


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROMOVENDO VÍNCULO AFETIVO:
MÃE / FILHO / ACOMPANHANTE**

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROMOVENDO VÍNCULO AFETIVO:
MÃE / FILHO / ACOMPANHANTE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0313
Título: Promovendo vínculo efetivo :
mãe/filho/acompanhante.

972493743 Ac. 241515
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0313
Ex.1

TRABALHO APRESENTADO PARA CONCLUSÃO
DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ACADÊMICAS:

ANA LUCIA COLOMBO
HELOIZA F. P. KONESCKI
MARIA ELISA VIEIRA DE CAMPOS
SANDRA REGINA DA C. SOARES

ORIENTADORA:

LORENA MACHADO E SILVA

SUPERVISORAS:

DENISE MARIA MARTINS
LUCIANE A. SIMAS

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1995.

MENSAGEM

HOLÍSTICO É E NÃO É...

Holístico é espaço de encontro de tudo que a mente humana separa e separou através dos tempos.

Holístico é a árvore da vida cujos galhos dançam ao vento da reunião.

Holístico não é nova religião

nem nova filosofia

nem nova ciência

nem nova arte

nem novo partido político

nem nova forma de pensamento, ação ou sentimento.

Holístico não é nova síntese

nem novo sincretismo

nem novo coquetel espiritualista ou materialista ou os dois...

Nem mistura de novos e/ou velhos... ismos e sobretudo não é comércio...

Holístico é o calor das mãos dadas, dos corações unidos por cima das diferenças.

Holístico é o encontro do novo com o antigo, do convencional e do não convencional.

Holístico é o respeito às individualidades e às diferenças.

Holístico é despertar da sabedoria e do amor recalçadas por toneladas de conceitos e preconceitos.

Holístico é sala de reunião, teatro de arena, estúdio de dança, montanha de sermões.

Ser contra holístico é ser contra o espaço do canto do pássaro.

Quem pode ser contra uma sala de reuniões?

Holístico é trampolim de mergulho na imensidão do real.

Holístico é descoberta da beleza dos caminhos, das moradas do sem nome.

Do “**sem nome**” a quem tantos nomes deram, criando novas Torres de Babel, de mal entendidos e de guerras.

Holístico é oportunidade de enfrentar e sair de crises da existência.

Holístico é descoberta da natureza, da vida, da consciência.

Holístico é abraço de bispo, lama, pastor, rabino, shaman, sheik, swami, gnósticos e agnósticos, crentes e descrentes, cientistas com artistas e filósofos.

Holístico é o desvelar do verdadeiro sentido da sua crença, se ainda tiver...

É a passagem da crença ao verdadeiro saber, do saber à sabedoria do amor e da compaixão.

Holístico é espaço irresistível que atrai todos que querem contribuir para salvar a vida deste planeta, pela descoberta da interdependência de tudo com tudo no grande todo incomensurável, transfinito e atemporal.

Pierre Wetl

II Congresso Holístico Internacional

Belo Horizonte, Julho, 1991

“A ponte que o processo de nascimento constrói entre a vida pré-natal e a pós-natal constitui parte do contínuo desenvolvimento do indivíduo”.

Montagu (1986)

AGRADECIMENTOS

À Deus

À Nossa Senhora do Bom Parto

Aos pais

Aos irmãos

Aos esposos

Às filhas

Aos namorados

Aos amigos

À orientadora

À instituição

Às supervisoras

À equipe de enfermagem do Centro Obstétrico e Unidade de

Puerpério do Hospital Regional de São José Homero de Miranda
Gomes

À equipe médica

Às parturientes-puérperas/recém-nascidos/acompanhantes.

E, a todos que de forma direta ou indireta nos auxiliaram,
apoiaram, incentivaram, compartilharam, acreditaram, ensinaram,
cooperaram e esclareceram em toda a nossa caminhada.

RESUMO

A proposta deste estudo foi buscar informações e subsídios enfocando o parto humanizado. Com relação ao parto humanizado, defendemos a prática do acompanhante em sala de parto, junto a parturiente e recém-nascido afim de proporcionar segurança, tranqüilidade e apoio emocional durante todo o processo, através do estabelecimento do vínculo afetivo. Quando o mesmo, por alguma razão não foi possível incluir, realizávamos o papel de "Doula" junto a parturiente-puérpera e recém-nascido proporcionando assistência integral. Com o paradigma da visão holística, a assistência de enfermagem prestada foi de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A metodologia utilizada foi desenvolvida com 21 parturientes e recém-nascidos no período de maio a junho de 1.995, e sua implementação foi na maternidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes. Metade das situações de partos que atendemos, foi aceita a presença do acompanhante por parte da equipe multiprofissional e parturiente, e manifestando o contrário do que se pensa, não foi obtida nenhuma situação onde houvesse qualquer tipo de intercorrência no que tange a presença do acompanhante.

SUMÁRIO

01 - INTRODUÇÃO	15
02 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo Geral	27
2.2. Objetivos Específicos	27
03 - REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1. Modificações do Organismo Materno	29
3.2. Aspectos Emocionais da Gravidez e Preparação para o Parto	36
3.3. Propedêutica da Gravidez	37

3.4. Diagnóstico da Gravidez	48
3.5. Idade da Gestação e Data Provável do Parto	53
3.6. Estática Fetal	56
3.7. Contração Uterina	64
3.8. A Indução de Parto	73
3.9. Mecanismo do Parto	74
3.10. Períodos Clínicos do Parto	78
3.11. Assistência de Enfermagem nos Quatro Períodos do Parto	87
3.12. Assistência Imediata ao Recém-Nascido	95
3.13. Puerpério Normal	97
3.14. Recém-Nascido	104
3.15. Ciclo Gestatório Patológico - Conceitos	115
3.15.1. Hiperêmese Gravídica	115
3.15.2. Toxemia Gravídica:Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia	115
3.15.3. Placenta Prévia	116
3.15.4. Descolamento Prematuro da Placenta	116
3.15.5. Polidramnia e Oligoidramnia	117
3.15.6. Amniorrexe Prematura	119
3.15.7. Gravidez Prolongada	119
3.15.8. Sofrimento Fetal Agudo	120
3.15.9. Distócias do Trajeto e Desproporção Cefalopélvica	120

3.15.10. Distócias do Cordão Umbilical	121
3.15.11. Rotura Uterina e Laceração do Trajeto	122
3.15.12. Secundamento Patológico	123
3.15.13. Infecção Puerperal	124
3.15.14. Hemorragias do Puerpério	124
3.15.15. O Fórcepe	124
3.15.16. Patologia da Lactação	125
 3.16. A Operação Cesariana	 125
 04 - REFERENCIAL TEÓRICO	 127
 4.1. Pressupostos Básicos	 128
4.2. Conceitos e Princípios	128
 05 - METODOLOGIA	 132
5.1. Contextualização do Local de Estágio	132
5.1.1. Justificativa da Mudança do Local de Estágio ..	133
5.1.2. Percepções e Emoções das Acadêmicas Frente ao "Não"... ..	133
5.1.3. Há Males Que Vem Prá Bem	135
5.1.4. Contextualização no Novo Local de Estágio	136
 5.2. População Alvo	 138
5.3. Método e Avaliação	139

06 - CRONOGRAMA	142
07 - RELATANDO EXPERIÊNCIAS	148
7.1. Caracterização da Clientela	149
7.2. Objetivos Específicos	158
7.2.1. Objetivo 01	158
7.2.2. Objetivo 02	160
7.2.3. Objetivo 03	161
7.2.4. Objetivo 04	162
7.2.5. Objetivo 05	163
7.2.6. Objetivo 06	164
7.2.7. Objetivo 07	164
7.2.8. Objetivo 08	168
08 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
8.1. Relato das Facilidades Encontradas	169
8.2. Relato das Dificuldades Encontradas	169
8.3. Sugestões para a Instituição	171
09 - CONCLUSÃO	172

