, suas relações familiares, o número de filhos que tem, seu modo habitual de se ajustar as alterações e muitos outros.

. Alteração dos Órgãos Reprodutores.

- Corpo Uterino - aumenta de peso, cerca de 20 vezes, de 60 g antes da gestação para 1000 g. ao termo, aumenta de tamanho de 5 a 6 vezes, sua capacidade aumenta de 10 ml para 5000 ml.

Ocorre uma hipertrofia da parede muscular, aumento do tecido conjuntivo e elástico das vascularização sanguínea e linfática.

Esse crescimento é explicado por estímulos hormonais (estrogênios, progesterona, somatomatotropina coriônica) e mecânicos.

Ocorre mudança de posição, a medida que cresce e sai da pelve, vai descolando o intestino para os lados, indo contra a parede abdominal quando a gestante está em pé e cai para trás, contra a coluna vertebral quando em decúbito dorsal.

. Ligamentos uterinos - ocorre hipertrofia e alongamento,

sofrendo uma tensão.

- Colo - aumenta vascularização, ocorre hiperplasia das glândulas cervicais, edema. O tecido conjuntivo aumenta e fica mais frouxo, aumentando capacidade de dilatação cervical durante o parto.

- Tubos de Falopio e Ovários - ocorre mudança de porção, esses vão para cima pelo útero, ocorre aumento da vascularização. Não ocorre ovulação.

- Vagina - aumenta a vascularização e irrigação, ficando com um tom vermelho ou purpura. A mucosa fica mais espessa, ocorre hipertrofia muscular e o tecido conjuntivo fica mais frouxo.

- Vulva e períneo - ocorre edema, aumenta vascularização, são comuns varizes vulvares na gravidez.

- Mamas - aumentam tamanho e firmeza, ocorre desenvolvimento do tecido glandular; hipertrofia alveolar, estriar podem aparecer com frequência, a vascularização aumenta e as veias superficiais ficam mais proeminentes; os mamilos e aréolas ficam maiores e mais proeminentes, e de cor mais escura, as glândulas de Montgomery ficam maiores. Os ductos intra-mamários se alongam e ramificam. No fim do segundo trimestre uma pequena quantidade de líquido fino e amarelado chamado colostro é secretado para os ductos.

Por ocasião do parto a termo os alveolos estão prontos para secretar leite, as glândulas estão funcionalmente prontas.

. Glândulas Endócrinas - um grande número das alterações fisiológicas que ocorrem na gravidez é atribuído as glândulas endócrinas. As secreções da maioria destas glândulas (hipófise, tireoide, suprarenal e outras) estão alteradas e frequentemente há um aumento na produção de hormônios, além disso a placenta serve como órgão endócrino, produzindo vários hormônios.

. Sistema cardiovascular - o volume sanguíneo aumenta consideravelmente, 30 a 40%, essa hipervolemia serve para preencher o sistema vascular grandemente aumentado e capacidade venosa expandida dos MMII, ocorre tanto aumento do plasma como o de eritrócitos; sendo que o do plasma mais acentuado, provocando uma diminuição do hematócrito. O número de leucócitos eleva-se também.

- Débito Cardíaco - aumenta de maneira notável, 35% acima dos níveis não gravídico.

- Frequência cardíaca - aumento de 70 bpm do estado não grávido para aproximadamente 85 bpm.

- Posição e tamanho do coração - ocorre uma modificação da sua posição, dos ruídos cardíacos e discreta hipertrofia ou dilatação do coração. A medida que o diafragma se levanta, o coração é gradualmente empurrado para cima e para esquerda e rodado para frente.

- Pressão sanguínea - estudos mostram que a pressão arterial diminui no início da gravidez, atingindo seus níveis mais baixos no segundo trimestre, e em seguida eleva-se progressivamente durante o restante da gravidez até o nível pré-gravídico.

As alterações da pressão arterial, são mais acentuadas na leitura da diastólica do que na da sistólica. A queda da diastólica pode chegar a 10 a 15 mmHg, enquanto a sistólica cai apenas alguns milímetros.

A resistência vascular sistêmica fica menor durante a gravidez. A capacidade do sistema venoso da parte inferior do corpo é expandida várias vezes acima do normal, especialmente quando a mulher esta de pé, sendo assim a velocidade do fluxo sanguíneo venoso pode ser consideravelmente reduzida. A pressão venosa nas pernas crescem progressivamente, a medida que o útero em desenvolvimento exerce cada vez mais pressão sobre as principais veias abdominais e pélvicas. Uma pressão venosa elevada nas pernas e a estagnação de sangue contribuem para o edema dos pés e pernas, comum na gravidez e para aumento da incidência de varicosidades.

. Sistema Respiratório.

O nariz, a nasofaringe, a laringe, traquéia e os brônquios ficam edemaciados. A respiração nasal torna-se difícil, sangramentos nasais ocorrem facilmente, alterações da voz passam a ser evidentes. O diafragma eleva-se até 4 cm, diminuindo a extensão dos pulmões, mas ocorre um alargamento do tórax, um acréscimo de 5 a 7 cm na circunferência da caixa torácica.

Ocorre também um aumento do volume corrente e uma discreta elevação da frequência respiratória, de 14 para 16 por minuto levando a uma hiperventilação.

. Sistema Urinário.

- Rins - aumentam um pouco de tamanho, talvez devido a hipertrofia e hiperemia. A pelve renal e os uréteres são dila-

Náuseas e vômitos - são comuns no início da gestação, tendem a desaparecer após o primeiro trimestre; são mais comuns na parte da manhã.

Pirose e eructação - acontece devido o estômago estar relaxado, principalmente a cardia, quando a pressão intra-abdominal é elevada.

A secreção gástrica está diminuída na gestação (hipocloridria) estando diminuído o tônico e a motilidade gástrica. O útero em crescimento desloca o estômago para cima e para a direita, o intestino grosso e o ceco são também deslocados para cima, o resto do trato digestivo é empurrado para trás do útero.

Um relaxamento geral do trato gastrointestinal é característico do relaxamento da musculatura lisa, ocorre também diminuição da motilidade intestinal, estes explicam a tendência a constipação e flatulência.

. Alterações do Sistema Músculo-Esquelético.

Ocorre um amolecimento das cartilagens pélvicas e aumento da mobilidade das articulações sacroilíaca, sacrococcígea e da sínfise púbica, os ligamentos sofrem também um acentuado relaxamento.

O tamanho e o peso aumentados do útero, mudam o centro de gravidade para frente, aumentando a lordose como um esforço para equilibrar o corpo, a pelve inclina para frente, acompanhando estas mudanças, que constantemente tendem a causar tropeços e quedas, resultam em marcha anserina e comumente causam dor nas costas.

. Alterações da Pele.

Consistem em fluxo sanguíneo aumentado, aparecimento de aranhas vasculares, intensificação da cor das áreas pigmentadas, aparecimento de estrias, elevação da atividade da glândulas sebáceas e sudoríparas e dos folículos pilosos. As estrias aparecem em áreas de distensão máxima: o abdome, as mamas e as coxas. Algumas mulheres são mais susceptíveis do que outras a separação do tecido conjuntivo da pele (estria) e assim algumas mulheres tem muitas estrias e outras não.

Como resultados da hipercoloração, os mamilos e as areolas ficam mais escuros, a área umbilical fica mais pigmentada, a linea alba, passa a ser linea negra; manchas acastanhadas de contorno irregular aparecem as vezes na face, são chamadas de cloasma.

F - Efeito da Gravidez sobre a Mãe.

Já vimos que fisiologicamente as alterações são enormes. Virtualmente todos os órgãos e sistemas sofrem um crescimento e desenvolvimento substancial, bem como modificações funcionais.

Além disso ele é um período de reformulação da identidade e reordenação das relações interpessoais. A medida que ocorre alterações na silhueta e no aspecto, a gestante pergunta "Quem sou eu"?

O modo pelo qual cada mulher age durante a crise da gravidez é determinado em grande parte por seu próprio estilo, bem como pela cultura na qual vive. Existe, no entanto, uma convicção crescente na teoria de que sua "ação" pode ser descrita por certas tarefas relativas ao desenvolvimento comuns

em várias culturas.

Estão descritas várias tarefas ou objetivos a serem alcançados pela mulher durante os nove meses de gestação; essas tarefas estão resumidas da seguinte forma:

- 1) aceitação da gravidez como uma simbiose com o feto e, em seguida, aceitação da criança como um indivíduo distinto dela própria em preparação para a separação física do parto;
- 2) garantia da aceitação da criança que está gerando;
- 3) procura de uma evolução segura para si e seu filho durante a gravidez; trabalho de parto;
- 4) aceitação do papel de mãe.

Em cada fase da vida, existem certas tarefas que podem ser mais eficientemente realizadas de acordo com a idade, desenvolvimento social e psicológico e outros parâmetros daquela fase. A incapacidade para dominar as tarefas relativas ao desenvolvimento de qualquer fase, determina, interfere na capacidade para enfrentar os desafios da fase seguinte.

. Primeiro Trimestre

Se precisarmos escolher uma única palavra para caracterizar o primeiro trimestre, ela será "ambivalência". Independente do planejamento e do desejo da gravidez, ela percebe uma certa perda de controle sobre seu corpo, e na verdade, sobre todo seu destino.

Se a opção de aborto foi afastada, a mulher encontra-se empenhada numa trajetória na qual não existe evasão, exceto através do trabalho de parto e nascimento. Depois disso ela torna-se mãe para sempre. Acrescente-se a isso a sensação de

ambivalência física. Seus sintomas são principalmente mais o da ausência de menstruação do que a presença ou acréscimo de qualquer coisa. Ela sente-se cansada, pode estar com náusea, ela não está doente mas não se sente bem.

Além de aceitar-se como gestante, a mulher precisa garantir a aceitação de sua gravidez pelos que lhe são caros. Essa parece ser a tarefa mais decisiva, visto que sua realização satisfatória assegura o apoio necessário para a mulher ao se tornar mãe. Decorridas aproximadamente 16 semanas de gestação a maioria das mulheres já resolveu a ambivalência de rejeição/aceitação, e incorporou a idéia de estar grávida.

Essa aceitação psicológica da gravidez é análoga a implantação física: se o blastocisto não se fixa firmemente a parede uterina, o desenvolvimento interrompe-se e o feto é abortado, da mesma forma se a gravidez não é psicologicamente aceita o desenvolvimento do vínculo com a criança se imobiliza e o relacionamento mãe e filho pode ser abortado.

. Segundo Trimestre.

Ao começar o segundo trimestre, as alterações físicas ocorridas apressam a resolução da ambivalência. A mulher tem uma energia crescente, suas náuseas passaram, ela começa a adquirir um aspecto de gestante. Ela sente-se bem e tem uma sensação de bem-estar. A seguir ocorrem os movimentos fetais; esse acontecimento torna a mulher agudamente consciente de uma presença em seu interior. Ela diz que sentiu a vida. No início ela considera a criança como parte de si mesma, gradativamente durante o restante da gestação, a criança torna-se uma realidade que está em seu interior, mas que não é ela.

Ela deve alcançar essa atitude a fim de criar a idéia de nascimento, de separação física. Essa mudança de atitude é obtida em interação com o feto e uma rica vida imaginária. Ela empurra sua barriga para fazer com que a criança empurre de volta. Ela coloca a mão de seu marido sobre o abdômem de modo que ele também possa perceber os movimentos. Ela descreve o filho como se estivesse dormindo ou ativo. Ela sonha e fantasia como ele será. Rapaz ou mocinha, olhos azuis ou castanhos, cabelos encrespados ou calvo, acima de tudo, normal ou anormal.

A medida que mais considera seu filho como realidade independente de si própria, a gestante começa a considerar seu papel como mãe. Ela deve escolher para si própria o que significa ser mãe. Isso está intimamente relacionado com a idéia de autoidentificação - Quem sou eu?

Assim, parece que a gravidez oferece as mulheres uma oportunidade de amadurecimento única e valiosa.

A percepção do que a maternidade, realmente significa e realizar-se principalmente através do relacionamento da mulher com sua própria mãe. Não é incomum verificar-se um aumento da frequência das visitas, cartas, telefonemas entre a mãe e sua filha grávida ou reconciliação de gestantes com as mães.

Devido ao trabalho intenso de aceitação da criança e adaptação as suas próprias mudanças, a gestante tem uma introversão e uma passividade característica; sua realidade mais importante esta em seu interior, todas as suas relações e interesses tornam-se reordenados.

A mulher, bem como sua família, fica com frequência con-

fusa com essa mudança de seu gênio, anteriormente sociável. As gestantes são notórias por sua habilidade emocional; em parte devido a preocupação, em parte devido a alterações hormonais e em parte devido ao impacto da gravidez, a mulher torna-se cada vez mais sensível e irritável. Frente a tudo o que foi exposto parece-nos que o conhecimento por parte do enfermeiro de todas estas modificações é vital para que sua assistência a parturiente seja aprimorada.

. Terceiro Trimestre.

Durante as últimas semanas de gravidez a futura mãe se apressa para completar as suas tarefas; fisicamente ela se encontra volumosa e desajeitada; cansa-se mais facilmente, tem dificuldade de se adaptar a sua nova silhueta e sente-se pouco confortável. Ela começa a cansar-se da gravidez mas ainda está hesitante a respeito do parto.

Ela tem uma sensação crescente de vulnerabilidade, exibida pela preocupação com fechaduras nas portas, alertando os outros para dirigirem com cuidado etc ... Como prova de que aceitou a criança como um ser independente, ela toma providências a respeito de seus cuidados, como irá alimentá-la e qual será seu nome. A aceitação da criança por outros membros da família assume uma importância decisiva. Da mesma forma que a mulher deseja que seu marido queira a criança, ele deseja a mulher de volta, pois sente que a perdeu para a criança. Se eles se amam o suficiente e estão abertos para compartilhar os seus sentimentos, ambos terão satisfeito seu desejo e a criança terá um lar mais rico. Por fim chega o término da gravidez. Ela completou o círculo e esta de volta a ambivalência do primeiro trimestre. Ela odeia a gravidez, deseja a criança, mas

teme o nascimento.

Sua conduta no trabalho de parto poderá parecer como uma condensação das emoções e condutas de toda a gravidez.

G - Descolamento Prematuro de Placenta.

Algumas vezes a placenta normalmente inserida se descola prematuramente, tendo como consequência inevitável a hemorragia. O descolamento prematuro de placenta normalmente inserida é o termo que melhor descreve essa condição, mas, por ser uma denominação muito longa, o termo *abruptio placentar* é usado mais frequentemente.

Se o sangue escapa da vagina com o descolamento, a hemorragia é dita externa. Se ficar retido na cavidade uterina, ela é chamada hemorragia interna ou oculta. O último tipo é muito mais grave, mas ocorre com menor frequência.

Todos os graus de descolamento placentar podem ocorrer. A área de separação pode ser de apenas alguns milímetros, ou a placenta inteira pode se destacar. Os sinais e sintomas variam com o grau de descolamento.

O sangramento pré-natal se deve algumas vezes a um pequeno descolamento marginal da placenta, o que nem sempre pode ser demonstrado ou diagnosticado. Na *abruptio placentar*, o sangramento se dá primeiro para a *decídua basal*, formando um hematoma no seu interior e separando a *decídua basal* em duas porções - uma próxima à placenta e a outra próxima à parede uterina. A medida que o hematoma aumenta, uma parte da placenta separa-se do útero. O sangramento pode ser pequeno e só será identificado ao secundamento, quando a área de descolamento é identificada como uma área deprimida, contendo sangue escuro

e coágulos.

A causa do D.P.P. é desconhecida. A doença hipertensiva, especialmente a toximia, aumenta muito o risco de abrupcio placentar. O traumatismo pode precipitar o descolamento da placenta, embora isso ocorra menos frequentemente do que se acredita.

A descompressão súbita do útero, que pode ocorrer quando um grande hidrâmnio é escaziado muito rapidamente ou quando o primeiro gêmeo é extraído, pode levar a placenta a descolar da parede uterina.

- Assistência de Enfermagem no Descolamento Prematuro de Placenta.- D.P.P.

1. Observar possíveis sinais e sintomas de D.P.P.:

- observar e anotar queixas de dor abdominal intensa, tipo de cólica;
- observar e anotar contratilidade, rigidez e sensibilidade uterina.

2. Determinar a extensão da perda sanguínea:

- obter a história do início do sangramento (duração, quantidade e sintomas associados);
- observar os tampões perineiais para verificar a quantidade do sangramento;
- controlar os sinais maternos e fetais.

3. Proporcionar reposição sanguínea;

- cateterizar uma veia (Ringer);
- requisitar tipo sanguíneo e prova cruzada e Rh:
 - verificar A.V.;
 - avisar centro cirúrgico e berçário;
- administrar líquidos e sangue, conforme prescrição;

- controlar administração e eliminação.
4. Minimizar as possibilidades de sangramento adicional:
- não fazer ou diminuir ao máximo o número de toques retal ou vaginal;
 - repouso no leito em posição confortável (D.L.E.).
5. Reduzir a ansiedade; -
- manter a mulher e família avisadas do plano de tratamento; e riscos e consequências para mãe/feto/neonato.
6. Observar sinais de complicações:
- observar sinais de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, pulso filiforme rápido, apreensão, pele fria e pegajosa, respiração rápida e superficial);
 - observar sinais de coagulação intravascular disseminada (C.I.D) (sangramento nos locais lesados, venopuntura e gengivas).

H - Placenta Prévia.

Placenta prévia é a entidade onde a placenta implanta-se no segmento uterino inferior. Ela ocorre em cerca de 1 a cada 200 partos. Newton e col. encontraram 5 a 281 das gestantes têm placentação baixa no segundo trimestre e que destas mais de 90% têm posição normal quando chegam ao termo. Clark e col., pesquisando 97.799 gestações, encontraram uma incidência de 93% da placenta prévia, sendo 11 vezes mais frequentes nas pacientes acima de 40 anos e 7 vezes mais frequente em pacientes com 5 ou mais partos. A placentação baixa no segundo trimestre está associada à idade materna avançada, à paridade aumentada e à história de dano miometrial ou endometrial.

A sua etiologia é desconhecida e várias teorias tem tentado explicá-la. Pode ser que esteja ligada ao endométrio po-

brememente vascularizado e a cicatrizes. A cicatriz de cesárea prévia triplica a sua incidência. As placentas grandes, como na gestação gemelar e na isoimunização Rh, também estão associadas à placentação baixa.

O sangramento pode ocorrer de vários mecanismos: (a) do deslocamento na formação do segmento inferior, durante o apagamento e dilatação cervical ou ao toque vaginal; (b) placentite; ou (c) rotura dos seios venosos ingurgitados e frágeis.

Classificação: Existe uma série de classificações propostas - todas levam em conta a relação da placenta ao colo uterino:

- a) completa: se cobrir o orifício cervical interno totalmente;
- b) parcial: se cobrir parcialmente o orifício cervical interno;
- c) marginal: se a borda da placenta alcança a borda do orifício cervical interno;
- d) lateral ou baixa: se a implantação encontra-se no segmento inferior ou para alguns quando pider ser palpado acima do orifício.

A classificação é dinâmica e depende se o colo uterino está conservado ou se a paciente já apresenta algum grau de dilatação. Após a dequitação, é descrito o sinal de Barnes quando o bordo da rotura das membranas encontra-se menos de 10 cm do bordo placentar. Este sinal é de difícil avaliação, visto que tem de se levar em conta alguns parâmetros, assim como a retração das membranas.

Sinais e Sintomas: classicamente, ocorre uma hemorragia indolor, súbita e profusa. A perda sanguínea normalmente não é intensa, mas pode-se ter uma grande quantidade de sangue vivo rutilante e coagulado. O primeiro episódio ocorre normalmente

na 28^a semana e geralmente é repetido. McSlane e col. encontraram uma idade média gestacional do primeiro sangramento de 29,6 semanas e uma média de idade gestacional no diagnóstico de 30,8 semanas. Em cerca de 10% há certa dor inicial devido a descolamento de placenta concomitante, e em 25% dos casos ocorre trabalho de parto espontâneo. Normalmente, o útero não está contraído e apresenta-se elástico.

Não há sofrimento fetal a não ser que haja complicações tais como o choque hipovolêmico, descolamento prematuro de placenta ou acidente com o cordão umbilical. No exame especular, o colo geralmente está congestionado e entreaberto, com sangue dentro do canal. O toque vaginal pode dar o diagnóstico final, mas só deve ser realizado quando na iminência de trabalho de parto ou de sofrimento fetal. O toque deve ser realizado com a paciente preparada para ir para cesariana de urgência, com uma venóclise, com o anestesista presente, sangue preparado e de preferência na própria sala de cirurgia pelo risco de sangramento abrupto e profuso.

Diagnóstico: é dado pelo quadro clínico e pela suspeita. A menos que a paciente tenha parto imediato ou sofrimento fetal, deve-se tentar realizar o diagnóstico do local de implantação. Uma série de métodos diagnósticos já foram e são utilizados para realizar este diagnóstico (placentografia direta e indireta, localização por radiosótipos, amniografia, angiografia, cintilografia, ressonância magnética), mas a ultra-sonografia é o método de escolha, sendo seguro e satisfatório para localizar a placenta - a ultrassonografia tem uma acuidade diagnóstica de até 98%.

Em relação ao diagnóstico diferencial, deve-se realizar

uma inspeção cervical e vaginal a fim de descartar patologias ginecológicas. Se o sangramento for intra-uterino, poderá ser da placenta ou não. Outras causas a serem descartadas são o descolamento prematuro de placenta, a inserção velamentosa do cordão e a rotura do seio marginal.

Complicações: podem ocorrer hemorragias, choque e morte materna. McShane e col. encontraram um aumento da morbidade materna, hemorragia maciça, placenta acreta e histerectomias, quando a placenta prévia esta associada à cesária prévia. Newton e col. associaram a placentação baixa e complicações antiparto (hemorragias do terceiro trimestre, descolamento de placenta e retardo do crescimento intra-uterino) e a complicações intraparto (aumento no número de cesárias, transfusões, perdas sanguíneas e número de dias de hospitalização). Clark e col. encontraram um aumento de placentas acretas associadas à placentação baixa, principalmente quando ocorriam cicatrizes uterinas prévias. Pode ocorrer ainda uma placentite pela contiguidade vaginal.

Em relação ao feto, ocorre um aumento da prematuridade e hemorragia fetal, aumentando assim a morbimortalidade perinatal. A incidência de trabalho de parto prematuro associado à placentação baixa é de 20%. A mortalidade perinatal ainda é associada à idade gestacional do primeiro sangramento, principalmente se este ocorre antes da 20^a semana de gestação.

Tratamento: o manejo da paciente com placenta prévia depende da quantidade de sangramento, da idade gestacional, do tipo placenta prévia, da apresentação fetal e da presença do trabalho de parto. Se a paciente encontra-se com 36 semanas ou mais de gestação. Na suspeita de placenta prévia, a paciente

deve ser hospitalizada, instituída uma via parenteral com infusão de fluídos e indicado o repouso no leito até que a hemorragia seja estabilizada. A monitorização fetal é mandatória pelo risco de hipóxia fetal. Realizam-se exames laboratoriais como o hematócrito e hemoglobina, o exame comum de urina com pesquisa de proteinúria, dosagem de fibrinogênio, contagem de plaquetas, tempo de coagulação, tempo de tromboplastina parcial (KTTO) e tipagem sanguínea.

O Banco de sangue deve ser avisado e solicitado sangue para repor quando necessário. A ultra-sonografia, se ainda não realizada, é solicitada para fazer o diagnóstico definitivo, avaliar a idade gestacional e comprovar a apresentação fetal.

A cesareana é preferível na maioria das placentas baixas, a não ser que o parto transpelviano seja favorável. A cesária perfaz até 80% dos partos com placentação baixa. Se a incisão for na área da implantação, o sangramento, fetal pode ser maior e, em alguns casos, onde o segmento inferior não está formado, a incisão clássica pode ser necessária para dar espaço suficiente e evitar a incisão pela placenta.

Em alguns casos, onde a hemostasia do leito placentar não é satisfatória, deve-se proceder a uma sutura em oito ou um tamponamento, principalmente se encontrarmos algum grau de acretismo.

O prognóstico materno é excelente após o advento da hemoterapia, da utilização da cesárea e da anestesia. Anestesia geral pode ser indicada em casos de grandes sangramentos, já que anestesia condutiva obtemos uma hipotensão devido à vasodilatação e diminuição do retorno venoso. A antibioticoterapia profilática pode ser utilizada, principalmente quando se rea-

liza a curagem. A taxa de mortalidade perinatal é de 15 a 20% (dez vezes maior do que em gestações normais) e depende muito da prematuridade do recém-nato. O advento das unidades de tratamento intensivo neonatais com o uso de transfusões precoces fez diminuir muito a mortalidade perinatal.

Assistência de enfermagem:

1. repouso absoluto;
2. dieta rica em ferro;
3. controle de batimentos cardíacos fetais;
4. controle de sinais vitais;
5. observar sangramento e outras perdas;
6. evitar toques vaginais e retais;
7. evitar relações sexuais;
8. orientar sobre maturidade fetal (ultrassom e hemograma);
9. quando houver necessidade do toque, paciente deverá ir ao centro cirúrgico;
10. controlar dinâmica uterina (no mínimo 4 vezes ao dia).

I - Distócia Pélvica.

Bacia viciada é a que apresenta anomalias na forma, dimensões ou inclinação.

Tipos de bacia são:

- Ginecóide - bacia feminina típica. Encontramo-la numa proporção de 50% das mulheres, segundo os autores. A formação do estreito superior é arredondado ou discretamente ovalado no sentido transversal. O segmento posterior é espaçoso, a chanfradura sacrociática é ampla e o ângulo subpúbica mede cerca de 90°.

- Andróide - com estreito superior de forma triangular.

Seu aspecto assemelha-se ao da bacia masculina e corresponde à bacia indundibuliforme de outras classificações. O diâmetro transverso máximo está próximo do sacro. A chanfradura sacro-ciática é estreita, as paredes pélvicas convergentes, ângulo subpúbico agudo. Ocorre uma proporção de 18,5% das bacias.

- Platipelóide - na qual o estreito superior é cliptico no sentido transverso; o diâmetro antero-posterior é mais curto e o transverso mais longo. Equivale as bacias achatada das demais classificações. É a mais rara das bacias 4,5%.

- Antropóide - tem semelhança com a dos simios daí lhe darem os autores tal nome. É a segunda em frequência = 26,5%. O estreito superior é de forma cliptica, alongado no sentido antero-posterior. Diâmetro transverso máximo diminuído.

Diagnóstico Clínico: interroga-se sobre a idade em que começou a andar, tipo de alimentação e moléstias como: raquitismo, poliomielite, tuberculose vertebral, osteomalácia. A artrite coxofemoral (coxalgia) e a luxação congênita do quadril constituem causas da bacia assimétrica.

Nos antecedentes obstétricos, averiguam-se os tipos de apresentação, evolução dos partos, suas dificuldades, intervenções praticadas, peso dos recém-nascidos, vitalidade, deformações cranianas.

Para se avaliar as alterações de uma bacia é mister apreciar a forma, dimensões e inclinação, o que faz mercê da pelvimetria, pelvigrafia e pelviciasiometria.

Conduta: para uma conduta judiciosa imposta temos em mente os três fatores do parto: bacia (vício pélvico), feto (volume, apresentação e posição) e a contração. É da análise

cuidadosa da correlação desses três fatores que se terá a orientação adequada para cada caso.

J - Distócias do Trajeto Mole.

Podem ser ocasionadas pelas anomalias localizadas em qualquer das porções do canal de parto (colo, vagina, vulva) e por tumorações prévias, genitais ou extragenitais.

- Distócias do colo:

Rigidez: caracterizada pela dureza, resistência e inextensibilidade do colo é observado em primigesta idosa, nas operações plásticas e cauterizações.

A rigidez cervical dificulta ou impede a dilatação podendo, nos casos mal orientados, ocasionar a amputação espontânea do órgão. Nessa complicação as contrações uterinas comprem a apresentação e produzem zona isquêmica na porção intravaginal do colo, a cabeça se detém longamente sobre o períneo donde o risco de rotura central ou do septo vaginal retovaginal. A episiotomia ou perineotomia solucionam o problema. Mas verificada a impossibilidade da dilatação, a cesariana se torna necessária.

Aglutinação: decorre de processos infectuosos que destruindo os epitélios da cervice determinam a justaposição das bordas do orifício externo. Ao toque, no parto adiantado, percebe-se, ao invés do orifício, tubérculo ou depressão puntiforme, circunscrito por anel resistente.

Limitando-se a aglutinação ao orifício externo, o colo se apaga completamente, é delgado, averiguando-se, muitas vezes, através dele suturas e fontanelas, o que leva o parteiro inex-

periente a supor completa dilatação.

A vagina é seca não havendo eliminação da rolha mucosa ou escoamento de líquido amniótico. O colo adelgado em extremo e ajustado à apresentação pode ser confundido com a bolsa de águas íntegra e neste caso o erro seria tentar a rotura instrumental ou, pior ainda, pensar que as membranas estão rotas e a dilatação completa. O tratamento seria pesquisar o orifício cervical por meio de valvas vaginais; a seguir introduz-se na depressão puntiforme uma vela de Hegar dilatando-se excêntrica, no que for possível. A dilatação digital deve prosseguir o ato de dilatação a qual, aliás processa-se rapidamente. Dilatando o colo, rompem-se as membranas, se estas não estiverem sido rompidas durante as manobras de dilatação, o parto termina espontaneamente.

Distopias: são alteração da estática uterina, espontâneas ou determinadas pelas operações corretoras de prolapso de retroversão, podem acarretar expansão desigual do segmento inferior, na maioria das vezes com predominância de sua parede anterior, ocasionalmente da posterior ou das laterais, originando saculação que produz desvio do colo para trás, para diante ou para os lados. É a dilatação saciforme, confundida com a bolsa das águas e a dilatação completa, através do segmento muito fino, percebem-se suturas e fontanelas o parto espontâneo é impraticável, podendo sobrevir rotura uterina.

Os desvios laterais do colo são raros.

Edema do colo: é observado nas partos prolongados, por compressão do colo entre a apresentação e a pelve. Abrangendo, no geral, todo o colo, é predominantemente encontrado no lábio anterior. A infiltração edematosa dificulta a dilatação, che-

gando a impedi-la.

Quando a situação perdura, pode haver necrose dos tecidos cervicais. Nos casos simples, com dilatação avançada a conduta consiste em arregaçar o lábio anterior, levando-o para cima da apresentação. Quando a dilatação permanece estacionária impõe-se a operação cesareana.

Distinguem-se duas variedades: unilabial e a total.

- Unilabial: imprime ao colo aspecto de pólipo, de tal semelhança resulta designação de alongamento edematoso polipi-forme de Rouvier. É uma tumefação do tamanho de um ovo de pom-ba. Explica-se pela infiltração serosa do colo lacerado em parte anterior.

- Forma total: é afecção rara estudada por Gueniot (1863) daí designar-se alongamento edematoso de colo, tipo Gueniot. Caracteriza-se por edema agudo do colo. O colo mostra alongamento edematoso de aparecimento repentino com volume duplo ou triplo do normal, com coloração vermelho violácea, amolecido, indolor a compressão. A conduta é a redução normal ou o alargamento pelas incisões comissurais.

Alongamento hipertrófico do colo: o alongamento hipertrófico antecede o parto. Seu trajeto está aumentado de forma indiscutível e pode interessar suas porções intravaginal e supra-vaginal. O diagnóstico se faz pelo toque, mostra um colo cujo limite inferior se aproxima da fenda vulvar e pode, mesmo, transpô-la. O alongamento hipertrófico não pode ser confundida com o prolapso do útero que arrasta consigo os fundos de saco vaginais e onde a porção intravaginal não se alonga, nem tão pouco, com o alongamento edematoso embora, é de apa-

rição tardia e repentina, e os tecidos dão uma sensação de mo-
leza ao palpar. No parto a cêrvico-dilatação pode ser compro-
metida ou até mesmo impedida.

Distócias da Vagina.

- Septos: geralmente congênitos, podem ser longitudinais ou transversais, completos ou incompletos. Os mais frequentes longitudinais, muitas vezes vêm acompanhados de outras anomalias do aparelho genital. Os septos longitudinais totais quase sempre se associam ao útero duplo, havendo dois orifícios cervicais e duas cavidades uterinas independentes. Poderá surgir gravidez num ou noutro hemiútero e o parto evolui normalmente. Quando distocia se interpõe é, pelo qual, motivada pelo hemiútero vazio e não pelo septo vaginal. O septamento incompleto cria, frequentemente, obstáculos ao parto, indicando cesareana.

- Estenose de vagina: também nomeada de cicatricial. Pode ser de natureza infecciosa, química, traumática ou congênita. Conforme a dituação e extensão, a cesárea pode se tornar impositiva.

- Vaginismo: o vaginismo ou espasmo dos elevadores do ânus são contraturas reflexas dos músculos elevadores do ânus que podem dificultar o exame. É evento excepcional no parto. O uso da anestesia locorregional no período expulsivo é impositiva e decide o problema.

Distócia de Vulva.

Não suscitam, habitualmente, dificuldades consideráveis ao desprendimento da apresentação, sendo, em sua maioria, resolvidas pela episiotomia.

- Varizes: não acarretam maiores transtornos. É no entanto, de se lhe temer a rotura, que ocasiona hematomas vulvovaginais, próprios do sobreparto embora também ocorram na gravides.

- Estenose vulvar: pode ser congênita (ginatresia) ou adquirida, a não ser que seja corrigida, a atresia completa da vulva constitui obstáculo à gestação. A estenose adquirida é consequência de trauma ou infecção e pode oferecer resistência ao desprendimento da apresentação. A episiotomia ou a perineotomia, em geral, solucionam o problema.

- Condiloma acuminado: por vezes, torna-se demasiado extenso e volumoso tornando a via vaginal indesejável. O malefício da infecção é aqui substancialmente acrescido.

- Hime: a parturiente com o hime normal e íntegro é exceção. Não há razões médicas para indicar cesaréana. O hime anormal é condição que oferece considerável resistência ou desprendimento da apresentação, e constitui ponto de origem de grandes roturas. Seccionar o anel fibroso ou desinserí-lo à ponta de tesoura.

Distócia de Útero.

- Desvios do útero: o útero grávido pode inclinar-se para diante (anteversão exagerada, fixação do corpo do útero na parede abdominal) para trás (retroversão ou lateralmente).

Antiversão: são mais frequentes as apresentações viciosas e a distocia funcional. O tratamento consiste em corrigir a posição anômala por meio de cinto de contenção (a possibilidade de desproporção deve ser investigada).

Retroversão: neste evento o colo se dispõe atrás da sínfise púbica. Nesta contingência o parto vaginal é impraticável.

Laterodesvios: os desvios acentuados de norma, indicam a existência de um tumor abdominal. O parto dependerá do agente causal.

Tumores Prévios.

Denominam-se prévias as tumorações que se colocam para diante da apresentação fetal e, por sua localização dificultam ou impedem a progressão do móvel.

A despeito desse conceito genérico reduzem-se a três os tumores de maior importância clínica: o mioma de útero, o carcinoma do colo, e as neoplasias do ovário.

L - Distócia do Motor, ou Discinesias ou Contratilidade Uterina Anormal.

Conceito: é a contratilidade uterina ineficiente para fazer dilatar o colo ou o contrário, atividade exagerada, capaz de determinar parturição rápida, precipitada.

A contração uterina, encurtamento do corpo uterino, faz com que a apresentação, faça pressão sobre o istmo e o colo, determinando assim a dilatação do colo.

Contrações uterinas normais, são descritas quando irradiam por todo útero, são coordenadas, com sentido descendente, tendo maior intensidade e duração nas partes altas do útero; na fase de dilatação são em número de 2 a 3 em 10 minutos, com 30 mmHg de intensidade, no fim da fase de dilatação são de 40 mmHg, 4 em 10 minutos e no período expulsivo, são de

50 mmHg, 5 em 10 minutos.

Anomalias da contração:

- hipoatividade;
- hiperatividade;
- hipotomia;
- hipertomia;
- inversão do gradiente;
- incoordenação.

- Hipoatividade: quando a intensidade é menor que 25 mmHg (hipossistolia), a frequência menor que 2 em 10 minutos (bradissistolia).

Quadro clínico: inércia verdadeira; inércia hipotônica ou hipodinâmica.

Tratamento: uso de

- Hiperatividade: intensidade exagerada, maior que 50 mmHg (hiperssistolia). Frequência maior que 5 em 10 minutos (taquissistolia).

A hiperatividade uterina, na ausência de entrave mecânico produz parto precipitado com possível laceração do trajeto, trauma fetal.

Tratamento: decúbito lateral, medicamentos inibidores.

- Hipotonia: tono menor que 8 mmHg (raro), e no geral associada a hipoatividade.

- Hipertonia: tônus elevado, classificada em :

- fraca - 12 a 20 mmHg;
- média - 20 a 30 mmHg;

- forte: maior 30 mmHg.

Tônus normal: é de 10 mmHg. Na contração 30 a 40 mmHg.

A hipertonia pode acontecer por sobredistensão, incoordenação, taquissistolia etc.

Inversão do gradiente: são ondas ascendentes, não dilatam o colo.

Incoordenação: contrações independentes, assincronicas.

- 1º grau: quando dois marcapassos assumem o comando;

- 2º grau: várias regiões se contraem diferentemente, bem desordenado, vários marcapassos ectópicos.

A gênese, parece estar ligado a secreção aumentada de hormônio (adrenalina) vigentes em situação de dor, medo, ansiedade, emoção.

Tratamento:

- decúbito lateral;
- ocitocina;
- amniorexe;
- analgésico e sedativo.

OBS: as contrações uterinas, mesmos as fisiológicas, diminuem o fluxo sanguíneo para a placenta, e ai para o reto, devido a compressão dos vasos intramiometriais, aorta, artérias ilíacas.

A hiperssistolia, taquissistolia, hipertonia e hipotensão materna, comprometem mais a circulação utero placentária, perturbando as trocas metabólicas, determinando sofrimento fetal.

Medicamentos que as contrações:

- ocitocina;
- prostanglandina;
- alcaloides do esporão de centeio (faz hipercontractilidade desordenada):
 - ergotomina;
 - metilergonovina;
 - ergononina.

Inibem as contrações:

- álcool etílico (etanol);
- aminas Betasimpatométricas (isoxuprina, orciprinalina, fenoterol, terbufolina, salbutamol);
- inibidores prostaglandínicos (indomefacina; naprodeno; fenoprofen, aspirina).

M - Distócia de Objeto.

O desenvolvimento fetal anormal, o grande tamanho do feto ou a apresentação ou posição fetal anormais retardam ou obstruem, o processo do trabalho e do parto, tendo a incidência de 0,5% dos partos. A distócia de objeto é causada por falta de insinuação ou parada da parte apresentada, que dependerá da apresentação e da gravidade e localização da deformidade fetal em relação às dimensões e estrutura da pelve materna.

Causas da distócia fetal:

1. grande tamanho do feto (mais 4.000 g) - hereditariedade; diabetes mellitus materno, paridade;
2. desenvolvimento anormal do feto - monstros (gêmeos conjugados), hidrocéfalos;
3. circunferência fetal anormal:
 - interna - hidrop fetalis, ascite, tumor abdominal;

- externa - mielomeningocele, neoplasia sacra;

4. vícios de apresentação fetal - transversa, oblíqua, ombros ou apresentação composta.

Achados clínicos: bom trabalho de parto (tono uterino adequado e contrações uterinas fortes, contínuas e regulares), com progresso lento podem ser por fatores fetais.

Cabeça grande: apresentação anormal, falta de insinuação da parte apresentada ou posição anormal.

Corpo distendido ou deformado, insinuação do vértice pode ocorrer com parada da descida após a passagem do tórax através do estreito superior da pelve.

Hidrocefalia: apresentação de vértice - impedimento da insinuação. Apresentação de nádegas - parada no estreito superior.

Anomalia fetal: pode-se observar, à palpação, à termo, nos casos extremos.

Tratamento:

- medidas de emergência após o nascimento de uma parte do corpo, fazer imediato exame vaginal sob anestesia por inalação, rodar o feto, de modo que seus ombros estejam no diâmetro A.P. da pelve, isto pode permitir palpação de uma anomalia ou facilitar o parto em distócia de ombro;
- medidas gerais: geralmente é indicativo de cesareana.

Complicações mais comuns: lesões do canal de parto, hemorragia pós-parto, infecção puerperal.

N - Parto Prematuro.

A anamnese e o exame clínico-obstétrico, podem mostrar as causas predisponentes, quando manifestas. Os sinais e sintomas fundamentam-se nas características das contrações (frequência, intensidade) e na apreciação do colo do útero (posição, consistência, comprimento, permeabilidade). O esvaecimento e cervicodilatação progressivas são indícios de parto em andamento.

Alguns identificam o trabalho de parto pré-termo quando observa, pelo menos, uma contração em 10 minutos, com duração de 30 segundo ou mais. A estimativa das contrações também pode ser feita pela tocografia externa, procedendo-se ao registro da frequência e da intensidade das contrações durante uma hora.

Embora seja substancial o número de casos de partos prematuros inexplicáveis, há, entretanto, um grupo em que a causa pode ser apurada. Pode-se atenuar os riscos para estas gestantes se lhes dispensarmos cuidados pré-natais adequados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prematuridade é a gestação que ocorre após a 20^a e antes da 37^a semana de gestação (259 dias). A prematuridade já foi definida como o recém-nascido com peso menor do que 2.500 g, mas preferimos deixar esta definição para o recém-nascido de baixo peso, onde se acrescentam os recém-nascidos com retardo de crescimento intra-uterino.

Assistência no parto: nas gestações com menos de 26 semanas, se o parto estiver iminente, a via vaginal é a norma, tanto para apresentação pélvica como a cefálica. A precariedade do prognóstico para estas crianças não recomenda nenhuma

interferência ativa, por razões maternas. Depois dessa idade gestacional, a norma usual de assistência ao pré-termo em apresentação cefálica é o parto vaginal cuidadosamente assistido a fim de se suprimir qualquer trauma.

§ 0 - Sofrimento Fetal.

Divisão:

- Agudo: ocorre durante o parto;
- Crônico: na gestação.

A diminuição das trocas materno-fetais, leva ao sofrimento fetal, isso ocorre devido a uma insuficiência circulatória, que pode estar localizada ao nível útero-placentário, ou feto-placentário.

- Insuficiência útero-placentária: a quantidade de sangue que chega aos espaços intervilosos, pelos vasos útero-placentários depende:

- pressão arterial média materna (impulsiona o sangue);
- resistência dos vasos útero-placentários, que é determinado por fator intrínseco, ou seja, o tonos vasomotor, e o fator extrínseco, que é a pressão intramiometrial.

A contração uterina normal que produz 40 mmHg na pressão amniótica, exerce pressão intramiometrial de 80 a 120 mmHg., por consequência, diminui a circulação útero-placentária podendo até abortir.

A diminuição da circulação útero-placentária, pode ser provocada por disfunções como a hiperatividade uterina (hipersistolia, taquissistolia, hipertonia), hipotensão materna causando maior dano fetal, pela hipóxia, acidose e hiper-capnia, fatores esses que caracterizam o sofrimento fetal.

Insuficiência Fetoplacentária: ocorre devido as patologias do cordão, como: circulares, prolapsos, procedências, nós, estes por acarretarem compressão dos vasos diminuindo o fluxo sanguíneo; daí sofrimento fetal,

Mecanismos Defensivos Fetais: são de dois tipos:

- alterações cardiovasculares;
- alterações metabólicas.

- Alterações cardiovasculares: ocorrem no sentido de garantir o fluxo sanguíneo em territórios nobres, coração e cérebro. Para isso aumentam o fluxo coronariano e cerebral, e o ritmo cardíaco torna-se taquicardico no início.

- Alterações metabólicas: acontecem pois o organismo se encontra em hipóxia, estas tentam manter a homeostase. Entra em jogo a respiração anaeróbica, este processo de respiração, gasta menos energia, só que acumula radicais ácidos, levando a acidose.

Etiologia do sofrimento:

- hiperatividade (devido abuso de ocitócitos, parto obstruído, D.P.P., toxemia, polidrâmnio, período expulsivo prolongado);
- hipotensão materna (pode estar associada a anestesia, hemorragia, decúbito dorsal);
- gestação de alto risco;
- prematuridade;
- patologia funicular (circulares, nós, procedências, prolapsos);
- parto prolongado (por ocasionar acidose metabólica materna);
- amniorrexe prematura (por favorecer ressecamento do cordão assim prejuízo da circulação local).

Diagnóstico:

- cardiocotografia (CTG) (monitorização);
- microanálise do sangue fetal;
- clínico.

- Monitorização: é o registro contínuo dos B.C.F., das contrações uterinas e movimentos fetais.

- Alterações dos B.C.F.: divisão:

- basais: ocorre no intervalo das contrações uterinas representada pelas oscilações normais (120 a 160);
- transitórias: alterações de pequena duração; dividem em:
 - periódico: consequência da contração;
 - esporádica: consequência da movimentação fetal, manipulação vaginal.

As transitórias com aumento do B.C.F., são chamadas acelerações com diminuição do B.C.F., são chamadas de DIPS ou desacelerações; estes últimos são ainda classificados em leve (menos de 15 batimentos), moderado (menos 15 a 45) e grave (diminuição de 45 ou mais batimentos).

Os DIPS periódicos dividem em 4:

- DIP tipo I ou cefálico - ocorre devido a um estímulo vagal, pela compressão desigual da cabeça; não acontece quando as membranas estão íntegras;
- DIP tipo II ou tardio - devido a estase de sangue nos espaços intervilosos;
- DIP umbilical - devido a compressão do cordão (circular, oligoprolapso, nó, brevidade, parto pélvico).

Tratamento: depende da causa:

- analisar o partograma;
- controlada contração (diminuir gotejamento, DL).

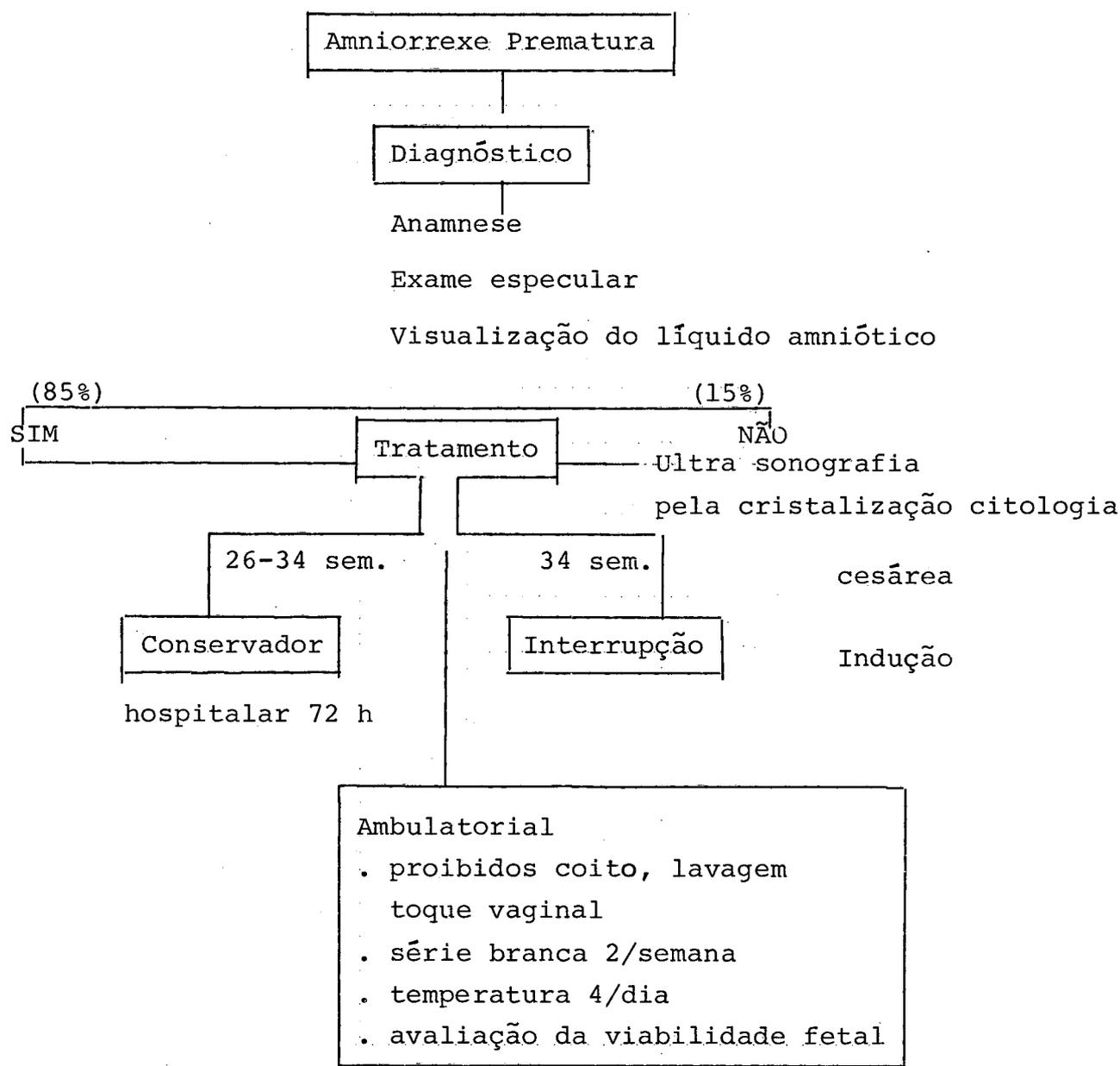
P - Amniorrexe Prematura.

É amniorrexe prematura a rotura das membranas ovulares havida antes de iniciado o parto. A amniorrexe prematura incide em cerca de 4,5 a 9,0% das gestações; em 70% das vezes é a prenhez de termo.

A rotura prematura das membranas tem sido associada ao aumento da mortalidade e da morbidade materna e, especialmente, da perinatal. O acréscimo da morbiletalidade perinatal decorre da infecção amniótica, prematuridade, síndrome de angústia respiratória (SAR), prolapso e circulares de cordão, apreensão pélvica, sofrimento fetal. A amniorrexe prematura ainda é o principal agente da infecção puerperal.

- Etiopatogênia: tem sido aventadas como causas expressivas, operações genitais prévias, lacerações cervicais, incompetência istmocervical, inserção baixa de placenta, sobre distensão uterina (gемelidade, polidramnia), apresentações anômalas, trauma (relações sexuais, exame pélvico, os processos inflamatórios na endocérvice (responsáveis pela corioamniotite), tabagismo. Em cerca de 85% dos casos não se consegue identificar o fator responsável.

- Diagnóstico e tratamento da amniorrexe prematura (ver figura a seguir).



- Infecção Amniótica (corioamniotite): subsecutiva à amniorrexe prematura é a infecção amniótica ascendente e provém de germes do meio vaginal.

A evidência clínica de carioamniotite está documentada pela febre, dor à palpação do útero, secreção purulenta cervical e cultura positiva na endocervice e no líquido amniótico. Em 1/3 das corioamniotites não há febre materna (infecção subclínica).

Alcançada a cavidade amniótica, há imediatamente disseminação ao feto. Mais comuns e importantes, as seguintes infec-

ções neonatais: pneumonia, otite, sinusite, meningite, gastrinterite, piodermite, infecções oftálmicas e septicemia.

As vias da infecção amniótica: é habitualmente ascendente. Neste caso há prévia dediduíte e, ocasionalmente, placentite (na borda inferior do órgão). Os germes presentes no líquido amniótico também infectam o tegumento e os orifícios naturais provocando sobretudo, otites e conjuntivites, alcançando as vias aéreas e os pulmões, tubo digestivo.

Q - Eritroblastose Fetal

A eritroblastose fetal, ou doença hemolítica do R.N., ou incompatibilidade Rh ou ABO, é uma doença do feto e do R.N. devido a isoematoaglutininas maternas, que se manifesta por anemia hemolítica e eritropoese compensatória. A incompatibilidade entre mãe e feto desenvolve-se como resultante da transferência de anticorpos hemolíticos da paciente para o feto, durante a gravidez. Pode ser causa desta doença uma isoimunização com antígeno Rh (ligado a hemácias), ABO ou sensibilização por outra proteína sanguínea.

- Isoimunização Rh - uma mulher que é Rh negativo pode, como resultado de uma gestação cujo feto é Rh positivo, produzir anticorpos contra os antígenos Rh da hemácia fetal que cruzam a placenta e induzem a uma anemia hemolítica no feto. O resultado pode variar desde anemia leve a grave até a morte intra-uterina.

A imunização pelo antígeno Rh pode ser prevenida pela administração de imunoglobulina Rg a todas as pacientes Rh negativos que têm um feto Rh positivo. No entanto, o mecanismo pelo qual é feita a supressão dos anticorpos é desconhecida.

A maioria das pacientes não desenvolve títulos de anticorpos sem prévia exposição aos eritrócitos Rh+. A sensibilização geralmente ocorre no parto quando a dequitação resulta em sangramento feto-materno. Cesária, curagem, aborto, curetagem, D.P.P., versão interna e externa, partos manipulados e instrumentados favorecem a passagem de sangue fetal para a circulação materna.

De rotina, no parto faz-se a coleta de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea e teste de Coombs, caso o R.N. for Rh+, administrar 300 mg de imunoglobulina R.A. dentro de 72 horas.

- Isoimunização ABO - clinicamente, a doença é em geral evidenciada por hiperbilirrubinemia moderada sem anemia significativa. A hiperbilirrubina é de aparecimento precoce (geralmente nas primeiras 24 horas após o parto). A incompatibilidade ABO é classificada em: mãe O e R.N. A ou B, mãe A e R.N. B e mãe B e R.N. A, sendo que ocorre quando exclusivamente em R.N. A ou B e mãe O.

Manejo: avaliar bilirrubina do R.N., fototerapia e, eventualmente, exsanguineotransfusão.

R - Cardiopatias.

A ocorrência de gestação em paciente portadora de cardiopatia representa associação a ser temida. A sobrecarga imposta fisiologicamente (bomba cardíaca, tendo como causa principal Fístula arteriovenosa placentária, é capaz de levar à insuficiência aquelas cardiopatas que apresentam reserva cardíaca diminuída.

Incidência.

São variáveis as cifras referentes a associação cardiopatia-gravidez encontradas na literatura: 1,0%, 1,2%, 1,8%, 2,3%, 3,7%. A forma mais frequente de lesão cardíaca associada a prenhez é a de origem reumática - 85 a 90% das cardiopatias. Os demais casos correspondem a cardiopatias congênita, hipertensivas, arterioscleróticas, sífilíticas e miocardites, entre as quais a doença de chagas.

É de conhecimento atual que algumas doenças circulatórias podem ter seu início no transcurso da gravidez: a hipertensão pulmonar conseqüentemente as embolias pulmonares múltiplas, a cardiopatia pós-parto e a hipotensão de decúbito da gravidez. Há também maior predisposição a aneurismas dissecantes de aorta, a rotura de aneurisma da artéria esplênica e a crises de taquicardia atrial paroxística.

Fisiologia da Circulação na Gestaçã Normal.