10 - BIBLIOGRAFIA	174
10.1. Referenciada	174
10.2. Consultada	176
11 - ANEXOS	178
01. Entrevista com a Parturiente	180
02. Dados da Parturiente	182
03. Entrevista com o Acompanhante	187
04. Pré-Requisitos para a Seleção do Acompanhante	190
4.1. A Favor	190
4.2. Contra	191
05. Avaliação da Relação Mãe/Filho no Puerpério	193
06. Necessidades Humanas de Wanda de Aguiar Horta ...	196
07. Relatórios da Semana	200
7.1. 03/04/95 À 09/04/95	200
7.2. 10/04/95 À 15/04/95	202
7.3. 17/04/95 À 22/04/95	203
08. Histórias Relacionadas às Parturientes	206
8.1. Uma Gravidez Indesejada	206
8.2. O Primeiro Acompanhante	209
8.3. O Casal Nota 10	211

8.4. Um Medo Superado	214
8.5. Já Nasceu Querida!	217
8.6. O Único Não	219
8.7. ... Deu Certo o que a Gente Tinha Planejado	220
8.8. O Demorado Processo do Nascer	223
8.9. Até a Hora do Nascimento	225
8.10. A Ansiedade de ver o Bebê	228
8.11. Deixa de Ser Curiosa!	230
8.12. A Falta de Sensibilidade do Obstetra	232
8.13. Como é um Parto Normal?	235
8.14. Aproveita a Oportunidade!	238
8.15. A Expectativa	240
8.16. É Tudo Aquilo que Nós Queríamos	243
8.17. Estou me Sentindo Feliz	246
8.18. Duas Parturientes	248
8.19. Jovem Inexperiente	250
8.20. O Medo do Desconhecido	253
8.21. A Amiga	256
8.22. O Adiantado Período Expulsivo	258
09. Maternidade Darci Vargas	261
10. Script	266
11. Ofícios Instituição/Universidade	273

01 - INTRODUÇÃO

O presente estudo foi elaborado pelas acadêmicas, Ana Lúcia Colombo, Heloiza Fernandes Pereira Konescki, Maria Elisa Vieira de Campos e Sandra Regina da Costa Soares, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 19 de dezembro de 1994 à 13 de julho de 1995.

Fomos orientadas pela professora, enfermeira e psicóloga, Lorena Machado e Silva. A supervisão do estágio no centro obstétrico ficou à cargo da enfermeira Denise Maria Martins e na unidade de puerpério da enfermeira Luciane A. Simas.

Inicialmente o local de escolha para a realização do estágio, que foi realizado no período de 03 de abril de 1995 à 29 de junho de 1995, foi a Maternidade Carmela Dutra, especificamente a sala de parto e unidade de puerpério.

Escolhemos a Maternidade Carmela Dutra, devido a já familiarização das acadêmicas com o ambiente, ocorrido no período de agosto à outubro de 1994, referente ao estágio pertencente a VII Unidade Curricular, realizado na sala de parto, puerpério e berçário.

Salientamos que esta Maternidade, pela localização em que se encontra, facilitaria o acesso das acadêmicas ao campo de

estágio, além do que, é responsável por cerca de 70% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis.

Esta demanda, comparada com as demais maternidades nesta localidade, fez-nos pensar em uma probabilidade de maior aprendizagem referente ao tema. Optamos também por ela, por ser uma Maternidade/Escola onde o projeto tende a ser melhor aceito e onde teríamos a oportunidade de trocar experiências com outras pessoas em formação favorecendo nosso crescimento e uma melhor assistência ao cliente.

Houve necessidade de mudança de local de estágio por motivos que estão mencionados na página 133.

Realizamos o estágio no Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes por ser um Hospital/Maternidade/Escola e por ter nos oferecido condições que favoreceram o desenvolvimento do trabalho.

A escolha pela área de obstetrícia e em especial, pelo trabalho desenvolvido, se deu pelo fato de sermos mulheres, podendo compreender e vivenciar o momento da procriação da espécie humana desejando ser este um momento mais humano, e sempre a ser considerado como único.

Para concluirmos a VIII Fase Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem foi obrigatório a elaboração e apresentação de um projeto assistencial o qual deveria ser desenvolvido visando alcançar os objetivos da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, que são: "Identificar as condições de saúde de indivíduos e/ou grupo; planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem requerida pelos indivíduos e/ou grupos, à nível intra e/ou extra-institucional; identificar os conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho de atividades na área selecionada; aplicar conhecimentos teórico-práticos na prestação de assistência, a indivíduos e/ou grupos, interrelacionado a fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-cultural utilizando um referencial teórico da prática assistencial; desenvolver habilidades para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada, consciente de que os serviços de

educação e saúde são mantidos pela sociedade; desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas emanadas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”.

No início do curso, nos deparamos com algo “mágico”, tão mencionada atualmente, a “visão holística”. Com o decorrer das fases do curso, várias vezes o holismo foi mencionado. Mas o que nos intrigava, era o fato de ser só, praticamente, mencionado, ou seja, poucos momentos eram vivenciados por nós na prática.

Mas afinal, que tal de holismo é este?

Holismo significa ver a pessoa como um todo, em sua totalidade e não fragmentada. O que acontece numa parte da mente ou corpo afeta a pessoa como uma entidade total.

Em 1967, apareceram os primeiros trabalhos de Levine, onde ela desenvolve a teoria holística de enfermagem. Em linhas gerais a autora vê o homem como um “todo” dinâmico, em constante interação com o ambiente dinâmico. Situa a enfermeira como uma extensão de sistema perceptual do ser humano.

Segundo a teoria holística, a enfermagem sempre se caracterizou por seu objetivo intensamente humanístico.

A conceituação teórica holística - o homem é um todo - leva necessariamente a maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença.

Na visão de Cabral (1992), o termo “holístico”, do grego “holos”, “totalidade”, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores.

Conforme Nogueira (1985), a prática da Saúde Holística visa harmonizar e equilibrar todas as dimensões do ser humano, através de condutas individuais, focalizando a importância da interação corpo-mente-espírito no processo Saúde-Doença.

Durante a realização do estágio de obstetrícia referente a VII Fase Curricular, na Maternidade Carmela Dutra, nos deparamos com a atual realidade, onde a parturiente ao chegar na sala de admissão é separada do acompanhante, e serão prestadas à mesma, as técnicas necessárias ao desenvolvimento do parto, sem a devida orientação. Os profissionais de maneira geral, não prestam assistência a parturiente de forma holística, pelo próprio despreparo.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, foi escolhida pelas acadêmicas por se enquadrar melhor na assistência que propusemos prestar à parturiente-puérpera/recém-nascido/acompanhante. A teoria tem como base a promoção da saúde, a preocupação, o enfrentar à experiência e a descoberta de um sentido para a situação atual, aliamos isto com o paradigma do holismo procurando ter compreensão do ser em sua totalidade.

A mesma, é vista como um dado estatístico e não como uma mulher que está passando por transformações em sua feminilidade e conflitos emocionais. Concomitantemente o acompanhante permanece no corredor da unidade angustiado, aflito e preocupado pelo fato de não receber informações acerca do que está acontecendo à parturiente.