As alterações hemodinâmicas trazidas pela gravidez se traduzem por quadro hipercimético provocado fundamentalmente pela presença da fístula artério venosa placentária que leva a curto-circuito arteriovenoso e conseqüente aumento da velocidade circulatória, do retorno venoso e do débito cardíaco. Os aumentos do volume circulante, do retorno venoso impõem sobrecarga energética ao coração, com início a partir da 12^a semana, e que alcança o máximo no período que vai da 32^a a 36^a semana, decrescendo daí até o parto e normalizando cerca de 2 semanas após.

Também o trabalho de parto condiciona aumento do trabalho cardíaco pela ascensão da pressão arterial, do consumo de oxi-

gênio, da frequência cardíaca e da tensão emocional.

As principais alterações fisiológicas com repercussão cardiocirculatória que se verificam na gravidez são:

- aumento do consumo de oxigênio, de 15 a 20% - o feto consome 80% deste aumento. Há ao mesmo tempo, elevação do metabolismo basal que atinge 15% ao final da prenhez;
- aumento do volume sanguíneo circulante, aumento do fluxo sanguíneo uterino, que na grávida é de 15 ml/minuto e que alcança 600 ml/minuto ao termo da prenhez;
- elevação da pressão venosa dos membros inferiores;
- aumento do débito cardíaco;
- não se observam modificações de importância na pressão sistólica, notando-se contudo ligeira diminuição da pressão diastólica;
- além das alterações circulatórias ocorre na prenhez normal aumento na produção de hormônios esteróides-aldosterona, estrogênios, progestogênios, corticóides - contribuindo para retenção de sódio e água, mais acentuadamente ao 3º trimestre.

Manifestações cardiovasculares na gestação normal.

Alguns sinais e sintomas frequentes em grávidas normais podem induzir o diagnóstico de cardiopatia: taquicardia, palpitação, dispnéia, sopros, edema.

O aumento da volemia e da velocidade circulatória é responsável por sopros e taquicardia. A hiperventilação e a elevação das cúpulas diafragmáticas podem levar a dispnéia, enquanto que o aumento da pressão venosa nos membros inferiores é fator importante no aparecimento de edema.

Alterações eletrocardiográficas se verificam sem apresentar patologia, o exame radiológico revela:

- horizontalização do coração;
- aumento da área cardíaca com hilos aumentados;
- modificações do arco médio, do pedículo vascular, e elevação do diafragma, com redução dos campos pulmonares, conferindo a área cardíaca "configuração mitral sem lesão mitral".

Diagnóstico de Cardiopatia e Prognóstico da Associação
Cardiopatia - Gravidez.

"A gravidez pode proporcionar a primeira oportunidade para o reconhecimento da doença cardíaca".

Valemo-nos, para o diagnóstico de cardiopatia em gestante, do crescimento cardíaco evidente, comprovado clínica e radiologicamente; da presença de sopro diastólico, qualquer que seja o foco em que se encontre, afastado o "hum-venoso" e o sopro diastólico produzido pelos vasos mamários em consequência do crescimento e maior vascularização das mamas; do ritmo de galope. Alterações significativas do ritmo cardíaco e traçados eletrocardiográficos francamente patológicos são ainda elementos importantes no diagnóstico.

Tratamento,

O tratamento da gestante cardiopata visa a possibilitar o desenvolvimento da gestação sem complicações, salvaguardando a vida materna e fetal.

Em todos os casos de cardiopatia os cuidados visam primordialmente a profilaxia da insuficiência cardíaca. Dieta hipossódica é valiosa, restringindo-se também os esforços físicos aos indispensáveis. O peso deve ser acompanhado de perto, e ao

menor sinal de edema impõe-se o uso de diurético. As infecções particularmente as do aparelho respiratório, devem ser energeticamente combatidas.

Evitar a obesidade, a ansiedade e a dor, são medidas que favorecem o bem-estar da paciente. A hospitalização é conduta recomendada e permite o controle mais eficaz da atividade física e melhor acompanhamento clínico e laboratorial.

A assistência adequada a grávida cardiopata exige colaboração estreita entre cardiologia, atento ao tratamento de pacientes grávidas, e de obstetra consciente do estado cardíaco da gestante.

A interrupção precoce da gestação, abortamento terapêutico é, a cada dia, indicação mais rara, hoje somente justificada em casos excepcionais: gestantes que apresentam quadros de descompensação no primeiro trimestre, o que representa prova de incapacidade funcional do coração em suportar a sobrecarga a que será submetido de maneira progressiva.

Em algumas gestantes a correção cirúrgica da cardiopatia, permite a evolução da prenhez.

Os casos desfavoráveis são conduzidos durante o tratamento pré-natal de maneira a prevenir e tratar as causas desencadeantes de insuficiência cardíaca - infecção, desnutrição, anemia, esforço físico - e prevenir e tratar a congestão venosa, retenção hídrica e os maiores risco a que será exposta a grávida cardiopata.

De maneira geral, devem ser considerados como pontos importantes no tratamento pré-natal da cardiopatia:

a) limitação das atividades;

- b) dieta - conteúdo calórico reduzido e pobre em cloreto de sódio;
- c) vigilância da função placentária;
- d) utilização de diuréticos;
- e) digitalização;
- f) tratamento do edema agudo de pulmão;
- g) tratamento da anemia;
- h) tratamento da infecção;
- i) arritmias.

Sendo o parto transpélvico, a indicação de escolha para o término da gestação, em sua assistência, alguns cuidados devem ser observados:

- no primeiro período:

- parturiente em posição semisentada;
- administração de oxigênio;
- restrição, ao mínimo de analgésicos, sedativos, especialmente aqueles capazes de deprimir o feto, induzir taquicardia e os que possuem ação vasipressora;
- vigilância permanente da frequência cardíaca e respiratória e da pressão arterial, de modo a reconhecer precocemente os sinais de descompensação cardíaca;
- a indução do parto somente deve ser levada a efeito quando existe indicação inequívoca e presentes condições obstétricas favoráveis.

- No segundo período:

- alterações hemodinâmicas observadas no período expulsivo, decorrentes das contrações uterinas e dos esforços expulsivos que levam ao aumentado retorno sanguíneo ao coração, indicam seu encurtamento através da utilização generosa do forcipe de alívio.

- No terceiro período

- cuidado especial deve ser observado nesta fase, de vez que a descompressão abdominal e a dilatação de vias esplênicas diminuem a oferta sanguínea ao coração direito, levando a hipotensão e ao choque, a serem combatidos prontamente com elevação da resistência circulatória periférica.

S - Hiperemese.

Os vômitos perniciosos da gestação, ou hiperemese gravídica, podem surgir durante os três primeiros meses de gestação.

Sinais e Sintomas.

Na hiperemese gravídica, as náuseas e os vômitos matinais podem persistir por horas, podem ocorrer mais tarde, mesmo à noite, ou podem ser tão persistentes que a mulher será incapaz de reter qualquer coisa ingerida pela boca. Pode haver dor no estômago, soluções e pirose gástrica (azia). A sede se torna intensa. Quando não há mais alimento no estômago, o vômito é constituído de muco e bile. Durante esse período pode haver considerável perda de peso. Toda vez que o vômito é muito severo, a ponto de produzir deficiência nutricional ou desidratação, é designado de hiperemese. Quando não tratado, vai ocorrer deterioração com cetose, icterícia, febre e neurite periférica. A morte pode ocorrer devido à insuficiência hepatotietal.

Etiologia.

É opinião geral que toda emese gravídica é fundamentalmente de natureza orgânica. Como cerca da metade das mulheres grávidas apresenta certo "enjôo matinal, acredita-se que todas as formas de emese da gestação decorrem de um fator presente

habitualmente na gestação normal. Esse fator não é identificável, mas as possíveis causas a serem levadas em consideração são um elemento tóxico, ou um desajuste do metabolismo materno, ou uma alteração da motilidade gástrica. Os vômitos perniciosos podem surgir quando esse fator se torna exageradamente ativo ou quando está presente em um grau acentuado. A maneira com que a mulher reage à causa subjacente é até certo ponto determinada pela sua estabilidade emocional e pela sua reação mental aos ajustes necessários durante a gestação.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem.

Em muitos casos os vômitos perniciosos são evitados tratando-se o "enjôo matinal".

O uso de medicamentos é frequentemente útil. Um tranquilizante ou um sedativo podem ser administrados. Um antihistamínico, antiemético e/ou anticolinérgico podem aliviar as náuseas e vômitos não muito graves.

Os vômitos podem frequentemente ser tratados de maneira satisfatória em casa, mas, se persistirem, é aconselhável a hospitalização. A desidratação e inanição são tratadas pela administração de líquidos, calorias e vitaminas, por via parenteral, e pela retomada natural da alimentação.

Nas primeiras 24 a 48 horas de hospitalização são restringidos todos os alimentos e líquidos por via oral, incluindo água e pedaços de gelo, a fim de dar repouso ao trato gastrointestinal.

Se os vômitos tornarem a surgir após a retomada da alimentação, a dieta zero e a administração parenteral de líquidos são repetidas, e a alimentação é de novo gradualmente re-

tomada.

O impacto da hiperemêse sobre o feto é diretamente proporcional à gravidade da doença. Se prontamente tratada e corrigida, o feto não deverá sofrer efeitos adversos. Se a perda ponderal e a desidratação são prolongadas, a nutrição fetal pode ser ameaçada. Acredita-se que a cetose materna influa no desenvolvimento cerebral do feto.

T - Abortamento.

Abortamento é o término natural de uma gestação antes que o feto seja capaz de uma vida extra-uterina. Os critérios de viabilidade são geralmente considerados como a gestação de no mínimo 20 semanas ou um peso fetal de 500 g.

Considera-se que ocorra o abortamento espontâneo em 15 a 20% de todas as gestações, entretanto, um grande número de abortamento não é relatada ou ocorre muito precocemente ou de forma subclínica, podendo, segundo alguns ocorrer em 75% das gestações.

Os abortamentos podem ser por causas diversas, sendo as principais: genéticas, em geral antes da 8^a semana, e cerca de 60% dos abortamentos de 1^o trimestre são por anomalias cromossômicas; anomalias dos órgãos reprodutores, como tumores uterinos e incompetência istmo-cervical; e por doenças sistêmicas, como a rubéola, a sífilis, paratidite, sarampo, lupus eritematoso sistêmico, hipotireoidismo franco, infecções por listeria monocitogenes, toxoplasma gondii e citomegalovírus.

O abortamento espontâneo se dá geralmente uma a três semanas após morte do embrião ou feto. Há hemorragia na decídua basal, seguindo-se necrose e inflamação na região da implanta-

ção. Os produtos da concepção comportam-se como um corpo estranho dentro do útero, sendo finalmente expulsos pela atividade contrátil do mesmo.

Classificação e Tratamento.

1 - Ameaça de abortamento - sangramento vaginal, dores hipogástricas e lombares, ausência de dilatação cervical, feto vivo.

Tratamento: repouso absoluto e analgésico se necessário.

2 - Abortamento inevitável - mesmo quadro anterior com dilatação cervical, feto morto em geral.

Tratamento: esvaziamento uterino; se tamanho uterino $<$ 16 semanas = curatagem uterina; tamanho uterino $>$ 16 semanas = indução com ocitocina para eliminação do concepto e posterior curetagem.

3 - Abortamento incompleto - eliminação parcial do conteúdo uterino, sangramento vaginal; em geral colo permanece aberto.

Tratamento: idem ao abortamento inevitável.

4 - Abortamento completo - eliminação total do conteúdo uterino, menor sangramento; útero sofre regressão; fechamento do colo.

Tratamento: acompanhamento clínico.

5 - Abortamento retido - morte do produto de concepção intra-uterina, sem expulsão; colo mantém-se fechado; parada de crescimento uterino; sangramento pode estar ausente.

Tratamento: útero < 12 semanas = dilatação cervical e curetagem; útero > 12 semanas = esvaziamento uterino, através: ocitocina E.V., injeção de soluções intramnióticas, laminárias, prostaglandinas, curetagem.

6 - Abortamento séptico - abortamento em que ocorre infecção causada pela introdução na cavidade uterina de germes do trato genital, principalmente, e por contaminantes externos através do instrumento abortivo. Na maioria das vezes o abortamento séptico se segue a uma tentativa de interrupção da gravidez. A paciente apresenta-se com hipertermia, calafrios, taquicardia, dor abdominal, podem existir sangramento vaginal e taquicardia.

Tratamento: a chave do tratamento é a remoção de foco-infeccioso. A curetagem poderá ser feita imediatamente se houver sangramento, ou então após tomadas as medidas iniciais e administração de antibióticos. Quando a idade gestacional for superior a 12 semanas, o recomendável é que se tente o esvaziamento da cavidade uterina através da administração de agentes ocitócitos em solução salina.

7 - Abortamento habitual - caracterizado pela ocorrência de três ou mais acidentes abortivos consecutivos.

2 - Familiarizar o grupo com o sistema de trabalho do Centro Obstétrico do Hospital Regional de São José.

Estratêgia.

Realizar o pré-estágio para:

- Observar o atendimento de rotina da equipe de saúde do Centro Obstétrico;
- Identificar as facilidades e dificuldades;

- Verificar o sistema de anotações, fichas do Centro Obstétrico.

Nos dias 10, 12 e 15 de março, somando uma carga horária de 35 horas. Realizamos o pré-estágio para reconhecimento da área física, rotinas hospitalares e familiarização com o pessoal na triagem e Centro Obstétricos.

Fluxograma da Gestante.

A paciente chega na triagem obstétrica sendo encaminhada para consulta médica, nesta são colhidos os dados de interesse obstétrico e em seguida feito exame obstétrico (toque, palpação, ausculta fetal) e verificação da P.A. Caso haja necessidade de internação a paciente é encaminhada à sala de preparo da paciente, onde é realizado tricotomia e enema conforme a prescrição.

Na T.O. ainda são preenchidos os impressos de identificação da parturiente e R.N. e de evolução clínica. A paciente permanece na triagem obstétrica por um período de 1 hora após o enema.

Sendo encaminhada ao Centro Obstétrico (C.O.) em cadeira de rodas. No C.O. ela é recebida pela equipe de enfermagem é acomodada na sala de pré-parto; em seguida é feita admissão anotando no relatório de enfermagem, dados de interesse da equipe, verificação de sinais vitais, dinâmica uterina, contagem de B.C.F. Os controles são feitos conforme rotina: B.C.F. de 1 em 1 hora, Du de 3 em 3 horas e P.A. de 2 em 2 horas. O obstetra avalia conforme necessidade. A gestante ao completar dilatação cervical total é levada a sala de parto, colocado na mesa obstétrica onde o obstetra assiste o parto com téc-

nica asséptica. Ao recém-nascido são prestados os primeiros cuidados (aquecimento, aspiração quando necessário, secagem, pesagem, identificação e agasalhamento com campos pré-aquecidos) entregando-o a mãe por alguns momentos e posteriormente levado ao berçário.

Após a dequitação é verificada a P.A., aplicado Ergotrat se necessário. Iniciado o controle do período Greenberg (P.A., P, involução uterina, sangramento) de 15 em 15 minutos. A paciente é transferida da mesa obstétrica para a maca, permanecendo ainda no C.O. por 1 hora. Sendo posteriormente encaminhada a unidade de internação.

Sistema de Anotações.

A Maternidade do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes possui fichas padronizadas pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina, na triagem Obstétrica e Centro Obstétrico. São utilizadas as seguintes:

- identificação do recém-nascido;
- relatório de enfermagem;
- sala de parto;
- prescrição médica;
- ficha clínico;
- ficha clínica obstétrica (partograma);
- laudo médico para emissão de A.I.H.;
- controle pós-operatório (usado para controle do recém-nascido e em partos cesáreos).

Os impressos acima citados encontram-se como Anexo I.

Técnicas de enfermagem realizadas na triagem obstétrica e centro obstétrico:

- tricotomia;

- enema;
- ausculta fetal (BCF);
- dinâmica uterina (Du);
- sinais vitais (S.V.);
- medicações I.M., E.V. e oral;
- instalações de fluidoterapia.

3 - Executar o projeto da VIII^a Unidade Curricular, adotando a teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Estratêgia:

- Adaptar os conceitos da teoria das Necessidades Humanas Básicas no atendimento à gestante no trabalho de parto.

Após a análise de várias teorias de enfermagem, verificamos que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, era a que melhor nos serviria como marco referencial para desenvolver nosso projeto.

Horta tem a Enfermagem como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Sendo que assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. E Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões, conscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.

Os princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas,

que se enquadram com o nosso trabalho, são os seguintes:

- A Enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- A Enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio;
- A Enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade;
- A Enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto-cuidado.

Como nosso trabalho se baseou na assistência individualizada à gestante, pudemos pôr em prática os princípios e conceitos de Enfermagem propostos por Horta. Percebemos que durante o período de trabalho de parto muitas das necessidades da parturiente estão afetadas, como as psicobiológicas (hidratação, sono e repouso, exercício atividades físicas, sexualidade, mecânica corporal, motilidade, regulação hormonal, eletrolítica, locomoção, percepção dolorosa); as psicossociais (segurança, amor, aprendizagem, auto-estima, liberdade, gregária, espaço, aceitação, auto-realização, auto-imagem, atenção); e as psicoespirituais (religiosa, ética). Ao detectarmos manifestações de alguma das necessidades na paciente assistida, tentávamos através de ações de Enfermagem suplantá-las.

CONCLUSÃO

Após o término do estágio prático, vimos que foi de suma importância a prévia familiarização com a área física e rotinas de entidade, permitindo um levantamento das dificuldades e facilidades teóricas e práticas que poderiam advir. Com isso, o grupo pode iniciar o estágio propriamente dito com mais segurança, maior entrosamento com serviço e pessoal.

O fato de termos feito uma revisão bibliográfica e discussão de temas, relacionados com gestação e principalmente ao Trabalho de Parto, nos forneceu um aporte teórico que nos calçou na prática, no transcorrer do estágio.

Ao estabelecermos nosso marco teórico, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, seguindo os conceitos e princípios de Wanda de Aguiar Horta firmamos nossa postura de enfermeiros frente aos outros profissionais e principalmente junto à paciente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUALIZADA
À GESTANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

CINTYA MARIA BARBATO MEURER

DJALMA MARIANO

PAULO SÉRGIO JOAQUIM

SANDRA MARA ROSA

Curso de Graduação em Enfermagem

VIII^a Unidade Curricular

Orientadora: Ana Maria Westphal Batista

Supervisora: Silvana Maria J. Prazeres

Florianópolis, Julho de 1991.

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
AVALIAÇÃO E RESULTADOS	17
TABULAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PRÉ E PÓS-TESTES	23
ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PREVISTAS	43
CRONOGRAMA	44
CONCLUSÃO	48
BIBLIOGRAFIA	49
APÊNDICES:	
I - Fluxograma	
II - Fichas Ilustrativas	
III - Fichas Individuais	
ANEXOS	
I - Fichas Padronizadas da Fundação Hospitalar de Santa Catarina	
II - Nota de Agradecimento - Jornal Diário Catarinense	
III - Quadro Ziegel	

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado durante o período de 18 de março à 5 de junho de 1991, no Centro Obstétrico do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, sob orientação da professora Ana Maria Westphal Batista da Silva e supervisão da enfermeira obstétrica Silvana Maria J. Prazeres, como projeto de conclusão do curso, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, dos acadêmicos Cintya Maria Barbato Meurer, Djalma Mariano, Paulo Sérgio Joaquim e Sandra Mara Rosa.

A escolha do tema se deu já durante o decorrer da 7^a fase, após sucessivas reuniões entre os integrantes do grupo. Chegamos a um consenso, optando pela área de saúde da mãe, tendo como tema uma assistência individualizada à gestante durante o trabalho de parto.

Segundo ZIEGEL (1985), "a atitude do enfermeiro na assistência à gestante durante o trabalho de parto dependerá da importância que este atribui a tensão emocional e ao desconforto físico a que o paciente está sendo submetido, de sua compreensão no que se refere ao relevo desse evento para a família e do profundo envolvimento emocional que acarreta; do desejo e habilidades particulares da gestante e dos seus familiares".

A mulher admitida em trabalho de parto no hospital, às vezes apresenta preferências pessoais, que deverão ser levadas em conta pela equipe de saúde.

Apesar do melhor planejamento, podem existir eventuais conflitos entre as preferências individuais e as rotinas hospitalares. Durante o trabalho de parto a mulher pode ser muito vulnerável ao menosprezo por seus desejos. Nenhuma gestante está disposta a ser considerada "rotina" ou a "enfrentar o sistema". O enfermeiro, com o conhecimento do sistema, é a pessoa ideal para servir como defensor da parturiente, para modificar, quando possível, as rotinas a fim de tentar satisfazer as necessidades humanas básicas e para interpretar o sistema frequentemente confuso para a mulher e seu parceiro.

Alguns dos pedidos mais comuns dos casais, segundo ZIEGEL (1985), incluem: presença do pai ou outra pessoa importante durante todo o período de trabalho de parto; ausência de clisteres, ausência de tricotomia perineal, trabalho de parto, nascimento e recuperação no mesmo quarto, ausência de episiotomia, amamentação ao seio na primeira meia hora depois do nascimento. A criança não se separa dos pais, a não ser quando clinicamente necessário.

Segundo BETHEA (1982, p. 175), "todas as pacientes em trabalho de parto precisam de apoio emocional da enfermeira. A quantidade varia desde algumas palavras de encorajamento até o apoio quase contínuo a cada contração. A necessidade de apoio pela enfermeira parece ser influenciada por:

1. Preparação da gestante (casal) para o parto;
2. Desempenho da gestante (casal) durante o trabalho de parto;
3. Se a gestante tem marido ou ente querido junto a ela ou se

está sozinha;

4. O tipo de trabalho de parto já experimentado, se já tiver tido algum;
5. Oferecimento de estímulos na forma de elogios;
6. Tratamento dado ao acompanhante: com dignidade e respeito;
7. Comportamento do enfermeiro no sentido de manter uma objetividade, calma e sendo firme quando for necessário, a fim de manter a paciente em controle ou ajudar a recuperá-la;
8. Prever as necessidades físicas do paciente e atender rapidamente.

Segundo PRAZERES (1988, p..7), "a entrada na maternidade desencadeia na mulher muitas expectativas relacionadas ao trabalho de parto. Nas primigestas, esta é agravada pelo desconhecimento do momento pelo qual ela passa. Muitas vezes o desconhecimento deste momento gera angústia na gestante, à medida que esta procura o serviço hospitalar antes do trabalho de parto ser desencadeado, levando a um movimento de "ir e vir" ao hospital antes de, definitivamente, ficar internada para aguardar o nascimento do seu filho..

Profundas alterações fisiológicas ocorrem no corpo materno durante a gravidez, envolvendo todos os sistemas. Após a liberação do feto e da placenta, o corpo da mãe começa a retomar o seu estado anterior a gravidez. Mas, muito mais acentuadas que as alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez, são as psicológicas, que tem seu ponto culminante no final da gestação, neste período geralmente tem muitas dúvidas, como aceitação da gravidez, aceitação da criança, medo do desconhecido etc. A maneira pela qual a futura mãe responde a essas alterações dependerá de vários fatores, como seu planejamento anterior da gravidez, suas relações familiares, o nú-

mero de experiências anteriores, seu modo habitual de se ajustar as alterações e principalmente como será assistida durante o parto e puerpério. :

Por se encaixarem perfeitamente com nossa proposta de trabalho, resolvemos, adotar como marco referencial, os conceitos e princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, conforme já discutimos anteriormente no primeiro segmento do trabalho, página 66.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Selecionar as parturientes a serem assistidas no pré, trans e pós-parto.

Estratégia:

- Selecionar gestantes para o acompanhamento;
- Prestar assistência de enfermagem no mínimo a 20 parturientes;
- Selecionar as gestantes com os seguintes quesitos:
 - . dilatação de até 4 cm;
 - . primípara e/ou secundípara para gestação à termo (excluídas gestantes de alto risco);
- Realizar pré-teste.

A seleção das pacientes a serem assistidas, se dava na triagem obstétrica, sendo que os quesitos para a escolha eram os seguintes: ser primípara ou secundípara, estar com até 4 cm de dilatação cervical, prenhez a termo, em condições de parto normal, excluídas as gestantes de alto risco.

Após serem selecionadas, as pacientes seguiam um fluxo-grama, Apêndice I, pré-estabelecido por nós.

Na triagem obstétrica, aplicavã-mos um pré-teste com cada parturiente, onde constava as seguintes perguntas:

1. Quais suas expectativas com relação ao trabalho de parto?

2. O que você sabe sobre contração e dilatação?
3. Qual o tempo que a senhora acha que vai durar o trabalho de parto?
4. Quais os procedimentos que a senhora não gostaria que acontecesse durante o trabalho de parto?
5. Como a senhora gostaria de ser atendida?
6. O que acharia de ter um acompanhante durante o trabalho de parto?
7. O que você sabe sobre cesárea?
8. O que você sabe sobre episiotomia?

Os pré-testes encontram-se anexados as fichas individuais das pacientes.

2. Inserir um acompanhante de escolha da paciente no Centro Obstétrico.

Estratégia:

- Perguntar qual pessoa mais indicada para acompanhá-la;
- Orientar o acompanhante.

Ao iniciarmos o estágio prático, defragamos, já no primeiro dia, com um impecilho, que achávamos já ter sido solucionado, ou seja permissão para inserir um acompanhante durante todo trabalho de parto. Anteriormente segundo a supervisora, após contato com chefia médica da obstetrícia, houve aprovação do projeto, sem restrições.

Por problemas administrativos ocorreu uma mudança na chefia médica, que por sua vez impediu a entrada do acompanhante no Centro Obstétrico alegando: que não havia espaço físico propício, que acompanhante só incomodava, enfim não concordaram, colocando muitos outros argumentos. Diante disso inicia-

mos o projeto de acompanhamento à gestante com duas opções: ou simplesmente nós assistíamos a paciente durante todo o período, ou além de assistí-la permitíamos que um acompanhante de sua escolha permanecesse junto a ela na triagem obstétrica até sua admissão no centro obstétrico, conhecendo assim o local onde a própria ficaria até o parto. Nesta segunda opção o acompanhante funcionaria como visita. No decorrer do trabalho de parto seria permitido que ele tivesse acesso a parturiente algumas vezes para vê-la.

A partir da metade do estágio, em acordo com uma minoria de obstetras, e por insistência nossa, na medida do possível inserimos o acompanhante, por período integral, ou seja desde a admissão na triagem obstétrica até o encaminhamento da parturiente à Unidade de Internação Obstétrica, tendo assistido inclusive o parto.

O processo de escolha do acompanhante, se deu da seguinte forma: a paciente após a consulta médica visto a necessidade de internação era por nós entrevistada. Consultávamos sobre a possibilidade de ela ter um acompanhante, durante o trabalho de parto. Caso a resposta fosse afirmativa, permitíamos que ela indicasse a pessoa para servir de seu acompanhante. Mantínhamos então uma conversa informal com o pretendido acompanhante com a finalidade de analisar suas condições: disponibilidade de tempo, nível de assimilação, estado emocional, e seu interesse e vontade de participar. Deixamos aberto esta possibilidade porque tínhamos que, pelo próprio ambiente estressante e novo para a paciente, cansaço, falta de entendimento com relação aos procedimentos, o acompanhante descompensasse. Ao verificarmos que o acompanhante teria condições de participar, iniciávamos as orientações sobre normas e rotinas da unidade,

processo de nascimento (contração uterina, dilatação de colo, episiotomia, cesárea) alterações que a parturiente poderia apresentar, e também quanto a possibilidade de ele ser convidado a se retirar caso fosse solicitado a fazê-lo; por exemplo, se viesse a se mostrar alterado emocionalmente, ou se por alguma outra razão julgássemos que estaria prejudicando a assistência à paciente, ou ao bom andamento do Centro Obstétrico.

3.- Prestar assistência de Enfermagem a parturiente no pré, trans e pós-parto imediato.

Estratégia:

- Executar procedimentos gerais de enfermagem junto a gestante;
- Orientar a razão de cada procedimento;
- Executar procedimento de rotinas do centro obstétrico;
- Fazer exame obstétrico e histórico de enfermagem;
- Executar a prescrições médicas;
- Preencher formulários de enfermagem;
- Oferecer cubinhos de gelo para hidratação.

Após a seleção, executávamos os procedimentos gerais de enfermagem como: tricotomia, enema, dinâmica uterina, sinais vitais, BCF, fluidoterapia, administração de medicamentos, e auxílio na hora do parto. Além de executarmos, orientávamos a razão de cada procedimento.

Após consulta médica realizávamos exame obstétrico, as manobras de Leopold Ziefell, e um pequeno histórico de enfermagem onde constavam dados que nos auxiliavam a prestar uma assistência de enfermagem mais individualizada. Estes dados também nos auxiliariam, mais tarde, na análise dos resultados.

4 - Orientar a parturiente e acompanhante sobre o processo de nascimento.

Estratégia:

- Confeccionar fichas ilustrativas do trabalho de parto;
- Explicar o que é contração uterina e dilatação completa;
- Orientar exercícios respiratórios e de relaxamento durante a contração uterina;
- Orientar o acompanhante massagem de conforto;
- Orientar sobre episiotomia, dequitação e deambulação;
- Orientar sobre o porque do uso de soro e o uso da ocitocina.

Ao conduzir o processo de escolha da parturiente e acompanhante, já na triagem, iniciávamos as orientações previstas.

Para facilitar a compreensão das orientações, elaboramos fichas ilustrativas, Apêndice II, sobre dilatação cervical, contração uterina, fases do trabalho de parto, dequitação.

Sobre contração uterina, que é o encurtamento do corpo uterino, fazendo com que a apresentação (cabeça do nenem), faça pressão sobre o colo, determinando assim a dilatação. Dilatação do colo é o processo pelo qual o orifício externo do colo se dilata até 10 cm, permitindo a passagem da criança. Episiotomia é uma operação ampliadora da região vulvo-perineal, para evitar lacerações durante a expulsão do feto. Dequitação que é o descolamento e expulsão da placenta.

Os conceitos acima citados foram dados a paciente e acompanhante de maneira simples e objetiva, na tentativa de permitir a estas uma noção do que estava ocorrendo com a gestante naquele momento, servindo também como fator tranquilizante.

Como a parturiente sofre vários desconfortos durante o

trabalho de parto, e existindo um padrão de postura e condutas a ser adotado, orientávamos a paciente para seguinte postura revisando, ora deambulação, ora sentada, ora em decúbito lateral de preferência a esquerda; este esquema permite garantia de bem estar fetal e,materno, apressa a dilatação cervical.

Durante as contrações, orientávamos para que respirasse de forma profunda, inspirando pelo nariz, expirando pela boca, e entre as contrações para que relaxasse, descansasse, respirando normalmente.

O acompanhante, além de mero expectador, foi orientado a reforçar as condutas, e auxiliar a gestante, na deambulação, com massagem de conforto, higiene corporal e principalmente apoio emocional.

Quando decidido o uso de ocitocina e soro glicosado a 5%, orientávamos a dupla, que o frasco continha um medicamento estimulador das contrações e o próprio líquido servia para hidratar e manter aporte calórico.

5 - Orientar a gestante e acompanhante as possíveis alterações psicofisiológicas que poderão advir.

Estratégia:

- Explicar ao acompanhante e parturiente que na fase latente a paciente vai aparentar excitação e energia e a ansiedade será pequena. Na fase ativa torna-se séria e quieta, conversa pouco, chora de dor. No segundo estágio torna-se exausta, mostra agressividade, pode utilizar palavreado vulgar. Já no terceiro estágio demonstra alívio, fadiga, euforia e torna-se falante;
- Fazer uma ficha individual para cada parturiente;

- Orientar porque das alterações no período de Greemberg.

Desde a triagem obstétrica, tentávamos orientar tanto a paciente como o acompanhante quanto as possíveis alterações psicobiológicas, em Apêndice II.

Esta conduta tinha a finalidade de dar uma noção dos problemas que poderiam advir durante o transcorrer do trabalho de parto.

Para cada paciente elaboramos uma ficha, Apêndice III, na qual constava os seguintes dados:

- tipo de acompanhamento;
- dados de identificação;
- dados clínicos;
- evolução clínica;
- controles de rotina;
- pré-teste;
- pós-teste.

Explicamos também, o período de Greemberg, que é o espaço compreendido entre a dequitação até 1 hora depois, e as possíveis alterações deste período, como: sensação de frio, tremores, cansaço, sangramentos, cólicas.

6 - Assistir a parturiente durante o período expulsivo.

Estratégia:

- Atender o recém-nascido;
- Fornecer medidas de conforto e facilitar o repouso entre as contrações;
- Estimular amamentação logo após o nascimento.

Ao ser constatado a dilatação total a paciente era encaminhada a sala de parto, onde dois de nós acompanhávamos, e

quando possível o acompanhante também. Um dos alunos ficava responsável pela paciente, enquanto que a outra, orientava o acompanhante e/ou atendia ao recém-nascido.

Às contrações, estimulávamos a paciente a fazer força, de maneira correta, isto é, encher os pulmões de ar, prender sem soltar o ar e fazer força para baixo; ao término das contrações incentivávamos o relaxamento, com respirações regulares e relaxamento muscular.

Além destas orientações, permanecíamos o tempo inteiro junto a paciente tentando apoiá-la emocionalmente, com palavras e gestos de apoio e carinho.

Após a secção do cordão umbilical, o recém-nascido era levado ao berço aquecido, retirado com compressa as secreções do rosto, aspirado se necessário, secado o corpo, identificado, pesado, agasalhado com campos e daí levado à mãe. Com a mãe, sempre que possível, tentávamos estimular a amamentação, ajudando a colocar o nenem ao seio, e explicando a importância do ato, pois sabemos, que o simples contato da boca do recém-nascido, no conjunto auréola-mamilo, e/ou a sucção, funcionam como estimulador da contração uterina, efeito fisiológico essencial neste período; para o nenem segundo a literatura o ato de mamar funciona como o meio mais eficaz de estimular a respiração profunda tão necessária após o nascimento deste, além de proporcionar e manter contato mãe-filho, fundamental para tranquilizar o nenem e mãe após o processo conturbado do parto. Temos também a função nutritiva, do leite, fator de grande importância.

7 - Assistir a parturiente durante o período de dequitação.

Estratégia:

- Verificar a pressão arterial;
- Aplicar Methergin se a pressão arterial estiver menor de 150 X 90 mmHg;
- Dar apoio a paciente durante a episiorrafia.

Secundamento ou dequitação é o período que corresponde ao desprendimento da placenta, fato que ocorre cerca de 10 a 15 minutos após o nascimento, num processo indolor.

Orientávamos a paciente sobre a dequitação permanecendo junto a ela neste período.

Verificávamos a P.A., e aplicávamos Ergotrat I.M. conforme prescrição, com intuito de promover contrações uterinas, evitando atonia.

Durante a episiorrafia, que é a sutura da episiotomia, permanecíamos junto a paciente dando apoio e quando possível neste período estimulávamos a amamentação.

8 - Assistir a paciente durante o puerpério mediato.

Estratégia:

- Prestar assistência durante o período de Greemberg.

Seguindo as rotinas do centro obstétrico, realizamos o controle no período de Greemberg em todas as pacientes assistidas por nós, verificando de 15 em 15 minutos desde a dequitação até 1 hora após, controlando a P.A., Pulso, Involução Uterina e Sangramento.

Sempre que estavamos controlando a paciente orientávamos sobre a razão de cada controle.

9 - Analisar junto a puérpera, a avaliação desta quanto ao serviço prestado durante o trabalho de parto.

Estratégia:

- Aplicar pós-teste;
- Realizar visita no setor de internação obstétrica.

Para realizarmos a visita, escolhíamos um horário, à partir do momento em que a paciente chegava na Unidade de Internação Obstétrica até a sua alta. Além de verificarmos as condições da puérpera e recém-nascido, realizávamos um pós-teste que serviria de subsídio para nossa avaliação, e que apresentava as seguintes questões:

1. O que você achou do trabalho de parto?
2. O que você sabe sobre contração e dilatação?
3. O tempo de trabalho de parto foi o esperado?
4. Das técnicas e procedimentos ocorridos durante o trabalho de parto, quais foram do seu desagrado?
5. O que achou do seu atendimento?
6. Qual foi a importância do acompanhante durante o trabalho de parto?

AVALIAÇÃO E RESULTADOS

Das 28 parturientes acompanhadas, conforme tabela 1, 16 eram primíparas e 12 secundíparas, e quanto ao sistema de acompanhamento a distribuição se deu da seguinte forma: 14 parturientes com acompanhante em tempo integral, 05 em sistema de visitas, e 09 sem acompanhante. Todas as parturientes escolhidas chegaram na T.O. com até 4 cm de dilatação cervical, segundo o médico após a realização do toque, já que não estávamos habilitados a fazê-lo. Tendo portanto que confiar na palavra do médico, por vezes nos deixando em dúvida por pacientes que saíram da T.O. com 4 cm e chegaram ao C.O. depois de 1 hora com dilatação total, e outra paciente em falso trabalho de parto.

O sistema de visitas é válido, beneficiando o acompanhante, que conhecendo o local e o tratamento que para a gestante está recebendo, se sente um pouco mais tranquilizada, mas reconhecemos que para a gestante não é tão viável pois, aumenta sua angústia, ansiedade, parecendo despertar na parturiente uma grande vontade que o acompanhante ficasse com ela todo o tempo, e isto não ocorrendo propicia uma descompensação. Na nossa avaliação foi o que aconteceu com algumas das pacientes que foram assistidas neste sistema.

As parturientes que tiveram o privilégio de terem um acom-

panhante de sua escolha, em período integral, demonstraram menos ansiedade assimilando e seguindo as orientações dadas. Somente uma das parturientes acompanhadas descompensou.

Na maioria dos casos, as gestantes após entrevista, conforme tabela 2 escolheram o marido como a pessoa ideal para acompanhá-la durante o trabalho de parto.

Na prática podemos perceber o que MALDONADO (1985) já havia citado, "o homem também vivência ansiedade em relação ao parto, em todos os componentes de medo do desconhecido, da imprevisibilidade do risco".

Os acompanhantes, após serem orientados, se portavam de maneira adequada no C.O., isto é, respeitando a todas as orientações, mantendo-se tranquilos, prestativos e interessados; auxiliando e confortando a parturiente com massagens de conforto, no levantar do leito, nas idas ao banheiro, na deambulação, na higiene da paciente e estimulando as condutas próprias para cada fase do trabalho de parto.

No final de cada processo, o acompanhante mostrava-se muito grato pela assistência prestada, principalmente pela oportunidade de poder ter acompanhado a parturiente e o nascimento de seu ente querido. Houve inclusive uma nota de agradecimento no jornal pelo nosso trabalho sério e competente, Anexo V; outros inclusive nos trouxeram presentes.

A princípio, alguns integrantes da equipe de enfermagem, e a maioria dos obstetras, tinham a noção de que "acompanhante em sala de parto só atrapalha", no final percebemos que a grande parte destes mudou de idéia, segundo comentários dos mesmos que vieram nos parabenizar pela iniciativa, pioneirismo, seriedade

e força de vontade com as quais desenvolvemos o trabalho.

A cada paciente acompanhada realizávamos e explicávamos a razão de cada procedimento de enfermagem e isto tranquilizava a parturiente além de contribuir para que a mesma adquirisse confiança em nós, mesmo em procedimentos que constrangiam e ou causavam desconforto à parturiente, como enema e a tricotomia, técnicas estas, que segundo pré e pós-testes eram as mais indesejáveis.

Acreditamos que devido a climatização do C.O. as parturientes em geral não apresentavam sudorese intensa, relatando sede suportável, portanto os cubinhos de gelo ofertados davam à parturiente uma sensação de alívio. Observamos também que alguns obstetras se opunham a esta conduta, proibindo-a.

Observamos que as orientações dadas com auxílio de fichas ilustrativas, promoviam à parturiente e ao acompanhante um maior entendimento e interesse, fazendo com que ambos se comportassem de maneira ideal. Analisando o comportamento da paciente e do acompanhante quando possível, durante o trabalho de parto, à visita na unidade de internação e aplicação do pós-teste vimos que as orientações dadas foram bem assimiladas.

Dos três grupos acompanhados, observamos que, as possíveis alterações psicofisiológicas descritas por ZIEGEL (1985) (Anexo III), as pacientes que mais apresentaram alterações, foram as do grupo do sistema de visitas, sendo que das com acompanhante em tempo integral, somente uma apresentou, levando-nos a pensar que o acompanhante teve papel fundamental para que essas alterações não se manifestassem de modo a não atrapalhar o bom andamento do trabalho de parto.

Durante o período expulsivo observamos que as parturientes se sentiam seguras com nossa presença e ou do acompanhante ao seu lado, sendo que achamos imprescindível estar ao lado da parturiente para apoio emocional.

Apesar de estimularmos a amamentação, a maioria dos recém-nascidos não aceitou o peito. Percebemos que a posição inadequada da puérpera, o stress do parto, e a dor da episiorrafia referido pela mesma eram fatores que contribuíam para que elas não persistissem na amamentação logo após o nascimento.

Durante a episiorrafia percebíamos que as pacientes relatavam dor à sutura, levando-nos a pensar que a quantidade de anestésicos era insuficiente; mesmo com a queixa das pacientes os obstetras raramente aumentavam a dose, alegando à paciente que não era dor; somente sensação de pressão ao manuseio.

Todas as pacientes acompanhadas não apresentaram nenhuma alteração durante o período do Greemberg. Verificamos que a visita na unidade de internação, foi de grande valia, pois dava um desfecho ao nosso trabalho com cada paciente, complementando a assistência e servindo para a avaliação. Durante a visita as pacientes mostravam-se gratas pela assistência e atenção dadas à ela.

Constatamos que o pré e pós-teste aplicado somente às parturientes deveria ser dirigido também ao acompanhante. Vimos que as respostas dadas pelas parturientes não foram suficientes para uma avaliação mais completa de nosso assistência, porque o acompanhante muitas vezes se mostrava mais interessado e com mais condições de responder do que a própria parturiente.

Avaliamos que para este tipo de proposta de assistência (mais individualizada) há necessidade de pessoal especializado. Daí a importância dos cursos de graduação, pós-graduação, atualização e aperfeiçoamento destes profissionais. Na maioria dos nossos hospitais o número de enfermeiros é muito restrito predominando ainda auxiliares e atendentes. Vimos que o centro obstétrico possui apenas 2 enfermeiros, sendo que apenas 1 com especialização. Isto significa dizer que de 24 horas, durante 18 horas o centro obstétrico fica sem supervisão de enfermagem especializada.

Quanto a planta física acreditamos que para este tipo de trabalho há necessidade de algumas pequenas modificações, como leitos individualizados, onde o acompanhante e a parturiente possam ter privacidade. Entretanto esta limitação na planta física não chega a nosso ver, a ser impecilho, para que se ofereça uma assistência mais individualizada a parturiente.

TABELA 1 - Número de pacientes.

CLASSIFI- CAÇÃO	ACOMPANHANTE TEMPO INTEGRAL		ACOMPANHANTE SISTEMA VISITAS		SEM ACOMPANHANTE		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Primípara	10	71,4	2	40	4	44,5	16	57,1
Secundípara	4	28,6	3	60	5	55,5	12	42,9
TOTAL	14	50	5	17,9	9	32,1	28	100

TABELA 2 - Escolha do acompanhante.

GRAU DE PARENTESCO	QUANTIDADE	%
Marido	15	78,8
Mãe	01	5,3
Sogra	01	5,3
Irmã	02	10,6
TOTAL	19	100

TABELA 3 - Tipo de parto.

CLASSIFICAÇÃO	PRIMÍPARA		SECUNDÍPARA	
	nº	%	nº	%
Parto normal	12	75	12	100
Parto cesáreo	4	25	-	-
TOTAL	16	57,2	12	42,8

TABULAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PRÉ E PÓS-TESTES

Sem Acompanhante.

1) Quais as expectativas com relação ao trabalho de parto?

PRÉ

PÓS

I.M.S.

h/I = 10:30 h/P = 14:51

. Não tinha idéia formada, es-
pero que tudo corra bem e
rápido.

L.F.T.

h/I = 01:10 h/P = 05:08

. Gostaria que ocorresse tudo . Melhor que o outro, mais
bem. rápido, sofri menos.

M.M.

h/I = 16:30 h/P = falso tra-
balho de
parto.

FALSO

. Seja bom. /...

.../

PRÉ

PÓS

A.P.

h/I = 19:45 h/P = 04:27

. Tenho um pouco de preocupação . Não foi nem bom, nem ruim,
 por causa dos comentários que mas não foi tudo aquilo que
 escutei, de ser mal atendida me falaram.
 e ter muita dor.

Z.F.

h/I = 05:00 h/P = 06:09

. Espero que seja rápido e que . Foi muito ruim, mas valeu a
 o nenem nasça com saúde. pena pela gracinha que nas-
 ceu.

R.M.M.S.

h/I = 22:10 h/P = 23:26

OBS: Não foi feito pré e pós-
 teste, por falta de tempo.

M.L.G.

h/I = 04:15 h/P = 17:14

. Não sei. . Eu achei bom só que demorou
 muito.

A.M.

h/I = 02:00 h/P = 11:14

. Não sei o que é como vai ser. . Eu achei que demorou bas-
 tante mas depois compensa.
 Depois o neném nasce.

3) Quanto tempo acha que vai durar o trabalho de parto?

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
I.M.S.	
. Sete horas.	4 h e 50'
L.F.T.	
. Não tenho idéia	. Foi mais rápido do que eu esperava. Achei que ia amanhecer o dia e eu ia estar com dor.
M.M.	
. Não sei. Espero que seja menos de 24 horas.	. Falso trabalho de parto.
A.P.	
. Não faço idéia.	8 h e 18'
	. Esperava menos de 4 horas e durou 8 horas.
Z.F.	
. Não sei, só sei que eu queria que fosse rápido.	4 h e 59'
	. Não, achava que seria mais rápido, chegaria, sentiria algumas dores e logo teria a criança.
R.M.M.S.	
	1 h e 16'
M.L.S.	
. Não sei, acho que vai ser rápido.	13 h
	. Muito demorado, achei que ia ser mais rápido, mas o doutor foi legal em deixar eu ficar porque se não eu ia ter que voltar, eu moro longe. /...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

A.M.

1 h e 14'

. Não sei.

. Eu achei que ia ser mais rápido.

6) O que você acha de ter um acompanhante durante o trabalho de Parto?

PRE-TESTE

PÓS-TESTE

I.M.S.

. Tanto faz com acompanhante ou sem.

L.F.T.

. Acho super importante a participação de um acompanhante, principalmente do pai.

M.M.

. Ótimo.

A.P.

. Acho bom, pois ficaria mais distraída.

Z.F.

. Eu acharia legal, mas pena que não pode.

R.M.M.S.

/...

.../

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
M.L.G.	
. Eu acharia bom.	
A.M.	
. Acho que seria bom se o marido pudesse participar o tempo todo com ela.	

Acompanhante com Sistema de Visitas.

1) Quais as expectativas com relação do trabalho de parto?

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
N.L.S.	
h/I = 10:30 h/P = 18:36	
. Acho que só vou ganhar amanha. A outra eu demorei um monte, tomei muito soro e injeção.	. Horrível, eu gritei muito, o outro eu não senti, eu pensei que eles iam me dar anestesia.
R.S.M.	
h/I = 14:00 h/P = 21:53	
. Não sei, o primeiro logo que eu cheguei eu fiz cesárea.	. Uma pouco difícil, o primeiro foi cesareana, foi mais fácil. Só achei muito bom o bebê mamar logo depois de nascer, foi muito bom.

/...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

L.S.

h/I = 01:40 h/P = 07:30

. Que ia dar uma dor bem forte e o nenem nasceria. . Achei horrível, demorado e sofri muito.

M.S.B.R.

h/I = 15:55 h h/P = 21:40 h.

. Que dê tudo certo. Que seja rápido. . Eu achei melhor do que o outro parto, foi mais rápido e o atendimento foi melhor, tive toda a atenção possível, e tudo bem explicado.

J.M.J.

h/I = 23:30 h/P = 04:56

. Esperava que não fosse igual ao primeiro, pois senti dores demais. . Eu achei mais duido do que da outra vez, mais difícil, a presença dos alunos ajudou bastante, alguém do lado da muito segurança. Acho que vocês deram muita força.

3) Quanto tempo você acha que vai durar o trabalho de parto?

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

M.L.S.

8 h 6'

. Acho que bastante tempo. . Não, achei que fosse mais rápido, sofri muito. /...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

R.S.M.

7 h 53'

. Não sei.

. Demorou muito.

L.S.

6 h e 10'

. Alguns minutos.

. Não, achava que ia ser mais rápido, que ia chegar e ganhar.

S.B.R.

4 h 45'

. Não sei, será que ganho ho-

. Foi mais rápido do que o outro, eu pensei que ia demorar mais.

J.M.J.

5 h e 26'

. Não tenho certeza, mas acho que vai amanhecer sem ganhar.

. Foi mais rápido. Eu esperava que fosse rápido.

6) O que você acha de ter um acompanhante durante o trabalho de parto?

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

N.L.S.

. Adoraria (começou a chorar).

. Foi bom, mas o meu marido não pode voltar.

R.S.M.

. Tanto faz porque ele não ia fazer nada por mim.

. Eu pensei que meu marido viesse me ver, mas ele não pode, precisou ir em casa...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

L.S.

. Acharia ótimo que o meu marido me acompanha-se.

. Achei que a visita do meu marido ao C.O. foi ótima, e adoraria que o meu marido tivesse acompanhado.

M.S.B.R.

. Eu gostaria muito, mas hoje não tem com quem ficar o meu filho. Mas acho que ele não dá. Qualquer coisa ele desmaia.

. Eu gostaria muito que o meu marido pudesse ficar junto comigo, mas não sei se ele iria aguentar, pode ser que sim, porque tudo era bem explicadinho e ele ficaria do meu lado e não veria sangue.

J.M.J.

. Gostaria que a minha irmã me acompanhasse o tempo todo, e não só visitasse.

. Ótimo ter alguém da família perto tem noção do que está acontecendo e a gente se sente seguro. Os alunos perto foi ótimo e importante. Ter alguém sempre do lado da muita segurança, ver que as pessoas estão perto é muito bom. As dores quando vocês estavam longe parecia ser muito forte e perto da mais segurança.

Acompanhamento Integral.

1) Quais as suas expectativas com relação ao trabalho de parto?

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

S.A.S.

h/I = 08:10 h/P = 13:15

. Não tem idéia formada, não tem certeza do que vai acontecer.

. Foi bom ter feito cesareana. Acho que não aguentaria.

M.A.P.

h/I = 10:10 h/P = 13:13

. Que vai doer muito, mais depois vai passar tudo.

. Achei que foi muito demorado, mais o pior é o tempo que se fica esperando a hora do nascimento é rápido.

A.P.S.B.

h/I = 08:05 h/P = 17:30

. O meu outro parto foi difícil levou doze horas, acho que não vai ser diferente.

. Decorreu do jeito que eu esperava com indução e analgesia.

M.E.Q.

h/I = 20:15 h/P = 00:50

. Não sei direito, queria fazer cesárea, mas acho depois da orientação que recebi o parto vai ser melhor.

. Acho que foi muito mais tranquilo que o primeiro me senti mais tranquila.

/...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

S.A.S.S.

h/I = 21:30 h/P = 01:18

. Não estava esperando pois . Foi bom, para mim que é a
 falta 1 mês ainda. Achava primeira vez, eu gostei do
 que ia fazer o parto em Uru- pessoal e dos médicos, me
 bici com o meu marido. deram força e incentivo.

T.K.M.

h/I = 08:45 h/P = 14:26

. Só quero passar bem, e que . Foi difícil no final mas du-
 corra tudo bem com o neném. rante foi bom.

S.R.C.R.

h/I = 20:10 h/P = 01:58

. Que seja rápido com toda . Muito dolorido, mas é uma
 atenção do médico, que não sensação boa de ver o filho
 seja um parto difícil, pelo nascer com saúde e perfei-
 que eu sei, que não seja tão to.
 dolorido, um bicho de sete
 cabeças.

F.A.

h/I = 12:00 h/P = 19:25

. Pelo que ouvi falar deve ser . Achei bom, só não gostei da
 horrível. injeção na veia.

E.L.

h/I = 22:10 h/P = 04:34

. Espero que corra tudo bem, . Este eu posso dizer que sen-
 que venha uma menina com saú- ti dores, mais não foi tão
 de, que seja poucos pontos, ruim com o meu marido no la-
 que nasça logo. do, também ajudou bastante...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

h/I = 08:45 h/P = 14:50

. Espero que seja rápido que não sofra e não tenha da dor.	. Ótimo, foi bem diferente que as outras pessoas me disseram.
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

V.L.L.C.

h/I = 02:30 h/P = 17:00

. Acho que vai ser rápido com pouca dor.	. Horrível.
------------------------------------------	-------------

R.T.O.

h/I = 08:30 h/P = 11:14

. Não queira que demorasse.	. Não achei tão ruim assim.
	. Vocês me ajudaram muito.

A.A.B.L.

h/I = 18:10 h/P = 02:47

. Não sei não tenho a mínima noção.	. Achei difícil porque demorou muito e as minhas contrações eram muitos distantes uma da outra.
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

G.I.F.

h/I = 22:10 h/P = 06:37

. Não tenho a mínima idéia.	. Eu acho que me decepcionei um pouco porque estava preparada para sentir muita dor para o parto normal e não para cesárea.
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3) Quanto tempo acha que vai durar o trabalho de parto?

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
S.A.S. . Mais ou menos 7 horas.	5 h e 5' . Acho que demorou.
M.A.P. . Acho que não vai demorar.	3 h e 3' . Não, achei que fosse mais rápido.
A.P.S.B. . Acho que vai demorar muito.	9 h e 25' . Sim, foi o esperado.
M.E.R. . Uma três ou quatro horas.	4 h e 35' . Foi o tempo esperado.
S.A.S.S. . Quatro à cinco horas.	3 h e 48' . Bom, eu calculava que ia demorar mais.
S.R.C.R. . Eu espero que seja rápido, mas não faço idéia.	5 h e 48' . Eu achei rápido, depois que a bolca rompeu foi rápido.
F.A. . Não faço idéia.	7 h e 25' . Não.
E.L. . 5 horas.	6 h e 25' . Foi, eu tinha dado 5 h e durou 5 horas.
A.P.B. . 5 horas.	6 h e 30' . Foi, mais ou menos.
V.L.L.C. . 5 à 6 horas.	14 h e 30' . Não. /...

.../

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
R.T.O.	2 h e 44'
. Não sei, não quero que demore.	. Quando eu estava sentindo as dores parecia que não ia nascer nunca, mas depois que nasceu não foi ruim.
A.A.B.L.	8 h e 37'
. Não tenho noção, gostaria que fosse em 2 horas.	. Achava que ia ficar menos tempo. Se não tivesse tomado soro, eu demoraria muito mais.
G.I.F.	8 h e 27'
, Não tenho noção, mais acho que vai até tarde.	. Não, achei que não fosse demorar tanto.

6) O que você acha de ter um acompanhante durante o trabalho de parto?

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
S.A.S.	
. Gostaria de ter por segurança.	. Achei ótimo, quando eu estava esperando para ser atendida, minha sogra disse, será que não podia assistir o parto? Eu pensei que seria bom. Logo depois tu vieste falar comiço, foi muito bom, eu estava muito segura. /...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

M.A.P.

. Eu gostaria, porque estou com uma vontade de chorar.

. Achava que o meu marido deveria ficar perto, na hora do parto, me dava mais segurança.