Maldonado (1984), relata que: “O homem também vivencia ansiedade em relação ao parto, em todos esses componentes de medo do desconhecido, da imprevisibilidade, do risco. Frequentemente, esta ansiedade se expressa pelo temor de entrar na sala de parto para assistir ao nascimento do filho: surgem fantasias de ficar nervoso, não agüentar “ver sangue”, sentir-se mal: no entanto, mesmo quando fica fora da sala, quase sempre sente angústia e inquietação, especialmente quando, pelo contexto assistencial, fica efetivamente excluído, proibido de entrar na sala de parto e à mercê de que alguém da equipe saia da sala para dar-lhe notícias. Estes temores costumam estar bastante presentes no final da gravidez, mas é sempre difícil prever como efetivamente a mulher e o homem vão se sentir na hora do parto.

É sabido, que nos momentos difíceis ou temerosos pelos quais passamos ou passaremos, buscamos sempre alguém com quem temos afinidade para que esta pessoa transmita-nos apoio, compreensão, carinho, para nos sentirmos seguras.

A segurança é algo necessário, pois é através dela que conseguimos compreender o que se passa no momento e então cooperar em busca de se achar a solução mais rápida, fácil e eficiente. E assim sendo, o novo ser que chega ao mundo, poderá ter maior probabilidade de receber segurança e proteção da mãe e acompanhante já nos primeiros minutos.

Desta forma, buscamos assistir a paciente/cliente de forma indivisível e individualizada, amenizando ou suprimindo suas necessidades bio-psico-sócio-econômico-cultural e espirituais.

Klaus, psicoterapeuta, em 1993, afirmou: "O sentimento de segurança ao lado de outro ser humano cria uma certa liberdade".

Em 1981, Langer, descrevendo sobre crenças e valores passados de mãe para filha, menciona: "Há famílias nas quais as filhas, segundo os conceitos de suas mães, temem pouco a gravidez e o parto e, efetivamente, sofrem então menos neste caso que em outras famílias onde as meninas se educam no temor de sua feminilidade pelas queixas e temores que ouvem suas mães expressarem a respeito. Ainda que existam estas diferenças, pertencemos a uma sociedade que, em geral, vê em todas as funções femininas algo doloroso e cheio de perigos. Por isso, também, por exemplo, a primeira visão que Freud teve dos processos psicológicos que acompanhavam a menarca foi de que a menina a vive como um processo de castração. No entanto, ainda que a atitude de cada mulher frente a sua feminilidade dependa até certo ponto da atitude do ambiente que a rodeou em sua infância, intervém ademais os fatores muito mais pessoais que condicionam sua conduta ulterior. Isso nos explica por que na mesma sociedade e até mesmo no reduzido círculo familiar, cada mulher desenvolve um grau de angústia e de transtornos diferentes frente à gravidez e ao parto".

Para Deustsch, o parto é a revivescência mais exata que

podemos ter do nosso próprio “Trauma de Nascimento”. A mulher, identificada com seu filho, vive através dele todo o temor de separar-se de sua mãe. Identifica-se com seu desamparo e sente não poder continuar protegendo-a contra a vida. Sente que ele perde a mãe e vive o parto como perda dele. Este temor à separação é ansiedade maior do parto e a que devemos tomar mais em conta se queremos atingir partos fáceis.

Winnicott (1982), referindo-se a relação mãe/bebê, diz que: “Creio que todos concordam que a mulher entra numa fase na qual, em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela”. “Não há nada de místico nisso. Afinal, ela foi um bebê e tem dentro de si lembranças de ter sido cuidada, essas lembranças podem ajudá-la ou atrapalhá-la em suas próprias experiências como mãe”. Utiliza o termo “Ambiente Capaz de Conter” para sintetizar o envolvimento mãe/bebê. Ele indica que o ato de a mãe “conter” seu bebê, tanto física como emocionalmente, é muito importante para o relacionamento e inter-relacionamento dos dois. Uma mãe “consistente” consegue identificar as sutis necessidades do bebê, que estão constantemente se alterando”.

“A maternidade e a paternidade são momentos existenciais extremamente importantes no ciclo vital que podem dar à mulher e ao homem oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Sobretudo, é durante a gravidez que se iniciam a formação do vínculo pais-filho e a reestruturação da rede de intercomunicação da família - ponto de partida de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. É, indubitavelmente, um momento que merece a convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência materno-infantil que resulte num atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional de pais e filhos.” (Maldonado, 1984)

Conforme Klaus e Kennel (1993), “é necessário que a mãe tenha uma pessoa (seu marido, mãe, amiga, uma parteira, enfermeira ou obstetra) com ela ao longo de todo o trabalho de parto e nascimento para orientação e apoio. Uma vez que uma companhia protetora não se ajusta ao modelo médico de

atendimento; uma vez que ela vem sendo uma característica universal do nascimento de seres humanos, até este século; já que apresenta resultados clínicos positivos (período de trabalho de parto mais curto, problemas perinatais diminuídos, e interação afetiva mãe-filho aumentada, na primeira hora); e porque faz parte do bom-senso, existe um perigo real de que a companhia de apoio seja vista como não-científica e menos importante do que as intervenções médicas e que, portanto, não seja proporcionada a todas as mães em todos os hospitais. Por esta razão, é particularmente importante que insistamos em que nenhuma mulher jamais deve passar pelo trabalho de parto ou dar à luz sozinha - sem uma companhia protetora”.

Segundo Maldonado (1984), “é importante, sobretudo, enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Portanto, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré-natal mais global é necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida” mas sim de “família grávida”.

Pode-se considerar que o sistema familiar como um todo se compõe de uma série de subsistemas que interagem continuamente entre si. Howells (1972) considera a família como um organismo completo, que possui uma unidade própria; assim como o indivíduo, a família é um sistema organizado, com uma estrutura peculiar, canais de comunicação e elementos característicos. Portanto, qualquer evento que ocorre com uma das partes deste sistema atinge o sistema inteiro; logo, a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo”.

Klaus (1993) descrevendo sobre psiquismo pré e perinatal cita que: “É estritamente importante assinalar que as complicações e problemas que surgem no período perinatal podem já existir e ameaçar a pessoa há muito tempo, embora só tenham se manifestado nessa ocasião. O período perinatal (gestação, parto e pós-parto) é uma fase em que vem à tona problemas anteriormente encobertos ou apenas parcialmente solucionados na vida de cada um dos pais: problemas que não se relacionam necessariamente diretamente com aquela gravidez e aquele feto, mas que,

estimulados pela situação, são levados a eclodir. Se esses problemas não forem solucionados, podem resultar em complicações clínicas ou comportamentais na gravidez e, mais tarde, em problemas na interação mãe-filho". Descreve ainda que: "Ocorre uma regressão psicológica com ambos os pais, em que são relembrados acontecimentos importantes, experiências dos primórdios da infância e de sua fase de criança: memórias são remexidas e, muitas vezes, reexperimentadas tanto no plano consciente quanto, mais freqüentemente, no nível do inconsciente".

A experiência vivenciada pela mãe no momento do parto pode gerar resultados positivos e/ou negativos tanto a ela quanto ao bebê, interferindo na relação mãe e filho. É visando fortalecer este vínculo afetivo que estão sendo formados vários movimentos, por todo o mundo, tendo como objetivo a busca do parto humanizado sendo este um costume milenar transferido do lar para o hospital.

Conforme Maldonado (1984), "a assistência do parto também sofreu grandes modificações no correr dos séculos: até o século XVII, o parto era considerado "assunto de mulheres": a presença de parteira, com sua experiência, ajudava a criar um clima emocional favorável para a parturiente. Havia grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações. Além da parteira, a presença da mãe da parturiente era fundamental. Convém ressaltar que, nessa época, o índice de mortalidade infantil era bastante alto.