A.P.S.P.

. Ótimo, queria que meu marido ficasse comigo.

. Achei ótimo a participação do meu marido, mais acredito que para instalação de um sistema de atendimento deste tipo, haveria necessidade de um maior número de pessoal e algumas mudanças no espaço físico. Mas achei que a participação do marido a deixou mais tranquila, e que é importantíssimo o contato dos pais com o R.N. logo após o nascimento.

M.E.R.

. Acharia ótimo que o marido acompanhasse.

. Achei super importante adorando a oportunidade que foi dada ao marido de participar. Me achei mais tranquila, senti menos dores, e mesmo depois achei que o corpo ficou menos dolorido que o interior. /...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

S.A.S.S.

. Estou achando muito bom, pois me tranquiliza e me deixa mais segura.

. Eu acho que isso para mim na hora do parto foi muito importante. Dá a maior força para a mulher. Excelente, Eu acho que o hospital deveria permitir, porque é muito bom.

T.K.M.

. Eu estou gostando é importante.

. Isso foi o que eu mais gostei, dá mais força para gente na hora da dor.

S.R.C.R.

. É bom deixa a gente mais tranquila. Nesta hora é só apoio moral.

. É uma força que a gente tem a presença do marido deixa a gente mais segura.

F.A.

. Muito bom, ótimo, a gente fica calma segura, acho que de toda família, o melhor para acompanhar é o marido.

. Bom, ajudou muito, bastante.

E.G.

. Ótimo, alivia a ansiedade da gente, fica mais seguro.

. Segurança, fiquei mais calma, apoio nas horas das dores, Se eu soubesse que fosse ter outro filho eu ficaria tranquila se meu marido assistisse.

/...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

A.P.B.

. Gostaria.

. Achei que foi muito importante, minha mãe me deixou mais segura e tranquila.

V.L.L.C.

. Acho ótimo.

. Achei muito bom, é importante que a gente fica mais calma e segura.

R.T.O.

. Acho ótimo, porque não queria ficar sozinho.

. Foi muito importante, não sei o que seria de mim se o P. não me desse uma força. Quase nem me lembro, acho que dei um pouco de trabalho? né.

A.A.B.L.

. Acharia ótimo, que o meu marido acompanhasse o nascimento do nosso filho.

. Principalmente quando é primeira vez, te dá mais confiança o meu marido me colocou mais para cima quando eu já estava cansada ele me apoiou muito.

/...

.../

PRÉ-TESTE

PÓS-TESTE

G.I.F.

<p>. No início eu não gostaria que meu marido participasse pois eu achava que ele não iria se sentir bem, mas agora estou gostado da idéia.</p>	<p>. Acho muito importante, deixa a gente mais segura, mesmo que ele não pode assistir a cesárea mas o tempo que ele ficou, naquela sala comigo foi muito bom.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avaliação dos Pré e Pós-Testes.

Acompanhamento Integral.

Pergunta nº 1:

Pré = Maior parte das pacientes, nestas incluídas as primíparas não fazem idéia do que vai acontecer. Já as secundíparas relatavam o primeiro parto. Na maioria dos casos temiam a dor e que o R.N. fosse sadio.

Pós = Grande parte das parturientes acharam que foi tranquilo, as secundíparas relataram que foi melhor que o primeiro. E as pacientes que fizeram cesareana geralmente eram primíparas. Como primeira experiência, uma acharam horrível, outras que se prolongasse o T.P. não aguentariam.

Pergunta nº 3:

Pré = 8 pacientes relataram que não tinham noção do tempo. 6 pacientes acharam que o trabalho de parto iria demorar de 3 à 7 horas.

Pós = O tempo previsto pelas pacientes geralmente era o ocorrido. E as que disseram que não tinham noção do tempo

acharam rápido, com exceção das que necessitaram de cesárea.

Pergunta nº 6;

Pré = Todas as pacientes gostariam de ter um acompanhante, a maioria por segurança.

Pós = As pacientes relataram que o acompanhante dá mais segurança, apoio moral na hora da dor. Das que escolheram o marido acharam importante o primeiro contato do pai com o R.N. E as que fizeram cesárea, acharam importante o tempo que o acompanhante pode permanecer no Pré-Parto e Sala de Recuperação Pós-Anestésica, também por segurança.

Sistema de Visitas.

Pergunta nº 1:

Pré = As expectativas das pacientes eram: não queriam sofrer, desejavam um parto rápido, que corresse tudo bem com ela e com a criança.

Pós = A maioria das vezes relatavam que foi ruim, difícil e dolorido.

Pergunta nº 3:

Pré = A maioria não tem noção do tempo que vai levar o T.P.

Pós = De 5 pacientes assistidas, 3 acharam que o T.P. demorou demais e 2 mais rápido que imaginavam.

Pergunta nº 6:

Pré = 4 das 5 pacientes adorariam ter um acompanhante, apenas 1 acha que o acompanhante não iria fazer nada por ela.

Pós = Todos relataram que gostavam do acompanhante, mesmo por pouco tempo, mas preferiam que o acompanhante ficasse o tempo inteiro.

Sem Acompanhamento.**Pergunta nº 1**

Pré = Muitas delas não tem noção do que seja o trabalho de parto, temem a dor, gostariam de ser bem atendidas e que corresse tudo bem.

Pós = Algumas pacientes relataram que o parto não foi tão ruim. As que acharam ruim geralmente eram secundíparas para que para o primeiro parto foi cesárea ou parto normal com analgesia, mas achavam que o sofrimento era compensado pelo nascimento.

Pergunta nº 3:

Pré = Todas as pacientes não tinham idéia de quanto tempo vai demorar o T.P.

Pós = Mesmo não tendo certeza da duração do T.P., todas achavam que iria ser mais rápido.

Pergunta nº 6:

Pré = Todas elas achavam importante, ter alguém junto delas durante o T.P.

Pós = Não foi realizado com essas pacientes, porque essas não tiveram acompanhante.

Relação entre os Sistemas.

- Quanto as expectativas:

Ao pré-teste as pacientes sempre relatavam idéias semelhantes, visando sempre um bom atendimento, um parto rápido, com pouca dor, e o bem estar dela e do R.N.

As pacientes do sistema de visitas e sem acompanhante relatavam que o trabalho de parto foi ruim e difícil, e as pacientes que tiveram acompanhante em tempo integral, referiam um trabalho de parto tranquilo.

- Quanto à duração do parto:

Ao pré-teste a maioria das pacientes não tinha noção do tempo ou calculavam o tempo entre 3 à 7 horas.

Analisando podemos estabelecer uma relação quanto a duração do T.P. entre os três sistemas, onde as que eram acompanhadas, concluíram que era mais rápido. Isso é justificado pelo fator passagem de tempo com companhia, ou seja, permanecer 5 horas dentro do C.O. com um ente querido ao lado, diminui a ansiedade consequentemente diminuindo a percepção da passagem do tempo.

- Quanto ao acompanhante:

Ao pré-teste todas as paciente relataram que gostariam de ter alguém da família ao seu lado durante todo tempo.

As pacientes que apenas foram assistidas por nós, nos consideraram como acompanhantes pela nossa dedicação integral, mas temos certeza que nossa presença não supria o tanto que o marido ou outro ente querido propiciaria.

ATIVIDADES REALIZADAS NÃO PREVISTAS

Nos plantões sejam diurnos ou noturnos, na triagem e centro obstétrico, acompanhávamos na consulta médica a todas as pacientes independente de nosso trabalho; caso necessário fazíamos a tricotomia, enema e orientávamos a paciente sobre o trabalho de parto, outras até precisamos dar apoio psicológico à paciente e familiares em casos de aborto, amniorrexe prematura, placenta prévia, onde a paciente precisou interromper a gravidez com 6 meses e 18 dias de gestação.

Sempre na medida em que atendíamos as paciente pedíamos a sua opinião sobre a idéia de ter um acompanhante junto dela durante o trabalho de parto. Poucas relataram que não queriam acompanhante.

No plantão noturno principalmente com a falta de pacientes para consulta, acompanhávamos os médicos nas visitas à Unidade de Internação, assistíamos a cirurgias complexas ginecológicas, curetagens e cesareanas.

CRONOGRAMA

O nosso cronograma foi elaborado baseado nos plantões médicos que apoiaram o projeto. Basicamente realizávamos plantões nas 2^{as}, 4^{as}, 6^{as} e domingos quando nos era conveniente. Apesar de alguns percalços conseguimos nos separar em 2 grupos; então uma semana 2 faziam plantão noturno e na outra diurno.

Tivemos alguns problemas com a disponibilidade de alguns integrantes do grupo, mas felizmente conseguimos superar e concluir o projeto.

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE	ENVOLVIDOS
26/02	14:00	Discussão cronograma	Coord., orientador, alunos
27/02 à	Livre	Elaboração projeto	Alunos
05/03			
06/03	14:00	Seminário	Alunos, coord., orientador.
07 à	Livre	Elaboração projeto	Orientador e alunos.
12/03			
14/03	14:00	Apresentação projeto	Alunos

.../

DATA	HORÁRIO	ESTÁGIO	ENVOLVIDOS
10/03	18:00 às 00:00	Pré-Estágio	Alunos, supervisora
12/02	18:00 às 00:00	Pré-Estágio	Alunos, supervisora
15/03	19:30 às 07:30	Pré-Estágio	Cintya, Djalma, Sup.
18/03	19:30 às 07:30	Estágio	Grupo (Cintya, Djalma, Paulo, Sandra)
19/03	10:00 às 17:00	Estágio	Paulo
20/03	19:30 às 07:30	Estágio	Sandra, Paulo
21/03	07:30 às 16:00	Estágio	Paulo
22/03	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Djalma
25/03	07:30 às 19:30	Estágio	Sandra, Paulo
01/04	19:30 às 07:30	Estágio	Grupo
05/04	07:30 às 19:30	Estágio	Grupo
08/04	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya
	12:00 às 19:30	Estágio	Sandra, Djalma
09/04	07:30 às 13:30	Estágio	Cintya, Djalma
	13:30 às 19:30	Estágio	Paulo, Djalma
10/04	07:30 às 13:30	Estágio	Cintya, Paulo
	13:30 às 19:30	Estágio	Djalma, Sandra
11/04	07:30 às 19:30	Estágio	Grupo
12/04	19:30 às 07:30	Estágio	Cintya, Djalma, Sandra
14/04	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Djalma
15/04	19:30 às 07:30	Estágio	Grupo
17/04	07:30 às 19:30	Estágio	Grupo
19/04	19:30 às 07:30	Estágio	Cintya, Djalma
22/04	07:30 às 13:30	Estágio	Cintya, Paulo
	13:30 às 19:30	Estágio	Sandra, Djalma
24/04	07:30 às 13:30	Estágio	Cintya, Paulo
	13:30 às 19:30	Estágio	Djalma, Sandra
25/04	19:30 às 07:30	Estágio	Sandra, Paulo

/...

.../

DATA	HORÁRIO	ESTÁGIO	ENVOLVIDOS
26/04	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya
	12:00 às 19:30	Estágio	Djalma
28/04	19:30 às 07:30	Estágio	Sandra, Paulo
29/04	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Djalma
30/04	14:00 às 17:00	Apresentação Ana Grupo	
01/05	19:30 às 07:30	Estágio	Paulo, Djalma
03/05	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Sandra
06/05	07:30 às 13:30	Estágio	Paulo, Cintya
	13:30 às 19:30	Estágio	Sandra, Djalma
07/05	14:00 às 17:00	Apresentação Ana Grupo	
08/05	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Djalma, Sandra
10/05	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Sandra
11/05	19:30 às 07:30	Estágio	Paulo, Djalma
12/05	19:30 às 07:30	Estágio	Cintya, Sandra
14/05	08:30 às 11:00	Apresentação Ana Grupo	
15/05	19:30 às 07:30	Estágio	Djalma, Paulo
17/05	07:30 às 19:30	Estágio	Sandra, Cintya
	19:30 às 07:30	Estágio	Paulo, Djalma
20/05	19:30 às 07:30	Estágio	Cintya, Sandra
22/05	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Djalma
24/05	07:30 às 19:30	Estágio	Djalma, Sandra
26/05	19:30 às 07:30	Estágio	Cintya, Sandra
29/05	19:30 às 07:30	Estágio	Sandra, Paulo
31/05	07:30 às 19:30	Estágio	Cintya, Sandra
	19:30 às 07:30	Estágio	Paulo, Djalma
02/06	07:30 às 07:30	Estágio	Paulo, Djalma
08/06	19:30 às 07:00	Estágio	Cintya, Djalma
06/06	14:00 às 18:00	Seminário	Grupo

/...

.../

DATA	HORÁRIO	ESTÁGIO	ENVOLVIDOS
07/06	14:00 às 18:00	Elaboração do	Grupo
21/06		Relatório	
	14:00	Apresentação do	Grupo
		Relatório	

CONCLUSÃO

Hoje, após a realização deste projeto, desta proposta de assistência de enfermagem a gestante em trabalho de parto, e nos colocando como enfermeiros, profissional este responsável pela equipe de enfermagem e pela determinação das ações de enfermagem, vemos, concluimos, nos conscientizamos que é possível; que é esse o caminho, para efetivarmos a ideal assistência de enfermagem, ou pelo menos, chegarmos perto disto. Sabemos também que falta ainda vários tópicos, itens para completar o que a enfermagem científica, bem planejada se propõe, o citado acima, "ideal de assistência".

A assistência de enfermagem, completa, individualizada, conforme as necessidades de cada paciente, lembrando nossa mestre Wanda de Aguiar Horta, enfocando a visão bio-psico-social, na área saúde materna, entendemos que teremos que atuar junto a esta mulher, o seu parceiro, seus filhos, sua família e até sua comunidade, e assim será, e tem que ser a realidade do nosso sistema de saúde, e depende quase que exclusivamente, ou senão exclusivamente do enfermeiro, pois é ele que determina as ações de enfermagem, é ele o educador da equipe de enfermagem, e é ele como membro líder da equipe, que tem a obrigação de lutar para conclusão do referido acima e em todo seu curso de graduação.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, R.C. Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia. 2. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1980.
2. DELÁSCIO, D. Obstetrícia normal - Briquet. São Paulo:Sarvier, 1981.
3. FREITAS, F. e COSTA, S.M. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre:Artes Médicas, 1989.
4. GUARIENTO, A. 1917. Patologia do parto, do puerpério e perinatal. São Paulo:Sarvier, 1986.
5. HORTA, Wanda Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
6. LINZ, F.E. O parto natural. 2. ed., Rio de Janeiro: Bloch Editora, 1988.
7. MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez e puerpério. 7 ed., Petrópolis:Vozes, 1985.
8. MARTINS, J.A.P. Manual de obstetrícia. São Paulo:Editora da Universidade de São Paulo, 1982.
9. RESENDE, J. Obstetrícia. 3. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1977.
10. SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre:Artes Médicas, 1980.
11. STOPPARD, M. Da gravidez ao nascimento. São Paulo:Editora Maltese, 1990.
12. ZIEGEL, E. e CRANLEY, M. Enfermagem obstétrica. 8. ed., Rio de Janeiro:Interamericana, 1985.

APÉNDICES

FLUXOGRAMA

Triagem:

- Selecionar uma parturiente;
- Verificar a possibilidade da participação de acompanhante;
- Realizar exame obstétrico;
- Sinais vitais;
- Orientá-la sobre a razão da tricotomia, enema, toque, higiene e possível soro;
- Retirar jóias e pertences;
- Preencher formulário de enfermagem;
- Realizar tricotomia e enema;
- Orientar paciente e acompanhante sobre o aumento gradual das contrações e estado emocional;
- Orientar para deambulação caso não esteja com a bolsa rota;
- Orientar exercícios respiratórios durante as contrações;
- Orientar para o acompanhante massagem de conforto;
- Conversar sobre episiotomia, tempo na triagem;
- aplicar pré-teste.

Centro Obstétrico - Sala de Parto:

- Auxiliar parturiente no banho;
- Orientar paciente e acompanhante com ilustrações;
- Verificar dinâmica e B.C.F. de 30 em 30 minutos;
- Explicar o porque da fluidoterapia;
- Orientar o decúbito mais apropriado;
- Orientar sobre eliminações;
- Orientar sobre hidratação.

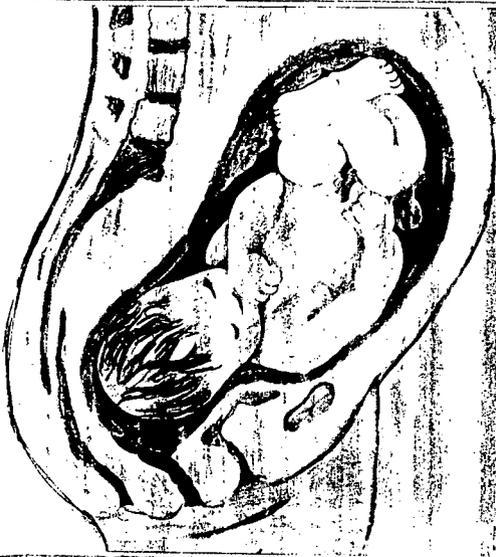
Sala de Parto:

- Encaminhar paciente até a mesa de parto;
- Dar apoio e elogio aos esforços;
- Prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido;
- Prestar cuidados de rotinas;
- Colocar o recém-nascido no colo da mãe (mamar);
- Levar o recém-nascido ao berçário;
- Orientar sobre episiorrafia.

Período de Greenberg:

- Orientar paciente e acompanhante sobre alterações;
- Verificar P.A. e sangramento de 15 em 15 minutos durante 1 hora.

FICHAS ILUSTRATIVAS



Engastamento do colo
Início da 2.ª
fase.

①



②

Fase da dilatação e
rotura de bolsas das
aguas.



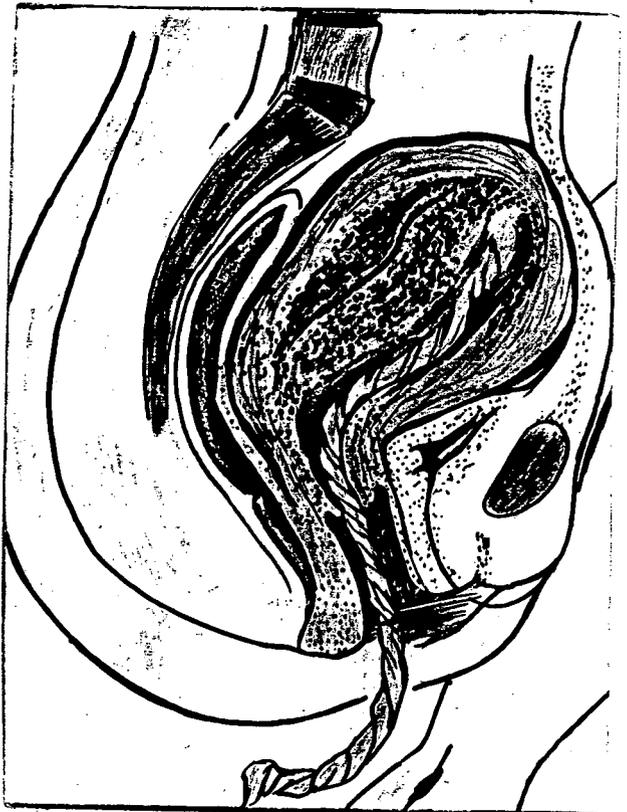
③

Período expulsivo
- iniciando o despen-
dimento.



Desprendimento; rotação
externa da cabeça.

④



Secundamento, a placenta
se despende da parede uteri-
na.

⑤

APÊNDICE III

FICHAS INDIVIDUAIS

10/04/91

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SISTEMA DE VISITAS (T.O).Paciente: N.L.S.

Idade: 33 anos

Estado Civil: solteira Cor: branca

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: A+
- . Secundípara
- . DUM = 10/07/90 DPP = 20/04/91
- . Realizou pré-natal

Evolução Clínica:

Internou as 10:30 h, na T.O. com 2 cm de dilatação; membranas íntegras com bastante contração, BCF = 140 bpm, PA = 130 X 90 mmHg, DU = 45", 40", 35" (3/10'). Realizado enema e tricotomia.

Acompanhante = A.D., grau de parentesco = marido.

Paciente permaneceu 1 h na T.O., recebeu todas as informações juntamente com acompanhante.

Chegou as 11:00 h no C.O. deambulando, iniciaram os controles de rotina.

11:05 h.

- . DU = 40", 45", 35" (3/10')
- . BCF = 142 bpm
- . PA = 130 X 80 mmHg
- . P = 76 bpm
- . T = 36°C

- . Orientada sobre dilatação e contração, processo de nascimento, respiração correta e posição correta.

13:40 h.

- . BCF = 156 bpm antes da contração
118 bpm durante a contração

14:30 h.

- . DU = 60", 55", 40", 60", 80" (5/10')
- . BCF = 128 bpm
- . PA = 120 X 90 mmHg
- . Orientada para respiração durante as contrações

15:30 h.

- . BCF = 160 bpm fora das contrações
120 bpm dentro das contrações
- . PA = 120 X 90 mmHg
- . P = 76 bpm.

16:00 h.

- . BCF = variando entre 140 - 160 bpm fora da contração
120 - 100 bpm dentro da contração
- . verificado com monitor fetal.

16:10 h.

- . A paciente foi avaliada pelo médico, estava com 6 cm de dilatação.
- . Foi rompida bolsa artificialmente, líquido claro.

16:15 h.

- . Aplicado buscopan E.V.

17:00 h.

- . DU = 65", 60", 65", 85", 60" (5/10')

- . BCF = 136 bpm
- . PA = 110 X 80 mmHg
- . Avaliada pelo médico, 8 cm de dilatação.
- . Orientada para respiração.

18:00 h.

- , BCF = 140 bpm fora da contração.

18:25 h.

- . Avaliada pelo médico.
- . Dilatação total.
- . Orientada para procedimentos do parto.

18:36 h.

- . Nascimento:
 - Sexo masculino.
 - Apgar = 9-9
 - Peso = 3.150 Kg.

18:45 h.

- . Dequitação
 - PA = 120 X 80 mmHg
 - Aplicado Ergotrate.

19:10 h.

- . PA = 110 X 80 mmHg
- . P = 72 bpm
- . Lóquios fisiológicos, involução uterina acima da cicatriz umbilical.

19:25 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg
- . P = 74 bpm
- . Sangramento fisiológico, útero contraído acima da cicatriz umbilical.

19:40 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg
- . P = 76 bpm
- . Lóquios fisiológicos
- . Involução uterina acima da cicatriz umbilical.

19:55 h.

- . PA = 110 X 80
- . P = 76 bpm
- . Sangramento fisiológico
- . Útero contraído acima da cicatriz umbilical.

PRÉ-TESTE

1. Acho que só vou ganhar amanhã, a outra eu demorei um monte, tomei muito soro e injeção.
2. Não sei.
3. Acho que bastante tempo.
4. Nem sei, acho que nunca mais eu quero outro filho, tudo é ruim.
5. Acho que com bastante calma, porque no outro parto eu fiz um escândalo, ainda bem que o médico era meu parente.
6. Adoraria (começou a chorar).

PÓS-TESTE

1. Horrível, eu gritei muito o outro eu não senti, eu pensei que eles iam me dar anestesia.
2. Contração é a força que faz com que o nenem nasça.
. Dilatação é a abertura para o nenem sair, 10 cm não é.
3. Não, achei que fosse mais rápido, sofri muito.
4. Não sei dizer qual foi o pior, mas acho que é o toque.
5. Muito bom, eu acho que dei um pouco de trabalho, gritei mui-

to, teve uma hora que as pessoas me deixaram sozinha de
tanto que eu gritava e eles não gostam que a gente grite
não é?

6. Foi bom, mas o meu marido não pode voltar.

12/04/91

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SISTEMA DE VISITASPaciente: R.S.M.

Idade = 19 anos

Estado civil = casada Cor = branca

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo = RH (-)
- . O primeiro filho nasceu RH+, tomou vacina.
- . Secundípara - 1 foi cesárea (sofrimento fetal).
- . DUM = ?/07
- . DPP = ?/04
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Internou na T.O. as 14:00 h com 4 cm de dilatação. PA = 130 X 80 mmHg, DU = 30", 35", 40" (3/10'), bolsa íntegra. Feito enema e tricotomia.
- . Paciente permaneceu 1 hora na T.O. junto com seu marido. Receberam as orientações de rotinas do C.O. feito o pré-teste e dado as orientações sobre trabalho de parto. Marido visitou no C.O.
- . Chegou as 15:00 h no C.O. em cadeira de rodas, iniciaram os controles de rotina.

15:05 h.

- . DU = 35", 30", 40", 30" (4/10')
- . BCF = 128 bpm
- . PA = 130 X 80 mmHg
- . P = 81 bpm
- . T = 36,8°C.

16:00 h.

- . BCF = 120 bpm
- . PA = 130 X 80 mmHg.

16:30 h.

- . BCF = 128 bpm fora da contração
146 bpm durante as contrações.

17:10 h.

- . DU = 40", 35", 30" (4/10')
- . BCF = 136 bpm, arritmico, taquicárdico durante às contrações.

17:40 h.

- . DU = 35", 30", 40", 30" (4/10')
- . BCF = 120 bpm
- . PA = 120 X 70 mmHg.

18:45 h.

- . BCF = 136 bpm, arritmico, taquicárdico durante contrações rítmico, período de repouso uterino.

19:45 h.

- . BCF = 128 bpm
- . PA = 120 X 70 mmHg.

20:15 h.

- . DU = 45", 30", 35", 45" (4/10')
- . BCF = 128 bpm
- . PA = 120 X 70 mmHg
- . T = 36°C.

20:30 h.

- . Rotura artificial das membranas, líquido claro.

- . Paciente encaminhada a higiene corporal.
- . Logo após foi monitorizada.

21:00 h.

- . BCF = 120 bpm.

21:30 h.

- . Dilatação total.

21:53 h.

- . Parto normal.
- . Peso: 3.300 Kg.

22:10 h.

- . Dequitação:
 - Pa = 110 X 160 mmHg, aplicado Methergin.

22:25 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.
- . P = 70 bpm.

22:40 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg.
- . P = 65 bpm,
- . Útero contraído.
- . Lóquios fisiológicos.

22:55 h.

- . PA = 140 X 100 mmHg.
- . P = 68.
- . Útero contraído.
- . Lóquios fisiológicos.

PRÉ-TESTE

1. Não sei, o primeiro logo que eu cheguei eu fiz cesárea.
2. É a primeira vez que eu senti forte, no meu outro eram fraquinhas.
3. Não sabe.
4. Não sei, tem que fazer mesmo né.
5. Está sendo bom como está.
6. Tanto faz, porque ele não vai fazer nada também.
7. Eu fiz porque a minha bacia era pequena.
8. Nada.

PÓS-TESTE.

1. Um pouco difícil, o primeiro foi cesareana foi mais fácil. Só achei muito bom o bebê mamar logo depois de nascer, foi muito bom.
2. Dá a contração para o bebê nascer.
3. Demorou muito.
4. Não sei, tudo a gente tem que passar, mas a dor acho que foi pior.
5. Bom, tiveram bastante paciência comigo.
6. Eu pensei que o meu marido viesse me ver, mas ele não pode, precisou ir em casa.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SISTEMA DE VISITAS

Paciente: L.S.

Idade: 24 anos

Estado Civil: casada Cor: branca

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: O Rh = positivo.
- . Primípara.
- . DUM = 13/07/90.
- . DPP = 23/04/91.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. às 01:40 h em trabalho de parto com 3 cm de dilatação, membranas íntegras.
- . DU = 1/10' (50"), BCF = 136 bpm. Realizou tricotomia e enema. Foi orientada para rotinas da T.O. e C.O. junto ao acompanhante.
- . Acompanhante: M.S., grau parentesco = marido.
- . Chegou no C.O. às 02:40 h em cadeira de rodas acompanhada do seu marido, receberam todas as orientações sobre trabalho de parto em geral. O acompanhante permaneceu 2 horas no C.O., depois ficou aguardando no corredor e recebendo as orientações pelos alunos.

02:45 h,

- . DU = 55" (1/10').
- . BCF = 124 bpm.
- . PA = 120 X 80 mmHg.
- . P = 136 bpm.
- . T = 36,7°C.

03:40 h.

- . BCF = 124 bpm.
- . PA = 120 X 80 mmHg.

04:40 h.

- . BCF = 128 bpm.
- . DU = (70") (1/10').
- . PA = 130 X 80 mmHg.
- . P = 136 bpm.

04:45 h.

- . Amniotomia, líquido claro.
- . Examinada pelo médico 6 cm de dilatação.

04:50 h.

- . BCF = 128 bpm.

05:35 h.

- . DU = 50", 45", 35", 70", 45" (5/10').
- . BCF = 120 bpm.

06:10 h.

- . BCF = 128 bpm.
- . PA = 130 X 80 mmHg.

06:50 h.

- . BCF = 120 bpm.
- . PA = 130 X 80 mmHg.

07:30 h.

- . Parto normal.
- . Peso = 3.080 Kg. Sexo: feminino.
- . Apgar = 9/10.

07:55 h.

- . Dequitação = PA = 130 X 90 mmHg.
- . Aplicado Methergin.

08:10 h.

- . PA = 160 X 100 mmHg.
- . P = 64 bpm.
- . Sangramento fisiológico.
- . Útero contraído a nível de cicatriz umbilical.

08:25 h.

- . PA = 140 X 90 mmHg.
- . P = 78 bpm.
- . Lóquios fisiológicos.
- . Involução uterina a nível da cicatriz umbilical.

08:40 h.

- . PA = 140 X 90 mmHg.
- . P = 80 bpm.
- . Involução uterina a nível de cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

08:55 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg.
- . P = 76 bpm.
- . Sangramento fisiológico.
- . Útero contraído a nível de cicatriz umbilical.

PRÉ-TESTE

1. Que ia dar uma dor bem forte e o neném nasce.
2. Dilatação é prá criança nascer.
Contração o nenem se mexendo prá nascer.
3. Alguns minutos.

4. Nenhum, pois desconhecia os procedimentos que viriam a ocorrer.
5. Não gostaria de ficar sozinha.
6. Acharia ótimo que o marido a acompanhasse.
7. Cirurgia para retirar o nenem quando complica.
8. Desconhece.

PÓS-TESTE

1. Achou horrível, demorado e sofreu muito.
2. Assimilou bem os conceitos.
3. Não, achava que ia ser mais rápido, que ia chegar e ganhar.
4. Os "pontos".
5. Achou que fomos maravilhosos, dando-lhe todo apoio durante a noite inteira.
6. Achou que a visita do marido ao C.O. foi ótima, e adoraria que o marido a tivesse acompanhado durante.

15/04/01

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SISTEMA DE VISITAS.Paciente: M.S.B.R.

Idade: 23 anos.

Estado civil: casada Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: O Rh positivo.
- . Secundípara.
- . DUM = 16/06/90.
- . DPP = 23/03/91.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente internou na T.O. às 15:55 h, com 4 cm de dilatação. Membranas íntegras. DU = 35", 40", 55" (3/10'). BCF = 136 bpm, PA = 120 X 80 mmHg, orientada para rotina da T.O.
- . Acompanhante: J.G.R., parentesco = marido.
- . Acompanhante orientado para as rotinas da T.O. e C.O., permaneceu junto a paciente na T.O. Não quis acompanhar a esposa no C.O. pois acha que não tem condições de ficar junto.
- . Chegou às 17:10 h no C.O. em cadeira de rodas. Orientada para rotinas de C.O., sobre trabalho de parto. Iniciaram os controles.

17:15 h.

- . DU = 40", 65", 75" (3/10').
- . BCF = 156 bpm.
- . PA = 110 X 80 mmHg.
- . P = 78 bpm.
- . T = 36,9°C.

17:30 h.

- . Foi examinada pelo médico, 6 cm de dilatação.

17:45 h.

- . Encaminhada para higiene corporal, orientada para respiração durante as contrações.

18:15 h.

- . BCF = 160 bpm.
- . PA = 100 X 70 mmHg.

19:15 h.

- . DU = 75", 80", 65" (3/10').
- . BCF = 144 bpm.
- . PA = 100 X 70 mmHg.
- . P = 78 bpm.

20:00 h.

- . Rompida bolsa artificialmente, líquido claro com grumos.

20:15 h.

- , Avaliado pela médica, 9 cm de dilatação.
- . BCF = 140 bpm.
- . PA = 110 X 70 mmHg.

21:15 h.

- . BCF = 144 bpm.

21:40 h.

- . Parto normal.
- . Episio MLD.

21:45 h.

- . Dequitação. PA = 130 X 80 mmHg, foi aplicado Methergin IM.

22:00 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg. P. = 78 bpm.
- . Involução uterina a nível de cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

22:15 h.

- . PA = 110 X 80 mmHg. P = 80 bpm.
- . Involução uterina a nível de cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.

22:30.h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P = 80 bpm.
- . Involução uterina abaixo da cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

22:45 h.

- . PA = 120 X 90 mmHg. P = 80 bpm.
- . Involução uterina abaixo da cicatriz umbilical.
- . Lóquios normais.

PRÉ-TESTE

- 1: Que dê tudo certo. Que seja rápido.
2. Contração uma coisa ruim, não sei o que é.
Dilatação é quando está abrindo a bacia e a vagina.
3. Não sei, será que ganho hoje?
4. Eu queria cesárea para ligar. Mas eu prefiro parto normal.
5. Como eu estou sendo atendida está ótimo, gostaria que continuasse assim.
6. Eu gostaria muito, mas hoje não tem com quem ficar o meu filho. Mas acho que ele não dá, qualquer coisa desmaia.
7. Não sabe não.
8. Não sei nada.

PÓS-TESTE

1. Eu achei melhor do que o outro parto, foi mais rápido, e o atendimento foi melhor, tive toda a atenção possível, e tudo bem explicadinho.
2. Contração é quando o útero fica duro, rígido para ajudar o nenem a sair.
Dilatação é quando vai abrindo lá em baixo. O nenem vai empurrando e vai dilatando.
3. Foi mais rápido do que o outro, eu pensei que ia demorar mais.
4. Eu gostei de tudo, tudo é preciso e importante. Agora, o que mais doeu foram os pontos, é muito pior do que o toque e a lavagem.
5. Ah. do atendimento não tenho o que reclamar, somente agradecer, não sei se todas as pacientes são assim bem atendidas, ou é só porque eu estava com vocês que são estudantes.
6. Eu gostaria muito que o meu marido pudesse ficar junto comigo, mas não sei se ele iria aguentar, pode ser que sim, porque tudo era bem explicadinho e ele ficaria do meu lado e não veria sangue.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SISTEMA DE VISITAS.

15/04/91

Paciente: J.M.J.

Idade: 22 anos.

Estado civil: solteira Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: 0 Rh positivo.
- . Gesta II Para O.
- . DUM = ?
- . DPP = ?
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente internou na T.O. as 23:30 h, com 1 cm de dilatação, bolsa rota, DU = 25", 25", 20", 30" (4/10'), BCF = 140 bpm, PA = 140 X 90 mmHg. Realizado enema, a paciente realizou tricotomia em casa.
- . Acompanhante: J.J., parentesco: irmã.
- . Paciente e acompanhante orientadas para rotinas da T.O. e C.O. e sobre trabalho de parto.
- . Chegou às 00:35 h no C.O. em cadeira de rodas, acompanhada por sua irmã onde permaneceu lá por duas horas. Iniciaram os controles.

00:40 h.

- . DU = 70", 60", 40", 50" (4/10').
- . BCF = 140 bpm.
- . PA = 140 X 90 mmHg.
- . P = 76 bpm.
- . T = 36,5°C.

01:35 h.

- . BCF = 168 bpm.
- . PA = 140 X 90 mmHg.

02:20 h.

- . Instalado S.G. 5% (manter via) e aplicado Buscopan E.V. sob orientação médica.

02:30 h.

- . DU = 75", 50", 45", 60" (4/10').
- . BCF = 128 bpm.
- . PA = 130 X 100 mmHg.

03:30 h.

- . BCF = 136 bpm.
- . PA = 130 X 100 mmHg.

04:30 h.

- . DU = 40", 40", 45", 45" (4/10').
- . BCF = 136 bpm.
- . PA = 130 X 90 mmHg.

04:56 h.

- . Parto normal.

04:59 h.

- . Dequitação. PA = 140 X 90 mmHg.
- . Aplicado Methergin.

05:35 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg, P = 68 bpm.
- . Útero contraído a nível da cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.

05:50 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg. P = 68 bpm.
- . Útero contraído a nível da cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.

06:05 h.

- . PA = 130 X 70 mmHg. P. 76 bpm.
- . Útero contraído a nível da cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.

06:20 h.

- . PA = 130 X 70 mmHg. P. 76 bpm.
- . Involução uterina a nível de cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

PRÉ-TESTE

1. Esperava que não fosse igual ao primeiro, pois senti dores demais.
2. Não sabe nada, não sabe diferenciar uma da outra.
3. Não tem certeza, mas acha que vai amanhecer sem ganhar.
4. Lavagem.
5. Gostaria de ter alguém o tempo todo com ela.
6. Gostaria que a irmã a acompanhasse o tempo todo, e não só visitasse.
7. Não sabe direito.
8. Só sabe que é um corte para auxiliar no parto.

PÓS-TESTE

1. Eu achei mais doído do que da outra vez, mais difícil, a presença dos alunos ajudou bastante, alguém do lado dá muita segurança. Acho que vocês deram muita força.
2. É o útero que se contrai para poder sair o nenem.
3. Dilatação é a abertura do colo do útero, que vai se abrindo

até 10 cm para poder passar o nenem. É pequenininho o colo e abre até 10 cm.

3. Foi mais rápido. Eu esperava que fosse rápido.
4. As técnicas e exames foram melhores. O toque eu não gostei, mas sei que é preciso.
5. Ótimo.
6. Ótimo, ter alguém da família perto tem noção do que está acontecendo e a gente se sente segura.

Os alunos perto foi ótimo e importante. Ter alguém sempre do lado dá muita segurança, ver que as pessoas estão perto é muito bom.

As dores quando vocês estavam longe parecia ser mais forte e perto dá mais segurança.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - PERÍODO INTEGRAL

22/03/91

Paciente: S.A.S.

Idade: 23 anos.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Escolaridade: 2º grau incompleto.

Dados Clínicos.

- . Tipo sanguíneo: = A Rh (-) negativo.
- Marido: O Rh positivo.
- . Gestações anteriores: 0.
- Primípara.
- . DUM = 08/06/90.
- . DPP = 15/03/01.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Internou às 08:10 h, com 2 cm de dilatação, membranas íntegras, contrações 30", 35", 30" (3/10'), BCF = 120 bpm. Foi realizado enema e tricotomia.
- . Acompanhante = M.Z. Grau de parentesco = sogra.
- . Paciente permaneceu 1 hora na triagem obstétrica, recebeu todas as informações em relação as rotinas da triagem obstétrica e encaminhamento ao C.O., juntamente com o acompanhante.
- . Chegou às 09:10 h ao C.O., deambulando, iniciaram os controles de rotina.

09:15 h.

- . DU = 30", 35", 30" (3/10').
- . BCF = 120 bpm.
- . PA = 130 X 90 mmHg.
- . T = 35,6°C.

. P = 79 bpm.

10:10 h.

. DU = 35", 30", 30", 35" (4/10').

. BCF = 120 bpm.

. PA = 130 X 90 mmHg.

10:30 h.

. Realizado amniocentese sem sucesso.

. Colocado espêculo para aminioscopia, também sem sucesso, o aparelho não encontrava-se no setor.

11:15 h.

. DU = 35", 30", 30", 30" (4/10').

. BCF = 120 bpm.

. PA = 130 X 80 mmHg.

. Dilatação = 2 cm.

. Paciente fará cesareana (Distõcia de colo).

11:50 h.

. DU = 35", 30", 30", 35" (4/10').

. BCF = 120 bpm.

. PA = 130 X 80 mmHg.

12:00 h.

. BCF = 120 bpm.

. PA = 130 X 80 mmHg.

13:15 h.

. Centro Cirúrgico - iniciou a cirurgia com 1 hora de duração, anestesia peridural com Marcaina. Phanestel (acompanhante não ficou no centro cirúrgico).

14:30 h.

- . SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica). Acompanhante ficou junto a paciente até a mesma subir para unidade.
- . Realizado controle de lóquios, sinais vitais e fluidoterapia (soro glicosado 5%).
- . Permaneceu 4 horas e meia na SRPA. Segundo anestesista a paciente custou a se recuperar pela quantidade de anestésico aplicado.

19:15 h.

- . Paciente recebeu alta da SRPA.

PRÉ-TESTE

1. Não tem idéia formada, não tem certeza de que vai acontecer.
2. Não sabe nada o que é realmente.
3. Mais ou menos 7 horas.
4. Não gostaria que fosse demorado porque dizem que é mais sofrido.
5. Com calma, máximo de atenção, maior atenção possível.
6. Gostaria de ter - Porque? Segurança.
7. É só feita por necessidade não é? Não, eu não gostaria.
8. Não sabe o que é.

PÓS-TESTE - Dia 23/03/91 - 15:00 horas.

1. Foi bom ter feito cesareana, acho que não aguentaria.
2. É quando o colo abre, é uma consequência da contração.
3. Acho que demorou.
4. Aquele exame da injeção como chama?
Aminiocentese.
5. Achei bom.
6. Achei ótimo, quando eu estava esperando para ser atendida minha sogra disse, será que eu não podia assistir o parto?

Eu pensei que seria bom. Logo depois tu vieste falar comigo, foi muito bom eu estava muito insegura.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

20/04/91

Paciente: M.A.P.

Idade: 29 anos.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: A Rh positivo.
- . nº de abortos = 02.
- . Gesta III Para 0.
- . DUM = 13/07/90.
- . DPP = 20/04/91.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. em trabalho de parto, bolsa íntegra, com 3 cm de dilatação. DU = (3/10'), BCF = 140 bpm, PA = 130 X 80 mmHg. Realizado tricotomia e enema. Orientada para rotinas da T.O. e C.O.
- . Chegou no C.O. às 11:11 h. em cadeira de rodas. Recebeu orientações junto com seu marido sobre as rotinas e trabalho de parto. Seu marido permaneceu durante quase todo o período no C.O., só não pode assistir o parto.

11:15 h.

- . DU = 50", 70", 55" (3/10').
- . BCF = 136 bpm.
- . PA = 72 bpm.
- . T. = 36°C.
- . Encaminhada pelo médico, 5 cm de dilatação.

11:45 h.

- . BCF = 140 bpm.

12:10 h.

- . Rotura de membranas artificialmente, apresentou líquido sanguinolento.

12:30 h.

- . DU = 35", 40", 40", 45" (4/10').
- . BCF = 136 bpm.
- . PA = 72 bpm.

13:00 h.

- . Aplicado buscopan e soro glicosado 5%.

13:05 h.

- . BCF = 136 bpm.

13:13 h.

- . Parto normal.
- . Peso = 2.900 g. Sexo = masculino.
- . Episio lateral direita.

13:25 h.

- . Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg.
- . Aplicação Ergotrat.

13:55 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg. P = 76 bpm.
- . Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

14:10 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P = 80 bpm.
- . Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.

14:25 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P = 76 bpm.
- . Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.
- . Lóquios fisiológicos.

14:40 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg.
- . Involução uterina abaixo da cicatriz umbilical.
- . Sangramento fisiológico.
- . Retirado soro.

PRÉ-TESTE

1. Que vai doer muito, mas depois vai passar tudo.
2. Eu não sei nada.
3. Acho que não vai demorar.
4. Eu nem sei, nunca passei.
5. Bom, com muita paciência.
6. Eu gostaria, porque estou com vontade de chorar.
7. Eu não quero fazer, parto normal a gente sente a dor mais passa logo, a cesárea tem os pontos e eu moro em casa com escada. Meus parentes estão longe para me ajudar.
8. Aquela corte que dão na gente embaixo, não é.

PÓS-TESTE

1. Achei que foi muito demorado, mas o pior é o tempo que se fica esperando, a hora do nascimento é rápido.
2. O que você me falou, contração é a força que o útero faz para haver dilatação e expulsar o nenem.
3. Não, achei que fosse mais rápido.
4. Somente o tempo de espera. Para dilatação.
5. Muito bom, fui muito bem atendida.
6. Achava que o meu marido devia ficar perto comigo na hora do parto, acho que me daria mais segurança.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

26/04/91

Paciente: A.P.S.B.

Idade: 32 anos.

Estado civil: casada Cor: branca.

Grau de escolaridade: nível superior.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo A Rh positivo.
- . Secundípara.
- . DUM = 23/07/90.
- . DPP = 30/04/90.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente chegou na T.O. às 08:05 h a fim de induzir o parto. Foi realizado enema e tricotomia. Orientada para rotinas de T.O. e C.O. Encaminhada ao 4º andar.
- . Chegou no 4º andar (Setor de Internação Obstétrica), deambulando. Instalado S.G. 5% com Sytocinon 5 U.I. Orientada sobre rotina da unidade. Bolsa íntegra 2 cm de dilatação. Foi aumentado gotejamento para 60 gotas/min.
- . DU = , BCF = 136 bpm, PA = 110 X 70 mmHg, P = 78 bpm, T = 36,3°C.

10:00 h.

- . DU = 50", 25", 60" (3/10').
- . BCF = 136 bpm.
- . PA = 110 X 70 mmHg.

10:45 h.

- . BCF = 140 bpm.
- . PA = 110 X 70 mmHg.

11:00 h.

. DU = 40", 45", 40", 50" (4/10').

. BCF = 140 bpm.

11:30 h.

. DU = 35", 35", 40", 35" (4/10').

12:00 h.

. DU = 55", 40", 50", 50" (4/10').

. BCF = 136 bpm.

12:30 h.

. Colocado II frasco de S.G. 5% com Sytocinom 5 U.I.

. DU = 60", 55", 55", 60" (4/10').

13:00 h.

. DU = 50", 40", 40", 50" (4/10').

. BCF = 128 bpm.

. PA = 110 X 70 mmHg.

13:45 h.

. DU = 50", 50", 45", 50" (4/10').

. BCF = 128 bpm.

. PA = 110 X 70 mmHg.

14:15 h.

. BCF 120 bpm.

. PA = 110 X 70 mmHg.

14:30 h.

. Paciente chegou ao C.O. em cadeira de rodas, proveniente do 4º andar, 5 cm de dilatação. Colocado III S.G. 5% + 5 U.I. de Syntocinon.

. BCF = 146 bpm.

. DU = 50", 45", 50", 50" (4/10').

. P = 68 bpm.

16:00 h.

. PA = 120 X 80 mmHg.

. BCF = 128 bpm.

. DU = 50", 40", 40", 40" (4/10').

16:30 h.

. Rotura de membrana artificial, apresentou líquido claro com grumos.

. DU = 45", 55", 50", 60" (4/10').

. PA = 120 X 80 mmHg.

. BCF = 128 bpm.

17:40 h.

. Dequitação.

. PA = 120 X 70 mmHg.

17:55 h.

. PA = 110 X 80 mmHg.

. Útero contraído acima da cicatriz umbilical. Lóquios normais.

18:10 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P.= 72 bpm.

. Útero contraído acima da cicatriz umbilical. Lóquios normais.

18:25 h.

. PA = 100 X 80 mmHg.

. Útero contraído acima da cicatriz umbilical. Lóquios normais.

18:40 h.

. PA = 110 X 80 mmHg.

. Útero contraído acima da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

PRÉ-TESTE

1. O meu outro parto foi difícil, levou 12 horas, acho que não vai ser diferente.
2. Sabe tudo, médica já estudou.
3. Acho que vai demorar muito.
4. Sentir tanta dor, só queria que o bebê nascesse bem, sou muito medrosa.
5. Muito bem, porque com parto com indução precisa ter controle rigoroso.
6. Ótimo, que o meu marido ficasse comigo.
7. Acho muito perigosa, não gostaria de fazer, somente em último caso.
8. É uma incisão que é feita no períneo, para ajudar o nascimento do bebê. Para que não ocorra laceração.

PÓS-TESTE

1. Decorreu do jeito que esperava, com indução e a analgesia.
- 2.
3. Sim, foi o esperado.
4. Somente a obstrução do cateter da anestesia, não produzindo então a analgesia desejada.
5. Achou que os alunos atuaram muito bem.
6. Achou ótimo a participação do seu marido, mas acredita que para a instalação de um sistema de atendimento à gestante deste tipo, haveria a necessidade de um maior número de pessoal e algumas mudanças no espaço físico. Mas achou que a participação do marido a deixou mais tranquila, e que é importantíssimo o contato dos pais com o recém-nascido logo após o nascimento.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

01/05/91

Paciente: M.E.Q.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 22 anos.

Grau de instrução: 2º grau completo.

Dados Clínicos.

- . Grupo sanguíneo = A+
- . nº aborto: 1.
- . nº gestações = gesta III, Para I.
- . DUM = 05/08/90.
- . DPP = 12/05/91.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Lactação = sim, 1 anos e 3 meses.
- . Doenças durante a gestação = nega.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica, no dia 11/05/91 às 22:15 horas, em trabalho de parto. DU = 2/10', 4 cm de dilatação, PA = 130 X 90 mmHg. Realizado tricotomia, enema e orientada sobre trabalho de parto através de fichas juntamente com o acompanhante de sua escolha.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao centro obstétrico após permanecer o período de 1 hora na triagem obstétrica.
- . Chegou no C.O. deambulando às 21:30 h. Orientada paciente e acompanhante das rotinas do C.O.

Controles de Rotina:

21:40 h.

. DU = 55", 40" (2/10'), BCF = 140 bpm, PA = 130/90 mmHg, P = 80 bpm, T_{re} = 36,8°C.

22:40 h.

. DU = 55", 50", 50" (3/10'), BCF = 140 bpm, PA = 130/90 mmHg.

23:40 h.

. BCF = 136 bpm.

00:30 h.

. DU = 60", 50", 55", 55" (4/10'), BCF = 108 bpm.

00:50 h.

. Parto (sexo masculino).

00:57 h.

. Dequitação. PA = 120 X 90 mmHg.

. Aplicação Ergotrat IM.

01:20 h.

. P = 72 bpm, PA = 120 X 90 mmHg.

. Útero contraído, sangramento fisiológico.

01:35 h.

. P = 76 bpm, PA = 130 X 90 mmHg.

. Útero contraído, sangramento fisiológico.

01:50 h.

. P = 84 bpm, PA = 130 X 80 mmHg.

. Útero contraído, sangramento fisiológico.

02:05 h.

- . P = 80 bpm, PA = 130 X 80 mmHg.
- . Útero contraído, sangramento fisiológico.
- . Encaminhada a unidade = 02:30 h.

Evolução dilatação:

- . 21:30 = 4 cm.
- . 22:05 = 6 cm.
- . 23:30 = 8 cm.
- . 00:30: 10 cm.

Rotura de membranas: 21:30 h. - espontânea, líquido claro.

PRÉ-TESTE

1. Não sabe direito, chegou querendo fazer cesárea, mas acredita que após ter sido orientada, o parto normal vai ser melhor.
2. Contração = aperta em cima.
Dilatação = abre embaixo.
3. Umas 3 ou 4 horas.
4. Nenhum.
5. Gostaria de ter sempre alguém por perto.
6. Acharia ótimo que o marido a acompanhasse.
7. É uma cirurgia que facilita o parto.
8. É um pique que o médico dá na hora do parto que facilita a saída do neném.

PÓS-TESTE

1. Achou que foi muito mais tranquilo que o primeiro, se sentiu muito tranquila.
2. Contração = é a força que o útero faz para expulsar o neném.
Dilatação = é a abertura que o colo do útero faz para permitir a saída do neném.

3. Foi o tempo esperado.
4. Nenhum.
5. Achou ótimo que nós a tratamos muito bem e adorou, nós termos dado a chance para o marido poder acompanhá-la durante o período do parto.
6. Achou super importante adorando a oportunidade que foi dada ao marido de participar, se achou mais tranquila, sentiu menos dores, e mesmo depois achou que o corpo ficou menos dolorido que no parto anterior.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

01/05/91

Paciente: S.A.S.S.

Estado Civil: casada Cor: branca.

Idade: 25 anos.

Grau de instrução: 2º grau completo.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = A+.
- . DUM = 03/09/90.
- . DPP = 13/06/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta 1, Para 0.
- . Doenças durante gestação = nega.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na Triagem Obstétrica no dia 01/05/91, às 21:30 h, em trabalho de parto. DU = (2/10'), BCF = 160 bpm, PA = 110 X 60 mmHg, P = 80 bpm. Feito tricotomia, enema e orientação sobre o processo de nascimento juntamente com o acompanhante através de fichas ilustradas.
- . Acompanhante = a irmã.
- . Encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas acompanhada da irmã, ambas foram orientadas quanto a rotina do C.O.

Controle de Rotina:

22:25 h.

- . BCF = 152 bpm, P = 80 bpm, PA = 100 X 60 mmHg, T = 37,2°C, DU = 50", 30", 50" (3/10').

23:00 h.

- . BCF = 148 bpm, PA = 100 X 70 mmHg.
- . Encaminhada à higiene corporal.

23:50 h.

- . BCF = 164 bpm, PA = 100 X 60 mmHg.
- . Comunicado ao médico.

24:13 h.

- . Amniorexe, líquido escuro (meconial ++), BCF = 160 bpm, DU = 50", 30", 60" (3/10'), PA = 110 X 60 mmHg.

24:23 h.

- . BCF = 168 bpm.

01:18 h.

- . Parto normal (sexo masculino).

01:20 h.

- . Dequitação. Pa = 90 X 50 mmHg.
- Aplicado Ergotrat IM.

01:35 h.

- . PA = 90 X 60 mmHg. P = 80 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

01:50 h.

- . PA = 100 X 60 mmHg, P = 80 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

02:05 h.

- . PA = 100 X 60 mmHg. PA = 76 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

02:20 h.

- . PA = 100 X 60 mmHg. P = 76 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

OBS: Durante todo o período de trabalho de parto a irmã ficou junto a parturiente. Na hora do parto ficou ao lado da paciente. A paciente se apresentou calma e segura.

PRÉ-TESTE

1. Refere que não estava esperando, pois faltava 1 mês ainda, disse que achava que ia fazer o parto em Urubici com o médico dela.
2. Refere que já ouviu falar mas, não sabe explicar.
3. 4 à 5 horas.
4. Não sabe relatar.
5. Refere que está gostando do jeito como está sendo atendida.
6. Está achando muito bom, pois este tranquiliza a gente, deixando mais segura.
7. Parto com cirurgia.
8. Não sabe o que é, mas sabe que o corte é feito na vagina.

PÓS-PARTO

1. Foi bom, para mim que é a primeira vez eu gostei do pessoal dos médicos eles favam força e incentivo.
2. Contração: quando o útero começa a encolher e fazer força para a neném nascer.
Dilatação: quando o útero começa abrir para a criança ter espaço para nascer.
3. Bom, eu calculava que ia demorar mais, eu achei rápido.
4. Para mim eu gostei, foi importante, porque tudo o que foi feito eu fui orientada.
5. Os acadêmicos foram excelentes, bem orientado, não poderia

ser melhor. O rapaz o tempo todo conversando, orientando, foi muito bom, melhor não precisava.

6. Eu acho que isso aí para mim na hora do parto foi muito importante. Dá a maior força para mulher. É excelente. Eu acho que o hospital deveria permitir, porque é muito bom.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

08/05/91

Paciente: T.K.M.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 19 anos.