Pouco a pouco, em determinadas circunstâncias, o parto foi assumindo características de "espetáculo", assistido por várias pessoas, especialmente quando se tratava dos partos de realeza, nas cortes européias. Maria de Médicis, por exemplo, em cada um dos seus seis partos era cercada por um grande número de pessoas - o rei, a parteria, os médicos, príncipes, criadas.

Gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, começou a surgir, na assistência ao parto, a figura do cirurgião; por conseguinte, a parteira foi perdendo a primazia. O parto foi

deixando de ser “assunto de mulheres”, tornando-se uma arte médica cada vez mais complexa. A crescente inclusão do cirurgião, a posição de decúbito dorsal no parto, especialmente a partir de Mauriceau, passa a ser mais adotada, por melhor facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. Marca-se, assim, o início da medicalização do parto. Ao final do século XVIII, a cesariana, que já não resultava necessariamente em óbito materno, ajuda a relegar a figura da parteira a segundo plano.

Só no século XVIII, quando se começou a enfatizar a importância da presença da mãe na transmissão dos fundamentos de educação e de religião, começou-se a estabelecer o costume de colocar a criança até os sete anos sob a responsabilidade primária da mãe; a partir dessa idade, a criança passava a pertencer ao mundo dos adultos. Como mostra Ariès, o conceito de infância e o respeito pela vida da criança desenvolveu-se somente quando começou o declínio da taxa de mortalidade infantil, o que justificava, segundo sua interpretação, esse investimento afetivo.

É somente no final do século XVIII que tem início a exaltação do amor materno, no discurso fisiológico, médico e político. Rosseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, lança idéias fundamentais, sobre a família baseadas no amor materno. Embora tivesse abandonado seus cinco filhos, sob os protestos de sua companheira, Rosseau tornou-se um dos mais ardorosos defensores do amor materno, valorizando o vínculo afetivo derivado do contato físico entre mãe e filho.

No culto à maternidade ocorrido no século XIX, o lugar da mãe cresce na sociedade ao mesmo tempo que o da criança, justamente - como mostra Ariès - no período de expansão do controle de natalidade.

No século XX, especialmente sob a influência da psicanálise, reforça-se a tendência a responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas que surgem nos filhos. Para Badinter, a mãe do século XVII é auxiliar dos médicos; no século XIX, colaboradora dos religiosos e dos professores e, no século XX, assume outra responsabilidade - a de cuidar do inconsciente e da

saúde emocional dos filhos: com a ênfase exagerada da importância da relação mãe-filho, muitos teóricos da psicologia acabam tendo uma atitude acusatória e culpógena em relação à mulher, acentuando-se a imagem de devoção e de sacrifício que caracterizaria a “boa mãe” que se torna, deste modo, o personagem central da família.”

O parto domiciliar era uma prática bastante comum, onde a parturiente agia ativamente em todo o processo, auxiliada por uma parteira, sendo que esta, geralmente, possuía vínculo afetivo com a família e comunidade. A família ao contrário do que se pensa permanecia o mais próximo possível da parturiente dando apoio emocional e afetivo e muitas vezes auxiliando a parteira.

Do momento em que o parto foi levado aos hospitais, a parturiente perdeu seu papel ativo e a família que desempenhava função importante passou a ser meramente receptora de informações. Ao obstetra coube a função de desempenhar o papel ativo do processo do parto, de maneira injustificada e erroneamente. Neste caso fica a cargo da obstetrícia enquanto profissão, observar todo o processo do parto, interferindo somente quando houver intercorrências e/ou complicações.

Raphael (1973), adotou o termo “doula” para: “Descrever o tipo de pessoa que presta assistência e ajuda beneficentemente a jovem mãe a desempenhar bem suas novas funções. Este termo é de origem grega e remonta à época de Aristóteles, quando então significa “escravo”; posteriormente, passou a designar a mulher que fica temporária e voluntariamente com a puérpera, cuidando da casa, dos outros filhos e ajudando-a a cuidar do bebê; poderia ser uma parenta, vizinha, ou amiga. Raphael comenta que qualquer pessoa - inclusive um homem, por exemplo, o marido - pode atuar como “doula” cuja função, é essencialmente, dar apoio”.

Marshall e Klaus (1993), descrevem uma experiência durante uma visita a Guatemala, onde a parturiente era acompanhada por uma doula (é uma palavra de origem grega e significa “mulher que cuida de mulher”) no início do parto. Como resultado da presença desta acompanhante, foi observada o

duração do parto muito curta, partos fáceis e nenhuma complicação materna. A doula tinha o papel de segurar, tocar e massagear conforme a necessidade e vontade da parturiente.

Nos Estados Unidos, a "Doula" costuma encontrar-se com a mãe entre um mês ou seis a oito semanas antes do parto. A "Doula" recebe ensinamentos referentes ao parto os quais passará à parturiente. Como resultado obteve-se um menor número de cesarianas, diminuição da necessidade de oitocina, significativa diminuição do trabalho de parto, menor número de medicamentos utilizados e menor incidência de asfixia no recém-nascido.

Já em Houston, no Texas, Marshall e Klaus (1993), observaram que o apoio social de uma "doula" durante o trabalho de parto reduz o número de cesarianas, uso de fórceps e de anestésias, a duração do trabalho de parto e as complicações neonatais. Além disto fizeram uma comparação da relação mãe-filho com "Doula" e sem "Doula"; tendo como resultado que as mães acompanhadas por "Doula" faziam mais carícias aos seus bebês, sorriam mais, conversavam com seus bebês e havia melhor aceitação do bebê pela mãe.

A nível nacional não podemos deixar de salientar o importante papel que alguns estabelecimentos estão desempenhando em nossa sociedade, como por exemplo, o Hospital Maternidade São Pio X, situado em Séries (GO); Maternidade Leila Diniz, Jacarepaguá (RJ); Casa do Parto Nove Luas-Lua Nova, Niterói (RJ); Hospital Hugo Sabatino, Campinas (SP); Clínica Parsionik, Curitiba (PR); Hospital das Clínicas, Porto Alegre (RS); e outros. Todos têm como objetivo comum a Humanização do Parto. Em busca disso, consideram como fator fundamental ser a mulher uma pessoa ativa com poder de decisão sobre o seu processo do parto. Utilizam cadeira obstétrica para o parto verticalizado, podendo este ser de cócoras. Quanto a intervenções e medicamentos, estes são utilizados o mínimo

possível, e somente quando necessário. Outra ação destes estabelecimentos é a permanência de um acompanhante junto com a parturiente no processo da parturição.

No Hospital Maternidade São Pio X, além de se seguir todos os itens acima citados, não realizam episiotomia e é permitido a entrada de mais de um acompanhante, conforme a vontade da parturiente. Na Casa do Parto Nove Luas-Lua Nova as parturientes permanecem em quartos particulares, onde a diferença é notável em relação aos quartos hospitalares, pois possui uma grande cama de casal e ao lado um bercinho de madeira. A Maternidade Leila Diniz, inaugurada em Junho de 1994, é a única Maternidade pública, consciente da necessidade do parto humanizado, atendendo a diferentes classes sociais, respondendo conforme as expectativas das parturientes.

Como movimento nacional, foi criado em Outubro de 1993, em Campinas (SP), o Grupo REHUNA (Rede de Humanização do Nascimento), com o objetivo de criar uma entidade a fim de trocar informações a nível nacional interferindo em toda a sociedade. Tem como princípios básicos que a mulher precisa recuperar seu poder de decisão sobre o parto, criticando desta forma o comportamento da obstetrícia. Desde o início da gravidez, se cria um vínculo emocional mãe e filho, sendo que a instituição não possui o direito de intervir na relação do desejo da mãe e família. Além disto, as práticas obstétricas convencionais não consideram o recém-nascido como um ser sensível totalmente dependente da mãe, e esta consideração se quer resgatar com o "parto humanizado".

02 -DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Prestar assistência de enfermagem à parturiente-puérpera/recém-nascido de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, enfocando a importância do acompanhante na sala de parto e puerpério.

2.2. Objetivos Específicos:

01. Prestar assistência de enfermagem, conforme marco teórico, à parturiente-puérpera/recém-nascido/acompanhante.

02. Assistir a parturiente - puérpera / recém - nascido/acompanhante de maneira holística.

03. Observar a afinidade entre parturiente-puérpera / recém-nascido/acompanhante estabelecida na sala de parto e puerpério.

04. Propiciar troca de informações e conhecimentos (acadêmicas/parturiente-puérpera/acompanhante).

05. Fazer interação entre profissionais, equipe e acadêmicas em relação a experiências vivenciadas.

06. Desenvolver atividades técnicas de enfermagem com a parturiente-puérpera/recém-nascido, conforme a necessidade.

07. Visitar instituições de saúde que desenvolvem atividades referentes ao parto humanizado.

08. Desenvolver o papel de “Doula” em sala de parto e puerpério.

03 - REVISÃO DE LITERATURA

Abordaremos a seguir, alguns temas indispensáveis para a realização do estágio a que nos propusemos. Consta de temas referentes ao pré-parto, parto e puerpério, incluindo a assistência médica e de enfermagem.

3.1. Modificações do Organismo Materno

Conforme Rezende (1992, 73-86), 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 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 da vascularização sanguínea e linfática.

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

Ocorre mudança de posição, a medida que cresce e sai da pelve, vai deslocando 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 hiperplastia das glândulas cervicais, edema. O tecido conjuntivo aumenta e fica mais frouxo, aumentando capacidade de dilatação cervical durante o parto.

- Tubas de Falópio 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 púrpura. 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, estrias podem aparecer com freqüência, 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 alvéolos 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, tireóide, supra-renal e outras) estão alteradas e freqüentemente há um aumento na produção de hormônios, além disso a placenta serve como órgão endócrino, produzindo vários hormônios.

* Sistema cardiovascular - o volume sangüíneo 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.

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

- Posição e tamanho do coração - ocorre uma modificação de

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 sangüínea - 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 está de pé, sendo assim a velocidade do fluxo sangüíneo venoso pode ser consideravelmente reduzida. A pressão venosa nas pernas cresce 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 ureteres são dilatados. O volume de urina contido nas pelves renais e ureteres é muito aumentado na gravidez por causa desta dilatação.

- Bexiga - torna-se elevada e a área do trígono hipertrofiada é esticada ao ponto das válvulas ureterovesicais tornarem-se incompetentes, quando isso ocorre, existe uma predisposição a infecção ascendente das vias urinárias.

O fluxo plasmático renal e a taxa de filtração glomerular são altos, elevados, o fluxo sanguíneo através dos rins está aumentado cerca de 25 a 50% em relação ao nível não grávido de 1000 ml/min.

* Alterações do Peso Corporal

O ganho de peso total de uma grávida bem nutrida após 40 semanas de gestação fica entre 10 a 12 Kg. Este ganho inclui o peso do feto de 3.400g, da placenta cerca de 650g e de 800g a 1000g de líquido amniótico, o crescimento dos músculos uterinos é de 900g e as mamas de 400 a 500g, o aumento do volume sanguíneo acrescenta mais 1300 a 1500g e o aumento do líquido

intersticial 1500g.

Durante a segunda metade da gestação, um ganho de peso de 350 a 450g/semana manterá o aumento de peso num limite favorável.

* Alterações do Trato Gastrointestinal

As modificações do trato digestivo durante a gravidez são manifestadas por náuseas, vômitos, pirose e eructação, flatulência e constipação. O apetite pode ficar inconstante, são comuns os desejos ou aversão por determinados alimentos. Pode haver vários casos de gengivas edemaciadas que sangram facilmente.

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

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

A secreção gástrica está diminuída na gestação (hipocloridria) estando diminuído o tono 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 sangüíneo aumentado, aparecimento de aranhas vasculares, intensificação de cor das áreas pigmentadas, aparecimento de estrias, elevação da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas e dos folículos pilosos. As estrias aparecem em áreas de distensão máxima: o abdômem, 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 aréolas ficam mais escuros, a área umbilical fica mais pigmentada, a linha alva, passa a ser *línea nigra*; manchas acastanhadas de contorno irregular aparecem as vezes na face, são chamadas de *cloasma*.

3.2. Aspectos Emocionais da Gravidez e Preparação para o Parto

Rezende (1992, 155), descreve que o planejamento e a aceitação da gravidez pela mulher, demais de sua ajustada estrutura psíquica, são os elementos a nortear o curso tranqüilo da gestação. As pacientes imaturas não se adaptam ao novo estado, exibindo episódios agudos de ansiedade e de depressão, assim como sintomas psicossomáticos (náuseas, vômitos, hiperêmese, etc.), que se constituem nos fatores mais importantes a indicar o abortamento terapêutico, para preservar a saúde mental, naqueles países em que a interrupção da gravidez tem amparo legal.

No final da prenhez predominam as ansiedades relacionadas à possibilidade de deformidade do concepto, às dores do parto e à própria morte da gestante.

A *preparação psicofísica para o parto* é método de educação psíquica e física que visa a manter a gestante em equilíbrio emocional, atenuando as dores da parturição e disciplinando-lhe o comportamento quando deflagrado o trabalho. Conquanto tenham os modernos procedimentos analgésicos e anestésicos relegado a segundo plano o chamado "*Parto sem dor*", persistem ainda entusiastas desse método. Embora os resultados dependam essencialmente da estrutura psíquica da paciente, parece não haver inconvenientes na preparação psicofísica ao parto. Há de salientar-se, todavia, numa época em que as mulheres sofrem do que já se rotulou "partofobia", quão difícil será convencê-las a parir pelas vias naturais sem o auxílio de fármacos analgésicos ou anestésicos.

3.3. Propedêutica da Gravidez

* Anamnese e Exame Físico

Segundo Rezende (1992, 87-89), os princípios gerais são os mesmos da semiologia médica, embora, sob o prisma obstétrico, inúmeras particularidades devam ser minuciadas.

Identificação

Idade. Conquanto o início da fertilidade possa ocorrer já aos 10 anos de idade, a gravidez tem as melhores condições, do ponto-de-vista biológico, a partir de 18-20 anos. O período do mais perfeito desempenho dura cerca de uma década, até os trinta anos, quando os riscos para a mãe e para a criança começam decrescer. Acima de 35 anos as mulheres, regra geral, não devem mais conceber, tão expressivo o índice de malformações do concepto e de distócias.

Cor. Tem interesse considerando-se ser o vício pélvico mais comum nas pretas e nas mestiças.

Profissão. As intoxicações profissionais de ação lenta, comprometem a evolução gravídica. É o que se dá com as produzidas pelo álcool, chumbo, fósforo, nicotina, etc.

Importa o conhecimento da profissão da gestante, principalmente quando ela é predisposta a aboramento, a fim de que possa ser orientada quando à conveniência de abster-se de esforço físico.

Estado Civil. A influência dessa condição é notória, vez que abundam estatísticas mostrando a maior morbidade e mortalidade materna e fetal entre as solteiras.

Nacionalidade e Domicílio. Dado importante mesmo se considerado apenas o território nacional, pois segundo a

procedência da paciente, virá orientação no sentido de rastrear a possibilidade de doenças que poderão influir grandemente na gestação (moléstia de Chagas, esquistossomose, malária).