Grau de instrução: 2º grau completo.

DUM = 05/08/90

DPP = 15/05/91.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = A⁻.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações: Gesta I, Para O.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Doenças durante a gestação = nega.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 08/05/91, às 08:45 horas em trabalho de parto. DU = 4/10', 4 cm de dilatação, PA = 120/80 mmHg, P = 80 bpm, T = 37°C, BCF = 140 bpm. Bolsa rota há 5 horas.
- . Feito enema, tricotomia e orientada sobre trabalho de parto através de fichas juntamente com o acompanhante de sua escolha.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao Centro Obstétrico após permanecer o período de 1 hora na triagem obstétrica.
- . Chegou ao C.O. deambulando às 10:20 h. Orientado paciente e acompanhante sobre rotinas do C.O.

Controles de Rotina:

10:25 h.

- . DU = 30", 25", 40", 30" (4/10'), BCF = 140 bpm, P = 80 bpm,

T. = 37°C, bolsa rota há 5 horas.

10:45 h.

. Paciente encaminhada para higiene corporal.

11:15 h.

. BCF = 144 bpm, PA = 120 X 80 mmHg.

12:20 h.

. BCF = 136 bpm, PA = 120 X 70 mmHg, T = 36,5°C, P = 98 bpm,
DU = 40", 55", 45", 50" (4/10').

13:25 h.

. BCF = 160 bpm, PA = 120 X 70 mmHg.

13:30 h.

. Aplicado buscopan E.V.

14:00 h.

. Colocado soro glicosado 5% + syntocinon 5 U.I. 12 gotas/min.

14:26 h.

. Parto normal (sexo = masculino).

14:35 h.

. Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg.

Aplicado ergotrat I.M.

14:55 h.

. PA = 100 X 60 mmHg. P = 86 bpm.

. Sangramento fisiológico.

. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.

15:10 h.

. PA = 100 X 60 mmHg. P. 82 bpm.

. Útero contraído, sangramento fisiológico.

15:25 h.

- . PA = 100 X 60 mmHg, P. = 82 bpm.
- . Útero contraído, sangramento fisiológico.

15:40 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg. P. = 82 bpm.
- . Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical, lóquios fisiológicos.

Encaminhada a Unidade às 16:05 horas.

PRÉ-TESTE

1. Passe bem, o neném também corra tudo bem.
2. Contração, não sabe.
- .. Dilatação: quando sai o líquido.
3. Não faço idéia.
4. Nada.
5. Como está sendo, eu estou gostando.
6. Eu estou gostando, é importante.
7. Nada.
8. Nada.

PÓS-TESTE

1. Difícil no final, mas durante foi bom.
2. Contração = o útero fica dura para o neném sair.
Dilatação - vai abrindo o útero embaixo para o neném sair.
3. Eu achei rápido.
4. Gostei de tudo, tudo é importante.
5. Eu gostei demais do atendimento.
6. Isso foi o que eu mais gostei, dá mais força para a gente na hora da dor.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

10/05/91

Paciente: A.P.B.

Estado civil: solteira. Cor: branca.

Idade: 22 anos.

Grau de instrução: 2º grau.

Dados Clínicos:

- . DUM = 05/08/90..
- . DPP = 15/05/91.
- . Grupo Sanguíneo = B+.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta I, Para 0.
- . Doenças na gestação = nega.
- . Realizou Pré-Natal = sim.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 10/05/91, às 08:45 horas em trabalho de parto. DU = 2/10', 3 cm de dilatação, BCF = 140 bpm, PA = 130 X 100 mmHg, P = 85 bpm. Bolsa rota espontânea às 07:30 h, líquido claro. Realizado tricotomia, enema e orientada sobre o trabalho de parto através de fichas juntamente com o acompanhante.
- . Acompanhante = mãe.
- . Encaminhada ao Centro Obstétrico após permanecer o período de 1 hora na triagem obstétrica.
- . Chegou ao C.O. deambulando às 09:50 horas. Orientado paciente e acompanhante sobre rotinas do C.O.

Controle de Rotina:

09:55 h.

- . DU = 35", 50", 49" (3/10'), BCF = 155 bpm, T = 36°C, P = 92

bpm, PA = 110 X 70 mmHg.

10:15 h.

. Puncionado veia, colocado soro glicosado 5%, aplicado Buscopan E.V. + glicose 25%.

10:55 h.

. BCF = 140 bpm, PA = 130 X 50 mmHg.

11:15 h.

. Paciente encaminhada para higiene corporal.

11:55 h.

. BCF = 136 bpm, P = 120 X 90 mmHg.

12:45 h.

. BCF = 136 bpm, PA = 130 X 90 mmHg.

DU = 50", 55", 50", 35" (4/10').

13:40 h.

. BCF = 152 bpm, PA = 130 X 50 mmHg.

14:50 h.

. Parto normal (sexo = masculino).

15:05 h.

. Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg.

15:10 h.

. Aplicado Ergotrat.

15:25 h.

. PA = 130 X 50 mmHg. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical. Lóquios normais.

15:40 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. Útero contraído, lóquios normais.

16:10 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. Útero contraído, lóquios normais.

Encaminhada a Unidade às 16:30 horas.

Evolução da Dilatação:

. 08:45 = 3 cm.

. 10:05 = 6 cm.

. 12:30 = 8 cm.

. 14:30 = 10 cm.

PRÉ-TESTE

1. Espera que seja rápido, que não sofra, não tenho medo de dor.
2. Contração: cólica que dá em intervalos.
Dilatação: abertura para passagem do neném.
3. 5 horas.
4. O corte.
5. Do jeito que estou sendo.
6. Gostaria.
7. Nada.
8. Tenho medo do corte.

PÓS-TESTE

1. Ótimo, foi bem diferente do que as outras pessoas me disseram.
2. Eu sei o que é, mas não sei explicar.
3. Foi, mais ou menos.
4. Nenhum, acho que foi tudo ótimo.
5. Ótimo, as meninas me atenderam muito bem.

6. Achei que foi muito importante, minha mãe me deixou mais segura e tranquila.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL.

12/05/91

Paciente: E.L.

Estado Civil: casada. Cor: branca.

Idade: 23 anos.

Grau de instrução: 2º grau.

Dados Clínicos:

- . Grupo Sanguíneo: 0+.
- . DUM = 27/07/90.
- . DPP = 07/05/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta II, Para I.
- . Realizou pré-natal = Sim.
- . Doenças durante a gestação = nega.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 12/05/91, às 22:10 horas em trabalho de parto. DU = 2/10', BCF = 140 bpm, 3 cm de dilatação, PA = 120 X 80 mmHg, P = 83 bpm. Realizado tricotomia, enema e orientada sobre trabalho de parto através de fichas juntamente com o acompanhante de sua escolha.
- . Acompanhante = o marido.
- . Encaminhada ao C.O. após permanecer por 1 hora na triagem obstétrica.
- . Chegou no C.O. em cadeira de rodas, às 23:30 orientada e acompanhante sobre as rotinas do C.O.

Controles de rotina:

23:45 h.

- . DU = 45", 45" (2/10'), BCF = 132 bpm, P = 64 bpm, T = 35°C,
PA = 120 X 80 mmHg.

00:30 h.

- . BCF = 136 bpm, PA = 120 X 90 mmHg.

01:30 h.

- . BCF = 136 bpm, PA = 110 X 70 mmHg.
- . DU = 60", 75", 80" (3/10'), P = 76 bpm.

02:30 h.

- . BCF = 128 bpm, PA = 120 X 80 mmHg.
- . DU = 60", 75", 75", 60" (4/10'), P = 72 bpm.

03:30 h.

- . BCF = 128 bpm, PA = 120 X 80 mmHg, P = 80 bpm.
- . Rotura de membranas artificial, líquido claro.

04:35 h.

- . Parto normal (sexo = feminino).

05:05 h.

- . Dequitação. PA = 100 X 60 mmHg.
Aplicado ergotrat I.M.

05:20 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg. P = 70 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

05:35 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg, P = 68 bpm.
- . Útero contraído, lóquios fisiológicos.

05:50 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg, P = 72 bpm.
- . Útero contraído, lóquios normais.

06:05 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg, P. = 70 bpm.
- . Útero contraído, sangramento fisiológico.

Encaminhada a unidade às 06:10 h.

Evolução dilatação:

- . 22:10 = 3 cm.
- . 00:45 = 5 cm.
- . 04:35 = 10 cm.

PRÉ-TESTE

1. Que corra tudo bem, que venha uma menina com saúde, que seja poucos pontos, que nasça logo.
2. Contração = é a dor que a gente sente aqui atrás da bacia e mostra que o parto está chegando, cada vez vem mais seguida.
Dilatação = não sabe.
3. 5 horas.
4. Lavagem intestinal - mas sabe que é preciso cesárea.
5. Com delicadeza, interesse e informar o que está acontecendo, é uma forma de aprender.
6. Ótimo, alivia a ansiedade da gente, fica mais segura.
7. Não sei nada, só que é feito um corte na barriga.

PÓS-TESTE

1. Este eu posso dizer que eu senti dores, mas não foi tão ruim com o meu marido no lado, também ajudou bastante.
2. Bom, dilatação - alargamento do canal para o nenem passar.

Contração - é necessário para empurrar o neném e para ajudar também na dilatação.

3. Foi, eu tinha dado 5 horas e durou 5 horas.
4. Lavagem que a gente menos gosta, toque também.
5. Ótimo, o fato de vocês ficaram no lado explicando tudo.
Gostei da médica também.
6. Segurança, fiquei mais calma, apoio nas horas das dores. Se eu soubesse que fosse ter outro filho eu ficaria tranquila se meu marido assistisse.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

12/05/91

Paciente: V.L..L.C.

Estado Civil: casada. Cor: branca.

Idade: 20 anos.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = 0+.
- . DUM = 20/07/90.
- . DPP = 27/04/91.
- . nº de abortos = 1.
- . nº de gestações = Gesta II, Para 0.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Doenças durante a gestação = nega.
- . Bolsa rota às 00:30, líquido claro.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 13/05/91, às 02:30 horas em trabalho de parto. BCF = 140 bpm, PA = 120 X 80 mmHg, P. = 80 bpm, 4 cm de dilatação. Feito tricotomia e orientada sobre trabalho de parto através de fichas, juntamente com o marido.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao C.O. deambulando, acompanhada do marido.
- . Chegou no C.O. às 03:50 horas, foi orientada quanto rotina do C.O.

Controle de Rotina:

03:55 h.

- . DU = 50", 30", 50" (3/10'). BCF = 145 bpm, PA = 120 X 80 mmHg, P = 80 bpm, T = 37°C.

04:35 h.

- . Encaminhada ao banho.

04:50 h.

. BCF = 145 bpm, PA = 110 X 70 mmHg.

05:50 h.

. DU = 60", 40", 40", 80" (4/10'), BCF = 136 bpm.

06:50 h.

. BCF = 132 bpm, PA = 110 X 80 mmHg.

07:50 h.

. BCF = 144 bpm.

08:50 h.

. BCF = 120 bpm, PA = 120 X 90 mmHg, P = 80 bpm, DU = 60", 60",
50", 70" (4/10').

09:50 h.

. BCF = 132 bpm.

11:00 h.

. BCF = 128 bpm. Aplicado dolantina, fenergan e novalgina,
instalado soro glicosado 5%.

12:00 h.

. BCF 140 bpm.

12:45 h.

. BCF = 140 bpm, DU = 60", 45", 45", 80" (4/10').

13:30 h.

. BCF = 142 bpm.

14:20 h.

. BCF = 160 bpm, PA = 120 X 80 mmHg.

14:40 h.

. BCF = 158 bpm, PA = 120 X 80 mmHg.

15:30 h.

. BCF = 160 bpm, DU = 60", 40", 40", 60" (4/10').

15:40 h.

. BCF = 156 bpm.

15:55 h.

. BCF = 148 bpm.

16:15 h.

. BCF = 160 bpm.

16:30 h.

. BCF = 160 bpm.

17:00 h.

. Decidido cesárea - desproporção cefalo pélvica.

. Acompanhante - o marido saiu as 07:50 h. por motivo de troca plantão.

Dilatação:

. 02:30 = 4 cm.

. 06:40 = 5 cm;

. 15:55 = 6 cm.

PRÉ-TESTE

1. Acho que vai ser rápido, com pouca dor.

2. Contração = é a dor do parto.

Dilatação = não sabe.

3. 5 à 6 horas.

4. Toque.

5. Estou gostando do atendimento, ouviu falar que o pessoal

atendia mal.

6. Acha Ótimo.
7. Corte para tirar o neném.
8. Não sabe.

PÓS-TESTE

1. Horrível.
2. Contração = é a dor do parto que aperta o neném para sair.
. Dilatação = é o que o médico examina para ver se dá para o neném passar.
3. Não.
4. Toque.
5. Bom.
6. Achou muito bom, é importante, porque a gente fica mais calma e segura.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

19/05/91

Paciente: F.A.

Estado Civil: Casada. Cor: branca.

Idade: 19 anos.

Grau de instrução: 1º ano do 2º grau.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = 0+.
- . DUM = 10/08/90.
- . DPP = 20/05/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta 1, Para 0.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Doenças durante gestação = nega.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 19/05/91, às 12:00 horas em trabalho de parto. DU (2/10'), BCF = 148 bpm, P = 80 bpm, PA = 110 X 70 mmHg.
- . Feito tricotomia, enema e orientada sobre o processo de nascimento através de fichas ilustradas juntamente com o acompanhante.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao C.O. deambulando junto com acompanhante, orientados sobre rotinas do C.O.

Controle de Rotina:

13:00 h.

- . DU = 45", 65" (2/10'). BCF = 148 bpm. P = 82 bpm.
PA = 110 X 80 mmHg. T = 36°C.

14:00 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 110 X 90 mmHg.

14:30 h.

. BCF = 148 bpm.

15:00 h.

. BCF = 148 bpm. PA = 110 X 70 mmHg.

DU = 45", 45", 30" (3/10').

15:30 h.

. BCF = 148 bpm. PA = 110 X 70 mmHg.

16:00 h.

. DU = 40", 50", 30", 40" (4/10'). BCF = 136 bpm.

16:45 h.

. BCF = 136 bpm. PA = 120 X 70 mmHg.

17:15 h.

. BCF = 152 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

18:00 h.

. Decidido por cesárea, desproporção céfalo pélvica.

18:30 h.

. Admitida no Centro Cirúrgico.

19:25 h.

. Parto cesárea (sexo masculino).

. O marido deixou a paciente somente quando a paciente foi para o Centro Cirúrgico.

Evolução Dilatação:

. 12:00 = 2 cm.

. 15:00 = 3 cm.

PRÉ-TESTE

1. Refere que deve ser horrível, conclusão que chegou conforme ouviu falar.
2. Contração = não sabe.
Dilatação = ossos se abrem.
3. Não faz idéia.
4. Todos, principalmente enema.
5. Com carinho, compreensão, com cuidado, porque assim a gente fica mais calma.
6. Muito bom, ótimo, a gente fica calma, segura, acha que de toda a família, o melhor para acompanhá-la é o marido.
7. Não sabe responder.
8. Ouviu falar do corte na vagina para o neném sair.

PÓS-PARTO

1. Achou bom, reclamando apenas da punção venosa.
2. Contração = não se lembra.
Dilatação = abrindo aquele negócio para passagem do neném.
3. Não.
4. Todas.
5. Bom.
6. Bom, ajudou muito, bastante.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

19/05/91

Paciente: S.R.C.R.

Estado civil: Amasiada. Cor: branca.

Idade: 31 anos.

Grau de instrução: 2º grau incompleto.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = A+
- . DUM = 13/08/90.
- . DPP = 23/05/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta I - Para 0.
- . Realizou Pré-Natal = sim.
- . Doenças durante gravidez = nega.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 19/05/91, às 20:10 horas, em trabalho de parto. DU = 2/10', BCF = 140 bpm, PA = 120 X 90 mmHg, P = 90 bpm.
- . Feito tricotomia, enema e orientada sobre o processo de nascimento e conduta juntamente com o acompanhante.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao C.O. deambulando acompanhada do marido.
- . Chegou ao C.O. às 22:30 horas, orientada sobre as rotinas do C.O.

Controle de Rotina:

22:30 h.

- . DU = 30", 40", 55" (3/10'). PA = 120 x 90 mmHg. BCF = 144 bpm. T = 36°C. P = 88 bpm.

23:30 h.

- . BCF = 140 bpm. Rotura de membranas espontânea, líquido meconial +. PA = 110 X 90 mmHg.

00:20 h.

- . BCF = 140 bpm. 15 s após a contração e 100 bpm durante a contração.
- . DU = 50", 65", 60" (3/10'). PA = 130 X 80 mmHg.

01:00 h.

- . BCF = 140 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

01:58 h.

- . Parto normal (sexo = masculino).

02:27 h.

- . Dequitação. PA = 120 X 70 mmHg.

02:37 h.

- . PA = 110 X 70 mmHg. P = 98 bpm. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical, lóquios normais.

02:52 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P. = 96 bpm.
- ..Útero contraído, lóquios normais.

03:07 h.

- . PA = 120 X 70 mmHg. P. 93 bpm.
- . Útero contraído, lóquios normais.

03:27 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P. = 89 bpm.
- . Útero contraído, lóquios normais.
- . O acompanhante permaneceu junto da paciente até a unidade.

Evolução da Dilatação:

- . 22:30 = 4 cm.
- . 00:20 = 8 cm.
- . 01:50 = 10 cm.

PRÉ-TESTE

1. Rápido com atenção toda do médico, que não seja um parto difícil. Pelo o que eu sei que não seja tão dolorido, um bicho de sete cabeças.
2. Contração = é uma cólica menstrual só que mais dolorida, uma dor inexplicável.
Dilatação = não sei.
3. Eu espero que seja rápido, mas não faço idéia.
4. Tudo o que fizerem em mim é necessário, tem mais é que ficar tranquila. Tendo um bom atendimento me deixa tranquila.
5. Da forma que eu estou sendo atendida está bom. Estou tendo toda atenção necessária.
6. É bom deixa a gente mais tranquila. Nesta hora é só apoio moral.
7. Eu só sei que é dado uma injeção na medula. A paciente adormeceu é feito o parto sem dor.
8. Nada. É dado para facilitar a saída da criança.

PÓS-TESTE

1. Muito dolorido, mas é uma sensação boa de ver o filho nascer, com saúde e perfeito.
2. Contração = é a dor para expulsar a criança, a força que faz o útero.
Dilatação = é a abertura lá embaixo.
3. Eu achei rápido. Depois que a bolsa se rompeu foi bem rápido.
4. Tudo o que foi feito foi necessário.

5. Bom, fui muito bem atendida de todas as partes.

6. É uma força que a gente tem, a presença do marido deixa a gente mais segura.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

31/05/91

Paciente: R.T.O.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 33 anos

Grau de instrução: 1ª grau incompleto.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo: A+.
- . DUM = 09/09/90.
- . DPP = 16/06/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta I, Para 0.
- . Doenças durante gestação = nega.
- . Realizou pré-natal = Sim.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na Triagem Obstétrica no dia 31/05/91, às 08:30 horas, em trabalho de parto. Relata que estava sentindo dor desde às 07:00 horas. DU = 3/10'. 4 cm de dilatação. PA = 120 X 80 mmHg. P = 80 bpm. BCF = 136 bpm. Realizado tricotomia, enema e orientação sobre o processo de nascimento através de fichas ilustradas juntamente com o marido.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas. Acompanhada pelo marido, orientados sobre as rotinas de C.O.

Controle de Rotina:

09:30 h.

- . DU = 45", 40", 70" (3/10'). PA = 120 X 80 mmHg. P = 80 bpm.
T 2 35°C. BCF = 136 bpm.

10:10 h.

- . Rompeu bolsa d'água artificialmente, apresentou líquido claro.

10:59 h.

- . BCF = 146 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.
- . DU = 45",30",70",45" (4/10').

11:14 h.

- . Parto normal (sexo = masculino).

11:25 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg.

11:50 h.

- . Dequitação. PA = 130 X 70 mmHg.
- Aplicado ergotrat.

12:10 h.

- . PA = 160 X 90 mmHg. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

12:25 h.

- . PA = 130 X 90 mmHg. Útero contraído, lóquios fisiológicos.

12:35 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg. Útero contraído, lóquios fisiológicos.

12:50 h.

- . PA = 130 X 90 mmHg. Útero contraído, lóquios fisiológicos.

Evolução da dilatação:

- . 08:30 = 4 cm.
- . 10:10 = 9 cm.
- . 11:00 = 10 cm.

PRÉ-TESTE

1. Não queria que demorasse.
2. Contração = não sei, é essa dor?
Dilatação = não sei.
3. Não sei - não quero que demore.
4. Nada - não imagino.
5. Bom, com calma e paciência como estou sendo.
6. Acho ótimo. Porque não queria ficar sôzinha.
7. A gente não sente dor, não sabe onde é o corte.
8. Não sei.

PÓS-TESTE

1. Não achei tão ruim assim vocês me ajudaram muito.
2. Contração - é a dor.
Dilatação - é a abertura para o neném sair.
3. Quando eu estava sentindo as dores, parecia que não ia nascer nunca, mas depois que nasceu não foi tão ruim.
4. As dores, acho que foi os pontos o pior.
5. Muito bom, vocês me ajudaram muito, sou muito grata. Acho que correu tudo bem de tanto que rezaram por mim.
6. Foi muito importante, não sei o que seria de mim se o Paulo não me desse uma força. Quase nem lembro, acho que dei um pouco de trabalho não é?

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

02/06/91

Paciente: A.A.B.L.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 26 anos.

Grau de instrução: 2ª grau.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo = B+.
- DUM = 16/08/90.
- . DPP = 26/05/91.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta I, Para 0.
- . Doenças durante a gestação = nega.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica;

- . Paciente admitida na Triagem Obstétrica no dia 02/06/91, às 18:10 horas, em trabalho de parto. DU = 3/10'. BCF = 140 bpm. P = 85 bpm. PA = 140 X 90 mmHg, Feito tricotomia, enema e orientada sobre o processo de nascimento através de fichas ilustradas, juntamente com o marido.
- . Acompanhante = marido.
- . Encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas, acompanhada do marido, ambos foram orientados quanto a rotina do C.O.

Controles de Rotina:

19:20 h.

- . DU = 40", 50", 30" (3/10'). BCF = 140 bpm.
T = 37,6°C. P = 82 bpm. PA = 130 X 90 mmHg.

20:20 h.

- . BCF = 136 bpm.

21:45 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 120 X 90 mmHg.

22:30 h.

. DU = 50", 35", 50" (3/10'). T. 37,6°C. BCF = 132 bpm.

. PA = 120 X 80 mmHg.

23:00 h.

. Instalado SG 5% + Syntocinon 5 U.I., 8 gotas/min.

23:30 h.

. DU = 50", 40", 50" (3/10'). BCF = 136 bpm. PA = 130 X 80 mmHg.

23:45 h.

. Rotura artificial de membranas, líquido claro. BCF = 132 bpm.

00:20 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 140 X 80 mmHg. P = 80 bpm. Paciente refere tontura.

00:50 h.

. BCF = 140 bpm. DU = 40", 35", 35", 50", 50" (5/10').

02:00 h.

. BCF = 128 bpm. DU = 45", 35", 50", 45", 50" (5/10').

02:47 h.

. Parto normal.

02:49 h.

. Dequitação. PA = 130 X 80 mmHg. Aplicado ergotrat.

03:05 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 100 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

03:20 h.

. PA = 135 X 80 mmHg. P = 38 bpm. Útero contraído. Sangramento fisiológico.

03:35 h.

. PA = 140 X 90 mmHg. P.= 92 bpm. Útero contraído. Sangramento fisiológico.

03:50 h.

. Encaminhada à Unidade.

PRÉ-TESTE

1. Não sabe, não tem noção.
2. Contração - dor que dá na barriga, para empurrar o neném para baixo.
Dilatação - abertura que dá para o neném nascer.
3. Não tem noção, gostaria que fosse em 2 horas.
4. A raspagem.
5. Com carinho por ser um momento difícil para a mulher.
6. Acharia ótimo, que o meu marido acompanhasse o nascimento de nosso filho.
7. É uma cirurgia na barriga para retirar o neném caso haja alguma complicação.
8. Não sabe.

PÓS-TESTE

1. Achou difícil porque demorou muito e suas contrações eram muito distantes uma da outra.
2. Contração - quase a mesma coisa, for para expelir o feto.
Dequitação - seria a abertura da parede uterina para o feto sair.
3. Achava que ia ficar menos tempo, se não tivesse tomado sorro, eu demoraria muito mais.

4. Soro - acho que me incomodou muito apesar de ter me ajudado.
5. Não tenho o que reclamar foram muito atenciosos.
6. Principalmente quando é primeira vez, te dá mais confiança o meu marido me colocou para cima, quando eu já estava cansada ele me apoiou muito.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - INTEGRAL

07/06/91

Paciente: G.T.S.

Estado Civil: casada. Cor: branca.

Idade: 25 anos.

Grau de instrução: superior.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo: O+.
- . DUM = 10/06/90.
- . DPP = 20/06/91.
- . Doenças durante a gestação = hipertensão.
- . nº de abortos = nega.
- . nº de gestações = Gesta I, Para I.
- . Realizou pré-natal = sim.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na triagem obstétrica no dia 07/06/91, às 22:10 horas, em trabalho de parto, 2 cm de dilatação, DU = 2/10', BCF = 156 bpm, PA = 140 X 90 mmHg.
- . Feito tricotomia, enema e orientada sobre trabalho de parto e processo de nascimento, juntamente com o acompanhante (marido), através de fichas ilustrativas.
- . Encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas, acompanhada do marido, ambos foram também orientados sobre as rotinas do C.O.

Controles de Rotina:

23:30 h.

- . DU = 25", 20", 25" (3/10'). PA = 140 X 80 mmHg. BCF = 140 bpm, 80 bpm, 120 bpm, comunicado ao médico. T = 36,8°C. P = 88 bpm. Instalado soro glicosado 5% + 5 U.I. syntocinon à 8 gotas/min.

00:00 h.

. BCF = 144 bpm.

00:20 h.

. BCF = 140 bpm.

00:50 h.

. BCF = 132 bpm.

01:15 h.

. DU = 35", 40", 35" (3/10'). BCF = 160 bpm, 140 bpm.

01:45 h.

. BCF = 156 bpm, 152 bpm. DU = 50", 45", 35" (3/10').

01:55 h.

. Instalado 2º frasco S.G. 5% + 5 U.I. syntocinon 40 gts/min.

02:15 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 150 X 100 mmHg.

02:50 h.

. BCF 152 bpm, 140 bpm, 160 bpm. DU = 60", 30", 35" (3/10').

03:30 h.

. BCF = 136 bpm. PA = 130 X 80 mmHg.

04:00 h.

. BCF = 136 bpm. PA = 130 X 90 mmHg. DU = 35" (1/10'). Instalado 3º frasco S.G. 5+ + 5 U.I. de Syntocinon 40 gts/min.

04:30 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 130 X 80 mmHg.

05:00 h.

. BCF = 144 bpm. PA = 140 X 100 mmHg.

05:30 h.

. BCF = 128 bpm. PA = 130 X 80 mmHg.

06:00 h.

. BCF = 132 bpm. PA = 130 X 80 mmHg. Paciente encaminhada para higiene corporal.

06:30 h.

. BCF = 124 bpm. PA = 130 X 80 mmHg.

06:38 h.

. Paciente encaminhada para cesárea, diagnóstico "Pré-Eclampsia leve" com falha de indução.

O marido permaneceu todo tempo junto à paciente. Sô subiu durante a cesárea. (Para dormir pois passou a noite inteira em claro).