Anamnese geral

Antecedentes familiares. É de grande relevo a inquirição sobre a existência de estados mórbidos nos ascendentes e colaterais (e.g., diábetes). Os antecedentes do esposo não devem ser omitidos, bem como a possível ocorrência de malformações em ambas as famílias.

Antecedentes pessoais. Vale conhecer da paciente o desenvolvimento nos primeiros anos de vida, quando começou a deambulação, condições de nutrição na infância. Por aí se infere da existência ou não de deficiências alimentares que tenham participado no desenvolvimento ou produzido raquitismo, de influência perniciosa sobre o esqueleto, especialmente na constituição da pelve.

Indaga-se da instalação da puberdade, tomando-se conhecimento da data de aparecimento da menarca e das características dos ciclos menstruais sucessivos, que orientam o obstetra sobre possíveis deficiências endócrinas, fatores de hipodesenvolvimento genital.

Devem ser pesquisados também os antecedentes pessoais patológicos relacionados a doenças anteriores (poliomielite, doenças ósseas, cardiopatias, nefropatias e pneumopatias) e operações a que a gestante tenha se submetido (principalmente as realizadas sobre o sistema genital: miomectomias, fistulas genitais, perineoplastias).

Anamnese obstétrica

Procurar-se-á investigar: os *antecedentes obstétricos* e os

comemorativos da prenhez vigente.

Antecedentes Obstétricos

Gesta e Para. Primigrávida ou *primigesta* é a que concebe pela primeira vez, e *primípara* a que há parido numa oportunidade, ou está na iminência de fazê-lo, e.g., a parturiente do primeiro concepto.

Multigesta ou *multigrávida*, aplica-se à que gestou muitas vezes, independentemente da duração da prenhez. *Secundi, terci* ou *quartigesta*, quando se deseja fugir da imprecisão, antepondo-se o algarismo romano correspondente ao sufixo *gesta*, em abreviação (II *gesta*, III *gesta* etc.); se o desfecho da gravidez foi parto, prematuro ou de termo, usa-se a terminação *para*, e os mesmos prefixos (II *para*, III *para* etc.), e são essas pacientes *multíparas*. É *paucípara* a que pariu poucas vezes (até três).

Nulípara é a que jamais pariu e *nuligesta* a que nunca esteve pejada. Grávida, *gesta* e *para*, como sufixo, referem-se às gravidezes e partos havidos e não aos conceptos. Exemplificando: após a primeira parturição, gemelar, a paciente continua *Igesta e Ipara*; houve dois abortamentos e está em curso a terceira gestação, trata-se da III *gesta*, 0 *para*.

Paridade. Os perigos para a mãe e para o concepto, na gravidez e no parto, são maiores nas primíparas e naquelas que pariram mais de quatro vezes.

Intervalo Interpartal. Os riscos reprodutivos estão minorados quando o intervalo entre os partos é de, no mínimo, dois anos.

Evolução dos ciclos grávido-puerperais anteriores. Serão colhidos informes sobre as gestações, partos e puerpérios anteriores, e a existência de abortamentos e condições de aleitamento.

Com vistas à presente gravidez, indagar-se-á a data da *última menstruação*, *sinais subjetivos e objetivos*, *transtornos dos diversos órgãos e aparelhos*, e especialmente a época em que foram percebidos os *movimentos ativos do feto* e a ocasião em que se deu a chamada *queda do ventre*, fatores que vêm em auxílio da determinação da idade da prenhez e da proximidade do parto.

* Exame Físico Obstétrico

Rezende (1992, 89-94), ainda descreve que na semiótica geral devem ser examinados o coração, os pulmões, as mamas, o abdômem e as extremidades.

Vinculados mais de perto ao tocólogo, serão minuciados a inspeção obstétrica propriamente dita, a palpação, a ausculta e o toque.

Inspeção

Cabeça. Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, bastante evidente, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexos do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais, o que constitui o *Sinal de Halban*. Em grande número de gestantes, nota-se pigmentação difusa ou circunscrita, mais nítida nas zonas muito expostas (fronte nariz e região zigomática), de tonalidade escura, manchando a pele, denominada *cloasma ou máscara gravídica*. Essa alteração da deposição do pigmento será abrandada poupando-se a pele de exposição à luz solar. A hiperpigmentação da gestante parece ser consequência da hiperfunção do lobo anterior da hipófise, por intermédio de suas células basófilas que, secretando hormônio melanotrófico,

exageram a pigmentação, com preferência pelas regiões onde, na vida embrionária, se realizou a oclusão da cavidade abdominal.

Pescoço. Em função da hipertrofia da tiróide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto ou sexto mês.

Glândula mamária. A inspeção mostra as mamas aumentadas de volume, em conseqüência da hipertrofia e das modificações que gradativamente vão ocorrendo para prepará-las à amamentação. A partir de 16 semanas aparece secreção de colostro, que pode ser percebido pela expressão da base, na direção dos canais galactóforos (nessa pesquisa deve-se proceder corretamente, evitando fazer apenas a compressão da região justamamilar que, além de infrutífera, magoaria a paciente). A aréola primitiva, mais escura do que fora da gestação, apresenta, ao redor, a *aréola secundária*, menos pigmentada, de limites imprecisos, chamada também *aréola gravídica*.

A melhor circulação que acompanha o desenvolvimento das mamas deixa perceber uma trama de vasos venosos na pele: é a *rede de Haller*. Na aréola primitiva, durante a gestação, aparecem os *tubérculos de Montgomery*, em número de 12 a 15, que pelo comum regridem no puerpério e são de duas naturezas: glândulas mamárias acessórias, ou sebáceas, hipertrofiadas. O exame das mamas, além de mostrar essas características que traduzem modificações gravídicas, e, portanto, orientam no diagnóstico, deve ser feito no sentido de verificar malformações do mamilo (umbilicação ou inversão) que indiciem a dificuldade ou incapacidade para a amamentação.

Abdômem. Globoso ou ovóide, o abdômem exhibe as resultantes da distensão de sua parede pelo útero grávido em crescimento. A cicatriz umbilical, antes como depressão, torna-se então plana e, por vezes, até saliente. Nas primigestas, a musculatura da parede, conservando sua capacidade de contenção, mantém o útero em boa posição, porém, nas múltiparas, fica comprometida a tonicidade da aponeurose e das fibras musculares, geralmente estabelecendo-se a diástase dos retos anteriores o que condiciona o ventre pêndulo, causa habitual de vícios de

apresentação e de distócia pela falta de coincidência do eixo do útero, do feto e da bacia.

Principalmente nas mulheres de pele mais escura, evidencia-se a hiperpigmentação da linha alva (*linea nigra*).

Também a inspeção mostra, na gestante, o aparecimento de *estrias* ou *víbices*, produzidas pela sobredistensão do retículo de fibras elásticas. Ao fim do ciclo grávido-puerperal desaparecem ou esmaecem persistindo, porém, muitas vezes. Distinguem-se dois tipos: “recentes”, da prenhez atual, cor violácea, tendo o fundo azulado, e “antigas”, brancas ou nacaradas, aspecto perláceo.

Membros Inferiores. Com alguma freqüência exibem dilatação circunscrita de vasos sangüíneos, exagerados pela influência da gestação, ou mesmo varizes aumentadas. No final da prenhez, não raro, observa-se o edema.

Aparelho Genital Externo. A pigmentação da pele mostra-se mais carregada, formando-se aréola escura em torno do ânus.

A influência hormonal da gestação, e, mais adiante, o fator mecânico modificam a mucosa, que se mostra hiperpigmentada, tumefeita e transformada quanto à sua coloração. De rosada torna-se cianosada, violácea, ou azulada. Essas alterações são percebidas muito precocemente no vestibulo e nas proximidades do meato urinário e se intensificam à medida que progride a prenhez, sendo conhecidas como *senal de Jacquemier*, pelos europeus, e *senal de Chadwick* entre os norte-americanos.

Palpação

O palpar obstétrico faz-se do *útero* e do seu *conteúdo*.

A *altura uterina* é estimada tendo-se o cuidado de reconhecer a resistência óssea do pube e delimitar, sem comprimir, o fundo do útero, com a borda cubical da mão. A fita métrica mede o arco uterino, o que permite calcular a idade da gravidez, acompanhar o crescimento fetal, assim como suspeitar da gemelaridade e do excesso de líquido amniótico (polidramnia).

A *circunferência abdominal* é avaliada ao nível da cicatriz umbilical; na gestante de termo tem cerca de 90 a 92 cm, em mulher não-obesa.

Consistência uterina. A palpação reconhece a consistência elástica-pastosa-oística, característica do amolecimento da parede uterina da gestante, e, em função da quantidade de líquido amniótico, a sua maior ou menor tensão. Pode-se aquilatar por ela a existência de polidrâmnio. Percebem-se, durante a gestação, as contrações de Braxton-Hicks e, no decurso da dilatação e da expulsão, metrossístoles regulares, traduzindo atividade uterina do trabalho de parto.

Regularidade da superfície uterina. O palpar permite reconhecer a superfície lisa e regular da parede do útero grávido normal ou a presença de nódulos e saliências, denunciando tumores miomatosos, de natureza vária. Deve-se estar atento para não confundir o achado com o que se nota ao palpar das pequenas partes fetais, em contacto íntimo com a parede do órgão gestatório, principalmente se ela se apresenta adelgada.

Conteúdo uterino. Colima o objetivo do método palpatório e visa ao reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação e posição.

Sistematizando a técnica do palpar consideraremos as suas diversas fases (Leopold-Zweifel):

Primeiro tempo. Delimitamos o fundo do útero com ambas as mãos, deprimindo a parede abdominal com as bordas cubitais, tomando-se contacto, quanto possível, com a sua face posterior e anterior. As mãos se dispõem encurvadas, procurando reconhecer, com a face palmar, o contorno do fundo do útero e a parte que o ocupa. Na maioria dos casos sente-se aí o pólo pélvico, com a característica de ser mais volumoso que a cabeça, esferóide, de superfície irregular, resistente mas redutível, deixando perceber, às vezes, as cristas ilíacas como duas proeminências. No caso de aí estar o pólo cefálico verificaremos corpo volumoso, de superfície regular, resistente e irredutível, com duas regiões características, o occipital e a frente.

Segundo tempo. Procuramos deslizar as mãos do fundo uterino, em direção ao pólo inferior do órgão, cuidando de sentir o dorso fetal e as pequenas partes ou membros, de um ou outro lado do útero. A região dorsal do feto apresenta-se como superfície resistente e contínua, plana no sentido longitudinal e convexa no transversal. É mais facilmente percebida nas variedades anteriores.

Quando o dorso se orienta para trás, percebem-se melhor as pequenas partes fetais que tomam contacto mais direto com a parede anterior; se estiverem elas à esquerda, ficará aquele à direita e vice-versa.

Terceiro tempo. Conhecida, mais particularmente, por *Manobra de Leopold* ou *Pawlick*, visa à exploração da mobilidade do pólo que se apresenta em relação com o estreito superior. Seria um dos tempos da técnica sistematizada por Leopold e nela se procura apreender o pólo entre o polegar e o médio da mão direita, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia. Quando alta e móvel a apresentação, esse pólo balança de um lado para outro.

Quarto tempo. Exploramos a escava em último lugar. Aí o pólo cefálico é freqüentemente encontrado e apresenta, ao palpar, caracteres mais nítidos. O parteiro volta suas costas para a cabeça da paciente, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, caminhando em direção ao hipogástrio, paralelas à arcada crural, afastadas uma da outra cerca de 10 cm. Com as extremidades dos dedos procuramos penetrar na pelve. Abarcando o pólo que aí se apresenta, verificamos pelas suas características se é o cefálico ou o pélvico, aquele menor, liso, consistente, irreductível, e esse maior, irregular, amolecido e deixando-se deprimir.

Na córmica (situação transversa) ou de espádua está vazia a escava.

A entrada dos dedos exploradores na bacia depende do grau de insinuação do pólo apresentado. Quando móvel, os dedos quase se tocam pelas extremidades e descem por igual. Cogitando-se de cabeça encaixada, e a conta da flexão cefálica, os dedos, em correspondência com o occipital, mergulham mais profundamente

que os postos em relação com a frente. Sente-se então, com consistência dura, a saliência da frente, que sobe.

Na apresentação pélvica, mesmo insinuada, os dedos de um lado e de outro penetram igualmente. Nas situações transversas, a cabeça fetal estará locada em uma fossa ilíaca e o pólo pélvico na oposta, o dorso disposto em sentido transverso ou oblíquo.

Ausculta

O que se pretende ouvir são os batimentos cardíofetais (bof) que nos informam, durante a gestação, se o concepto está vivo ou morto, pouco se podendo inferir de suas condições de higidez, a não ser através da monitoração dos batimentos.

No parto, a vitabilidade fetal pode ser razoavelmente entrevista pela ausculata, embora o registo cardiotocográfico o faça mais facilmente e com apurada fidelidade.

Ausculata clínica

Os Batimentos Cárdio-Fetais são, geralmente, percebidos em torno de 20-21 semanas de gravidez.

A ausculata clínica pode ser *imediate* ou *direta*, aplicando-se o ouvido sobre a parede abdominal da paciente, e *mediate* ou *indireta*, utilizando-se o estetoscópio.

O estetoscópio usado em Obstetrícia era o do tipo chamado *Pinard*, de alumínio ou de madeira, tendo três partes: auricular, coletora e condutora do som.

Está hoje em abandono, substituído pela ausculatação mediante o *sonar-Doppler*, possível a partir de 10-12 semanas de gestação e que faculto, demais, a audiência e a identificação do pulso do cordão umbilical ou de qualquer outro grande vaso fetal.

Carece ter atenção para a possibilidade de confusão com

batimentos maternos, motivo pelo qual se preconiza sempre contar as pulsações da paciente, para ter a convicção de que o percebido são ruídos fetais genuínos, mediante a comparação das frequências.

Os batimentos fetais nunca são isócronos com o pulso materno. Sua frequência oscila entre 120 e 160 bpm, em média 140. O número de bulhas cardíacas, no adulto, é duplo dos batimentos arteriais, ou seja, cada batimento esfigmíco traduz uma revolução cardíaca, com duas bulhas (sistólica e diastólica). No feto, entretanto, ouve-se uma só em cada revolução.

Os batimentos são mais facilmente audíveis no chamado foco máximo de auscultação, ponto que varia, como veremos, com a apresentação. Cumpre notar que a audibilidade é função da vizinhança do ponto de produção sonora, isto é, o coração fetal, e corresponde, aproximadamente, à altura da quarta vértebra dorsal.

Diagnóstico de apresentação pela ausculta. No termo da gravidez ou próximo dele, em virtude de estar a área cardíaca mais perto do pólo cefálico, resulta que o foco máximo de escuta será diferente conforme a apresentação.

Na *apresentação cefálica*, esse foco se encontra nos quadrantes inferiores do abdômem materno, à esquerda ou à direita, conforme a posição.