PRÉ-TESTE

1. Não tenho a mínima idéia.
2. Contração - a barriga se contrai para a criança sair.
Dilatação - abertura lá embaixo.
3. Não tem noção mas acha que vai até tarde.
4. Enema (lavagem).
5. Gostaria de ser muito bem atendida, já que fica num estado de sensibilidade, que gostaria de ter alguém por perto.
6. No início não gostaria que o meu marido participasse, pois achava que ele não iria se sentir bem, mas agora estou gostando da idéia.
7. Cirurgia na barriga, para retirar o neném em caso de alguma complicação.
8. Não sei.

PÓS-TESTE

1. Eu acho que me decepcionei um pouco, porque estava preparada para sentir muita dor, para o parto normal e não para cesareana.
2. Contração - é a dor ou melhor a força que o útero faz para expulsar o neném.
Dilatação - é a abertura do colo em 10 cm para a saída do neném.
3. Não, achei que não fosse demorar tanto.
4. Acho que todas foram necessárias, mas o pior foi a lavagem que vocês chamam de enema.
5. Ótimo, vocês foram ótimos, eu me senti muito tranquila porque vocês me tiravam as dúvidas.
6. Acho muito importante, deixa a gente mais segura, mesmo que ele não possa assistir a cesárea, mas só o tempo que ele ficou lá naquela sala comigo, foi muito bom.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

10/04/91

Paciente: I.M.S.

Idade: 29 anos.

Estado civil: amasiada. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: A Rh positivo.
- . Primípara.
- . DUM = 28/05/90.
- . DPP = 08/03/91.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente internou na T.O. às 10:30 horas, em trabalho de parto com 4 cm de dilatação. Membranas íntegras, BCF = 140 bpm, PA = 110 X 80 mmHg. Orientada para rotinas da T.O. e C.O.
- . Chegou no C.O. às 11:15 em cadeira de rodas, recebeu orientações sobre trabalho de parto. Iniciaram os controles.

11:20 h.

- . DU = 20", 35" (2/10'). BCF = 134 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.
P = 70 bpm. T = 36,5°C.

12:15 h.

- . BCF = 130 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.

13:15 h.

- . BCF = 132 bpm. DU = 35", 30" (2/10').

14:05 h.

- . Aminiectomia artificial. Líquido com vestígios de mecônio.

14:30 h.

. BCF = 140 bpm.

14:51 h.

. Nascimento. Sexo = feminino. Peso = 3.240 g.

14:55 h.

. Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg. Aplicado methergin.

15:25 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 72 bpm. Útero contraído à nível da cicatriz umbilical, sangramento fisiológico.

15:40 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 72 bpm. Útero contraído à nível de cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

16:00 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 72 bpm. Involução uterina à nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

16:15 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 72 bpm. Útero contraído a nível da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

PRÉ-TESTE

1. Não tem idéia formada, espera que tudo corra bem e rápido.
2. Não sabe.
3. 7 horas.
4. Tinha receio da lavagem intestinal.
5. Não tem idéia formada, diz apenas que gostaria de ganhar o neném neste hospital, pois tem dúvida, falam bem.
6. Tanto faz, com acompanhante ou sem.
7. Sabe que é uma cirurgia para retirar o neném.
8. Não sabe.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

16/04/91

Paciente: L.F.T.

Idade: 24 anos.

Estado civil: amaziada. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: 0 Rh positivo.
- . Secundípara.
- . DUM = 06/90.
- . DPP = 04/91.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. às 01:10 em trabalho de parto. com bolsa rota desde às 22:30 horas, dilatação de 4 cm, BCF = 140 bpm, PA = 120 X 80 mmHg. Recebeu orientações de rotina da T.O. e C.O.
- . Chegou no C.O. em cadeira de rodas, foi orientada sobre o processo de nascimento (contração, dilatação, dequitação e episio), postura adequada e respiração. Iniciaram os controles.

02:00 h.

- . DU = 35", 45", 40" (3/10'). BCF = 140 bpm. PA = 100 X 80 mmHg. P = 80 bpm. T = 37°C.

02:50 h.

- . BCF = 145 bpm. PA = 100 X 80 mmHg.

03:10 h.

- . BCF = 140 bpm. PA = 100 X 80 mmHg.

03:45 h.

- . BCF = 140 bpm.

04:00 h.

. DU = 55", 35", 40", 55" (4/10'). BCF = 140 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.

05:08 h.

. Nascimento, parto normal, com episio. Sexo feminino. Peso = 2.850 g. Apgar = 9.

05:10 h.

. Dequitação. PA = 110 X 80 mmHg. P = 80 bpm. Aplicado Ergo-
trat I.M.

05:25 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P = 80 bpm. Útero contraído a nível da
cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

05:40 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P = 80 bpm. Involução uterina a nível da
cicatriz umbilical.

05:55 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P = 80 bpm. Útero contraído a nível da
cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

05:10 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P = 80 bpm. Útero contraído a nível da
cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

PRÉ-TESTE

1. Gostaria que corresse tudo bem.
2. Não sabe nada.
3. Não tem idéia.
4. Acha todos os procedimentos necessários.
5. Teve seu primeiro filho neste hospital, achou que foi bem

atendida, não tem idéia formada sobre como gostaria de ser atendida, acha que assim está bom.

6. Acha super importante a participação de um acompanhante, principalmente do pai.
7. Não sabe informar.
8. Não sabe nada.

PÓS-TESTE

1. Melhor do que o outro, mais rápido, sofri menos.
2. O útero vai se contraindo e dilatando para empurrar o neném.
. Dilatação - as duas paredes vão se abrindo até chegar o ponto do neném nascer.
3. Foi mais rápido do que eu esperava. Achei que ia amanhecer o dia e eu ia estar com dor.
4. Os pontos, eu senti a dor de cada ponto.
5. Foi bom, fui bem atendida. As pessoas que me atenderam foram calmas.
6. Foi muito bom. As vezes acontecem coisas contigo e você nem sabe porque está acontecendo. Foi válido.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

17/04/91

Paciente: M.M.

Idade: 23 anos.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: 0 Rh positivo.
- . Secundípara.
- . DUM = 06/07/90.
- . DPP = 16/04/91.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. às 16:30 horas, em trabalho de parto. Realizado enema e tricotomia. DU = 30", 40", 35" (3/10'), BCF = 144 bpm, PA = 110 X 80 mmHg. Orientada para rotinas da T.O. e C.O. Com 2 cm de dilatação.
- . Chegou no C.O. às 18:00 horas, em cadeira de rodas. Bolsa íntegra, orientada sobre trabalho de parto.

18:05 h.

- . DU = 35", 30", 40", 45" (4/10'). BCF = 144 bpm. PA = 110 X 60 mmHg. P = 96 bpm. T = 37,3°C.

19:00 h:

- . BCF = 140 bpm. PA = 110 X 60 mmHg. Encaminhada pelo médico com 2 cm.

20:15 h.

- . DU = 50", 35", 65", 60" (4/10'). BCF = 128 bpm. PA = 110 X 50 mmHg.

20:30 h.

- . Examinada pelo médico, 2 cm de dilatação.

21:20 h.

. BCF = 144 bpm. PA = 110 X 50 mmHg.

22:20 h.

. DU = 60", 60", 50", 60", 50" (5/10'). BCF = 124 bpm. PA =
110 X 50 mmHg. P. = 85 bpm.

23:20 h.

. BCF = 140 bpm.

00:10 h.

. DU = 35", 45", 50", 40", 40" (5/10'). BCF = 124 bpm. PA =
110 X 50 mmHg.

00:30 h.

. BCF = 132 bpm.

01:30 h.

. BCF = 128 bpm.

02:30 h.

. DU = 30", 35", 40", 35" (4/10'). BCF = 132 bpm. PA = 110 X
70 mmHg.

03:30 h.

. BCF = 140 bpm.

04:30 h.

. DU = 90", 75", 80" (3/10'). BCF = 136 bpm. PA = 110 X 70
mmHg.

05:30 h.

. BCF = 136 bpm.

06:00 h.

. BCF = 136 bpm.

Falso Trabalho de Parto.

PRÉ-TESTE

1. Seja bom.
2. Nada, não sei nada.
3. Não sei - espero que seja menos de 24 horas.
4. Lavagem. Ruim.
5. Como eu estou sendo. Está ótimo.
6. Ótimo.
7. Nada.
8. Nada.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

17/04/91

Paciente: A.P.

Idade: 17 anos

Estado Civil: casada. Cor: branca.

Grau de escolaridade: 1º grau incompleto.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: B Rh positivo.
- . Primigesta.
- . DUM = 05/08/90.
- . DPP = 15/05/91.
- . Não realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na Triagem Obstétrica às 19:45 horas, em trabalho de parto, com 2 cm de dilatação, bolsa íntegra, DU = 20", 30", 20", 20" (4/10'), BCF = 140 bpm, PA = 110 X 80 mmHg. Orientada para rotinas da T.O. e C.O. Realizado enema e tricotomia.
- . Chegou no C.O. às 21:00 horas em cadeira de rodas, foi orientada quanto ao processo de nascimento (contração uterina, dilatação, apagamento do colo, dequitação, postura e conduta a ser adotada no trabalho de parto). Iniciaram os controles.

21:05 h.

- . DU = 20", 20", 30", 20" (4/10'). BCF = 142 bpm. PA = 110 X 80 mmHg. P = 92 bpm. T = 36,7º.

21:30 h.

- . BCF = 140 bpm. PA 2 110 X 80 mmHg.

22:00 h.

- . BCF = 140 bpm.

22:30 h h.

. BCF = 140 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.

23:00 h.

. BCF = 140 bpm.

23:30 h.

. DU = 45", 35", 40", 55" (4/10'). BCF = 148 bpm.

24:00 h.

. BCF = 130 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.

24:30 h.

. BCF = 128 bpm.

01:15 h.

. BCF = 125 bpm. PA = 110 X 80 mmHg.

01:25 h.

. Rotura espontânea da bolsa, líquido claro. Encaminhada para higiene corporal.

01.49 h.

. BCF = 128 bpm.

02:00 h.

. Instalado SG 5% + 5 U.I. Syntocinon.

02:30 h.

. BCF = 128 bpm.

03:00 h.

. DU = 40", 50", 55", 50", 50" (5/10'). BCF = 120 bpm.

03:40 h.

. BCF = 116 bpm. Comunicado ao obstetra.

03:45 h.

. BCF = 120 bpm. PA = 110 X 80 mmHg. P = 90 bpm.

04:00 h.

. BCF = 100 a 120 bpm.

04:25 h.

. BCF = 80 bpm já na mesa de parto.

04:27 h.

. Parto normal - com uso de fórceps devido a circular de cordão, período expulsivo prolongado. Lesão traumática (esquimose) na face devido ao fórceps.

Sexo = masculino.

Peso = 2.570 g.

Apgar = 8-8.

04:35 h.

. Dequitação. PA = 110 X 80 mmHg. Aplicado metergim I.M.

04:50 h.

. PA = 110 X 80 mmHg. P = 84 bpm. Útero contraído ao nível de cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

05:05 h.

. PA = 120 X 85 mmHg. P = 80 bpm. Invólucão uterina a nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

05:20 h.

. PA = 100 X 75 mmHg. P = 72 bpm. Invólucão uterina a nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

05:35 h.

. PA = 125 X 85 mmHg. P = 80 bpm. Útero contraído a nível da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

PRÉ-TESTE

1. Refere um pouco de preocupação, devido aos comentários que escutou, tipo ser atendida, ter bastante dor, ou pouca.
2. Não sabe responder.
3. Não faz idéia.
4. Não refere.
5. Gosta da forma que está sendo atendida.
6. Acha bom, pois ficaria mais distraída.
7. Não sabe responder.
8. Não sabe.

PÓS-TESTE

1. Refere não ser bom e não ser ruim, não sendo tudo aquilo que falavam.
2. Não lembra mais.
3. Esperava menos (4 horas), durou 8 horas.
4. Episiorrafia.
5. Bom.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

25/04/91

Paciente: R.M.M.S.

Idade: 24 anos.

Estado civil: casada. Cor: branca

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo A Rh -.
- . Secundípara.
- . DUM = 08/08/90.
- . DPP = 15/05/91.
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. em trabalho de parto, com 4 cm de dilatação. BCF = 136 bpm. PA = 130 X 80 mmHg. Realizado tri-cotomia e enema. Orientada para rotinas da T.O. e C.O.
- . Chegou ao C.O. às 23:10, foi examinada pelo médico e estava com dilatação total. BCF = 136 bpm.

23:26 h.

- . Nascimento.
Sexo = feminino. Peso = 3.320 g.
Apgar = 10-10.

23:40 h.

- . Dequitação. PA = 130 X 80 mmHg.

23:53 h.

- . PA = 120 X 80 mmHg. P = 68 bpm. Útero contraído ao nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

24:00 h.

- . PA = 130 X 80 mmHg. P = 80 bpm. Útero contraído a nível da

cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

24:15 h.

. PA = 125 X 70 mmHg. P. = 80 bpm. Involução uterina a nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

24:30 h.

. PA = 135 X 80 mmHg. P. 76 bpm. Involução uterina a nível da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE.

26/04/91

Paciente: Z.F.

Idade: 25 anos.

Estado civil: solteira. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo B Rh positivo.
- . Gesta II - Para 0.
- . DUM = 08/07/90.
- . DPP = 18/04/91
- . Realizou pré-natal.

Evolução Clínica:

- . Paciente internou na T.O. em trabalho de parto, com 2 cm de dilatação. DU = 40", 60", 20" (3/10'), BCF = 146 bpm, PA = 120 X 80 mmHg. Foi realizado tricotomia e enema. Orientada para rotinas da T.O.
- . Chegou às 01:50 h. no C.O., deambulando. Recebeu orientações sobre as rotinas do C.O. e sobre trabalho de parto. Iniciaram os controles de rotina.

01:55 h.

- . DU = 50", 70" (2/10'). BCF = 146 bpm. PA = 140 X 100 mmHg.
P 2 68 bpm. T = 37°C.

02:50 h.

- . Examinada pelo médico, 4 cm de dilatação. BCF = 136 bpm.
PA = 140 X 100 mmHg.

03:30 h.

- . BCF = 144 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

03:50 h.

. DU = 60", 60", 70" (3/10'). BCF = 160 bpm. PA = 120 X 80 mmHg. P = 75 bpm.

04:30 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

05:05 h.

. Paciente avaliada pelo médico 8 cm de dilatação.

05:15 h.

. BCF = 150 bpm. PA = 130 X 80 mmHg. Instalado soro + Syntocinon.

06:09 h.

. Parto normal.

Sexo = feminino. P = 2.680 g.

R.N. aspirou grande quantidade de líquido meconial. Sugou bem na mesa de parto.

06:13 h.

. Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg. Aplicado Methergin I,M.

06:35 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. Sangramento fisiológico. Involução abaixo da cicatriz umbilical.

06:50 h.

. PA = 130 X 70 mmHg. Sangramento fisiológico. Involução uterina abaixo da cicatriz umbilical.

07:05 h.

. PA = 130 X 70 mmHg. Lóquios fisiológicos. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical.

07:20 h.

. PA = 130 X 70 mmHg. Sangramento fisiológico. Involução uterina abaixo da cicatriz umbilical.

PRÉ-TESTE

1. Que seja rápido, que o neném nasça com saúde.
2. Contração é uma dor bem mais forte do que está dando.
Dilatação não sei.
3. Não sei, só sei que eu queria que fosse rápido.
4. Eu não queria cesárea, mas se precisar. O resto é tudo preciso.
5. Como eu estou sendo.
6. Eu acharia legal, mas pena que não pode.
7. Só sei que tem que cortar a barriga.
8. Não sei.

PÓS-TESTE

1. Foi muito ruim, mas valeu a pena pela gracinha que veio ao mundo.
2. Contração - o útero vai fazendo força para baixo, para empurrar o neném.
Dilatação - o útero vai se abrindo embaixo até abrir todo para a criança sair.
3. A raspagem.
4. Não, achava que seria mais rápido, chegaria, sentiria algumas dores e logo teria a criança.
5. Achou o atendimento dos alunos ótimo, sempre orientando, auxiliando, vendo o neném toda hora.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

27/04/91

Paciente: C.S.R.

Idade: 27 anos.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Dados Clínicos:

- . Tipo sanguíneo: A Rh negativo.
- . Secundípara.
- . DUM = 18/07/90.
- . DPP = 29/04/91.

Evolução Clínica.

- . Admitida na T.O. às 20:00 horas, em trabalho de parto, com 3 cm de dilatação, bolsa rota as 13:39 horas. Fez enema e tricotomia. Orientada para rotinas da T.O. e C.O. BCF = 136 bpm, PA = 120 X 80 mmHg.
- . Chegou no C.O. às 21:50 horas, em cadeira de rodas.

21:55 h.

- . DU = 60", 40", 65" (3/10'). BCF = 130 bpm. PA = 140 X 90 mmHg. P = 80 bpm. T = 36,5°C. Examinada pelo médico, dilatação 10 cm.

22:10 h.

- . BCF = 112 bpm.

22:10 h.

- . BCF = 120 bpm.

22:25 h.

- . BCF = 120 bpm.

23:05 h.

- . Parto normal.
- . Sexo = masculino. Peso = 3.830 g. Apgar = 8-9, com circular de cordão.

23:07 h.

- . Dequitação. PA = 135 X 100 mmHg. Aplicado ergotrat. Colhido sangue do recém-nascido.

23:15 h.

- . PA = 135 X 100 mmHg. P = 75 bpm. Involução uterina ao nível da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

23:30 h.

- . PA = 130 X 100 mmHg. P = 70 bpm. Contração uterina a nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

23:45 h.

- . PA = 125 X 95 mmHg. P = 68 bpm. Útero involuindo a nível da cicatriz umbilical. Lóquios fisiológicos.

24:00 h.

- . PA = 120 X 85 mmHg. P = 69 bpm. Involução uterina a nível da cicatriz umbilical. Sangramento fisiológico.

24:10 h.

- . Paciente encaminhada ao 4º andar.

OBS: Não foi possível orientar a paciente, pois esta logo ao chegar no C.O., atingiu dilatação completa, com contrações fortes.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

29/04/91

Paciente: M.L.G.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 35 anos.

Grau de instrução: 1º grau completo.

Dados Clínicos:

- . Grupo sanguíneo: A+.
- . DUM = 18/07/90.
- . DPP = 25/04/91.
- . nº de abortos:
- . nº de gestações: Gesta II, Para I.
- . Realizou pré-natal.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. no dia 29/04/91, às 04:15 horas em trabalho de parto. DU = 2/10', 3 cm de dilatação, BCF = 136 bpm, PA = 110 X 70 mmHg, P = 83 bpm, T = 36°C.
- . Feito tricotomia, enema e orientada sobre trabalho de parto com fichas ilustradas. Sem acompanhante.
- . Encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas e orientada sobre as rotinas do C.O.

Controles de Rotina:

06:10 h.

- . DU = 30", 45", 60" (3/10'), T. = 36,3°C, PA = 110 X 70 mmHg, P = 82 bpm, BCF = 136 bpm.

06:45 h.

- . BCF = 136 bpm.

07:25 h.

. Paciente foi encaminhada à higiene corporal.

07:45 h.

. BCF = 140 bpm, PA = 120 X 80 mmHg, P = 78 bpm.

08:10 h.

. BCF = 140 bpm, DU = 30", 25", 20" (3/10').

09:00 h.

, BCF = 132 bpm.

09:50 h.

. BCF = 136 bpm.

10:55 h.

. BCF = 120 bpm.

11:45 h.

. DU = 35", 30", 35" (3/10'). BCF = 120 bpm.durante a contra-
ção, 132 bpm após.

12:45 h.

. BCF = 132 bpm.

13:20 h.

. Paciente referiu tontura, PA = 120 X 80 mmHg.

13:50 h.

. BCF = 140 bpm. (dilatação 8 cm).

13:55 h.

. Instalado S.G. 5%.

14:20 h.

. DU = 30", 25" (2/10') moderado.

14:50 h.

. BCF = 132 bpm.

15:40 h.

. BCF = 132 bpm. PA = 110 X 80 mmHg. P = 78 bpm.

16:30 h.

. Instalado Syntocinon no SG a 5% 5 gts/min.

16:35 h.

. BCF = 120 bpm.

17:14 h.

. Parto (menino).

17:20 h.

. Dequitação. PA = 120 X 80 mmHg. Ergotrat I.M. + Syntocinon 5 U.I. E.V.

17:30 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 62 bpm, útero contraído, sangramento fisiológico.

17:45 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 60 bpm, útero contraído, lóquios moderados.

18:00 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 64 bpm, útero contraído, lóquios normais.

18:19 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 60 bpm, útero contraído, lóquios moderados.

18:40 h.

. Encaminhada a unidade de internação obstétrica.

PRÉ-TESTE

1. Não sei.
2. Contração - não sei.
Dilatação - não sei.
3. Não sei, acho que vai ser rápido.
4. Gostaria de ser bem atendida.
5. Tenho medo de passar mal, uma hemorragia.
6. Eu acharia bom.
7. O outro foi cesárea, foi bom não passar dor.
8. Não sei.

PÓS-TESTE

1. Eu achei bom, só que demorou muito,
2. Contração - é a barriga contraindo para o neném nascer.
Dilatação - vai abrindo para o neném nascer.
3. Muito demorado, achei que ia ser mais rápido, mas o doutor foi legal em deixar eu ficar porque senão eu ia ter que voltar, eu moro longe.
4. Foi tudo bom, tudo é preciso.
5. Eu gostei bastante, você explicou tudo o que acontecia, foi bom. É bom né.
6. Eu gostei de ter alguém perto, vocês foram legais.

TIPO DE ACOMPANHAMENTO - SEM ACOMPANHANTE

29/04/91

Paciente: A.M.

Estado civil: casada. Cor: branca.

Idade: 20 anos.

Grau de instrução: 2^a série.Dados Clínicos.

- . Grupo sanguíneo: B+.
- . DUM = 30/07/90.
- . DPP = 10/05/91.
- . n^o de abortos = nega.
- . n^o de gestações = Gesta 1, Para 0.
- . Doenças durante gravidez = nega.
- . Realizou pré-natal = não.
- . Bolsa íntegra.

Evolução Clínica:

- . Paciente admitida na T.O. no dia 29/04/91, às 02:00 horas em trabalho de parto. DU = 3/10', 4 cm de dilatação, BCF = 120 bpm, PA = 150 X 90 mmHg, P = 80 bpm.
- . Feito tricotomia, enema e orientada sobre trabalho de parto com fichas ilustradas.
- . Sem acompanhante, encaminhada ao C.O. em cadeira de rodas e orientada sobre as rotinas do C.O.

Controles de Rotina:

03:10 h.

- . BCF = 132 bpm. PA = 120 X 80 mmHg. P = 92 bpm. T = 37°C.
- DU = 40", 45", 40" (3/10').

03:20 h.

. Encaminhada à higiene corporal.

04:00 h.

. BCF = 140 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

04:40 h.

. BCF = 140 bpm.

05:20 h.

. BCF = 136 bpm.

06:30 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. DU = 65", 50", 65" (3/10').

06:50 h.

. BCF = 128 bpm.

07:15 h.

. Encaminhada à higiene corporal.

07:30 = BCF = 140 bpm. P = 88 bpm. T = 36,8°C.

08:00 h.

. Amniotomia artificial, líquido claro com grumos. Dilatação = 8 cm. BCF = 140 bpm.

09:00 h.

. BCF = 132 bpm. PA = 120 X 80 mmHg.

10:00 h.

. BCF = 120 bpm. PA = 120 X 70 mmHg.

11:00 h.

. BCF = 128 bpm. DU = sem condições, paciente descompensada.

11:14 h.

. Parto normal.

11:20 h.

. Dequitação. PA = 110 X 80 mmHg.

11:30 h.

. Paciente com sangramento abundante. Aplicado 5 U.I. Syntocinon E.V. + 15 U.I. no SG 5%. Feito ergotrat I.M. Houve contaminação por parte da paciente.

11:35 h.

. PA = 110 X 70 mmHg. P = 64 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

11:50 h.

. Iniciada revisão de parto por rotura vaginal.

11:55 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 68 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

12:10 h.

. PA = 120 X 70 mmHg. P = 64 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

12:25 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 68 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

12:40 h.

. PA = 120 X 80 mmHg. P = 68 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

12:55 h.

. PA = 130 X 80 mmHg. P = 72 bpm. Útero contraído, sangramento fisiológico.

13:20 h.

. Paciente encaminhada a unidade.

PRÉ-TESTE

1. Não sei o que e como vai ser, não tenho idéia.
2. Não sabe.
3. Não sabe.
4. O toque, porque dói muito.
5. Está gostando da forma que está sendo.
6. Refere que seria bom se o marido pudesse participar o tempo todo com ela.
7. Não sabe.
8. Não sabe.

PÓS-TESTE

1. Eu achei que demorou bastante mas depois compensa. Depois o neném nasce.
2. Contração - é a força que o neném faz para sair.
Dilatação - o neném empurra para baixo daí vai abrindo.
3. Eu achei que ia ser mais rápido.
4. Nenhuma, só os pontos é que doeram.
5. Eu gostei bastante, fui muito bem atendida, é bom ter sempre alguém perto.
6. Eu gostei que teve alguém sempre perto, me senti segura.
Fui privilegiada.

ANEXOS

NOTA DE AGRADECIMENTO - JORNAL DIÁRIO CATARINENSE

DIA: 04 DE MAIO DE 1991 - PÁGINA Nº 24.

NOTA DE AGRADECIMENTO

Agradecemos profundamente ao DR. HAMILTON LEITE DE ALBUQUERQUE, à Djalma e Paulo, e a toda equipe de funcionários do HOSPITAL REG. DE SÃO JOSÉ, o trabalho carinhoso, sério e competente para trazer a nós o "querido" filho Matheus, nascido no dia 02.05.91.

Agradece Milton Baccin e família.

QUADRO ZIEGEL

FASE DO TRABALHO DE PARTO	MECANISMO DO TRABALHO DE PARTO	RESPOSTA DA PACIENTES
Fase latente 0-2 ou 3 cm.	Apagamento cervical dilatação lenta (duração primigesta 8 h multigesta - 3 à 5 h.	Aparenta excitação e energia, conversa bem, deambula. Distrai-se facilmente das contrações. A ansiedade é pequena e incentiva o aprendizado.
2-3-4 cm.	Apagamento completo. Aceleração leve do ritmo da dilatação.	Torna-se mais quieta; percebe o ritmo das contrações. Respira com as contrações. Faz careta, aperta as mãos. Distrai-se com menos facilidade porém ainda se interesse pelo ambiente.
Fase ativa	Período + rápido de dilatação. Dilatação para primigesta deve ser de pelo menos 1,2 cm/h para multigesta pelo menos 1,5 cm/h.	Séria, conversa pouco através de frases curtas, Chora de dor. Concentrada nela mesma e na sua dor. Inquieta, contorce o corpo durante as contrações. Regressão e aumento da dependência. Recursos próprios podem não ser adequados para tolerar as contrações.
8-9-10 cm		Contração máxima é necessária para aguentar as contrações. Pode não se expressar verbalmente, exceto por gemidos, monossílabos, pedidos de auxílio. Náusea, vômito ocasional. As pernas tremem incontrolavelmente. Lombalgia e pressão perineal com frequência contínua; não se pode distinguir o início e o fim das contrações. /...

FASE DO TRABALHO DE PARTO	MECANISMO DO TRABALHO DE PARTO	RESPOSTA DA PACIENTE
2º Estágio	Expulsão fetal.	Torna-se exausta devido ao grande esforço físico. Pode mostrar-se agressiva: batendo, arranhando, utilizando palavreado vulgar, sofre o pânico de ser dilacerada.
3º Estágio	Expulsão da placenta.	Alívio, fadiga, euforia. Chora com alívio e alegria. Falante. Deposita sua atenção no bebê e no marido, torna-se bastante consciente das pessoas e das coisas do ambiente.