Ressalva há-de ser feita no que se refere a descida e rotação da cabeça fetal, no envolver do trabalho de parto: o foco de escuta gradativamente se desloca para baixo e em direção à linha mediana.

Localiza-se nos quadrantes superiores do abdômem, à esquerda ou à direita, na *apresentação pélvica*.

Na *apresentação córmica* ou na *situação transversa*, está na linha média, junto à cicatriz umbilical.

Escuta na *prenhez gemelar*. Notam-se dois focos, cada um pertencendo a feto distinto. Não são sincrônicos, havendo diferença de características, principalmente no que se concerne à frequência que diverge em 8 ou 10 batimentos por minuto. Não se deve confundir com o achado comum do foco propagado. Aqui, deslocando-se o estetoscópio de um ponto até o outro, em

momento algum deixamos de ouvir; na prenhez gemelar há zona de silêncio entre os dois focos. Algumas vezes, onde se deveria encontrar a zona de silêncio, identificamos batimentos com “ritmo de quatro tempos”, característico da existência de dois fetos na cavidade uterina.

Ausência de batimentos e morte fetal. É sempre conveniente aguardar, para comprovação, nova oportunidade em dia imediato ou outra ocasião. Entrementes não se dispensarão os préstimos da cardiotoocografia e da ultra-sonografia, decisivos no discrimine diagnóstico.

Toque

Entre nós, está generalizada a prática do toque vaginal, que será reduzido ao mínimo de vezes necessário e com os cuidados indispensáveis.

Pode ser unidigital, bidigital (mais comum) ou manual (excepcional), esse quando a apresentação está muito alta e, por via-de-regra, já na mesa operatória, com paciente anestesiada.

É de boa técnica fazer o toque vaginal esvaziados a bexiga e o reto, com as mãos rigorosamente lavadas e revestidas de luvas esterilizadas, paciente em posição litotômica ou ginecológica, entreabrindo-se a vulva com os dedos de uma das mãos, e obedecendo os preceitos de assepsia e de antissepsia.

Durante a gestação, o toque combinado permite estatuir o volume uterino, quando ainda não se encontra o órgão acessível à palpação abdominal, útil, portanto, ao diagnóstico da gravidez. Nas proximidades do parto, avalia as condições do colo, as relações entre a apresentação e a bacia (insinuação, proporcionalidade), assim, como as características do trajeto ósseo.

No decurso do trabalho, é indispensável para diagnosticar-lhe o início, acompanhar a dilatação cervical, a progressão fetal e precisar o tipo de apresentação, de posição e suas variedades.

3.4. Diagnóstico da Gravidez

O diagnóstico precoce da gravidez para Rezende (1992, 113-19), é muito importante, pois põe em risco, tantas vezes, o prestígio do médico.

* Diagnóstico Clínico

Sinais de presunção

4 Semanas

Amenorréia. É o sinal mais precoce. Em mulheres jovens, regularmente menstruadas, e com vida sexual, a ausência do catamênio pressupõe a prenhez.

5 Semanas

Náuseas. Cerca de 50% das mulheres sofrem de náuseas, por via-de-regra matutinas, durante o primeiro trimestre da gestação, tendo como consequência imediata os vômitos e a anorexia. Outras, pelo contrário, têm o apetite aumentado, não sendo raro sua perversão (pica ou malácia), ou a extravagância alimentar.

Congestão mamária. Com 5 semanas, as pacientes relatam que as mamas estão congestionadas e doloridas. À 8ª semana, a *aréola primária* torna-se mais pigmentada e surgem os tubérculos de *Montgomery*. Em torno de 16 semanas, secreção amarela - *colostró* - é produzida e pode ser obtida por expressão mamária correta. É contemporâneo o aumento da circulação venosa - *rede de Haller*. Cerca de 20 semanas, surge a *aréola secundária*, traduzindo a maior pigmentação, de limites imprecisos, em volta do mamilo.

6 Semanas

Polaciúria. A mioção freqüente, com emissão de quantidade reduzida de urina, é habitual no 2º e no 3º mês, quando o útero, aumentado de volume e em anteflexão acentuada, comprime a bexiga. No 2º trimestre, cessa a sintomatologia, que retorna nas duas últimas semanas, ao se insinuar a apresentação fetal.

Sinais de probabilidade

6 Semanas

Amenorréia. Após 10-14 dias de atraso menstrual, constitui sinal de probabilidade. Nem sempre gravidez indica, pois ocorrente também em diversas circunstâncias *fisiológicas e patológicas*. O *aleitamento* e a *menopausa* determinam-na; entretanto, muitas mulheres concebem durante o aleitamento ao se intercalar ciclo ovulatório. Há pacientes que gestam sucessivamente, ano após ano, sem ter restabelecido o ciclo menstrual. É difícil mas não impossível a fecundação após alguns meses de amenorréia climática.

Dentre as amenorréias patológicas sobressaem as de origem emocional, as vigentes durante o uso dos anovulatórios, demais de inúmeras outras.

Perda sangüínea cíclica semelhante à menstruação, conquanto mais escassa, não exclui a prenhez, pois pode aparecer nos primeiros meses (hemorragia de implantação ovular).

Aumento do volume uterino. O toque combinado colige as alterações que a prenhez imprime ao útero. Fora da gestação, o órgão é intrapélvico, locado abaixo do estreito superior. Grávido, expande-se; na prenhez de 6 semanas tem o volume de tangerina; com 10 semanas o de uma laranja e com 12 o tamanho da cabeça fetal, sendo paupável logo acima da sínfise púbica.

8 Semanas

Alteração da consistência uterina. O útero vazio é firme. Grávido, com 8 semanas, adquire consistência cística, elástico-

pastosa, principalmente no istmo. Por vezes tal é o amolecimento dessa região, que se tem a sensação de achar-se o corpo separado do colo.

Alteração da forma uterina. Inicialmente cresce o útero de modo assimétrico, desenvolvendo-se mais acentuadamente na zona de implantação. A sensação tátil é de abaulamento e amolecimento aí localizados, percebendo-se, vez por outra, sulco separando as duas regiões. Na ausência da prenhez, os fundos-de-saco são normalmente vazios; a partir de 8 semanas, quando a matriz, de piriforme assume a forma globosa, o dedo que examina encontra-os ocupados pelo corpo uterino. Há percepção dos batimentos do pulso vaginal, nos fundos-de-saco, a conta da hipertrofia do sistema vascular.

Completar-se-á o toque pelo exame especular, que poderá precedê-lo, consoante a rotina estabelecida. Ao entreabrir-se a vulva, chama a atenção a coloração violácea da sua mucosa, o que se denomina (vestíbulo e meato urinário) *senal de Jacquemier* ou de *Chadwick*. A mesma tonalidade da mucosa vaginal constitui o *senal de Kluge*.

16 Semanas

Aumento do volume abdominal. Já se referiu, o útero torna-se palpável com 12 semanas e o aumento do volume abdominal, progressivo, percebe-se em torno de 16 semanas.

Sinais de certeza

São dados pela presença do concepto, anunciada pelos batimentos cardíofetais e pela sua movimentação ativa. A ultrasonografia os rastreia com 7-8 semanas.

14 Semanas

Senal de Puzos. É o rechaço fetal intra-uterino, que se obtém impulsionando o feto com os dedos dispostos no fundo-de-saco

anterior. Consegue-se, desta maneira, impressão de rechaço quando o concepto se afasta e outra quando ele retorna.

18 Semanas

Percepção e palpação dos movimentos ativos do feto. Inicialmente discretos, tornam-se vigorosos com o desenvolver da gestação.

Palpação dos segmentos fetais. Por essa época, maior o volume do feto, começa-se de palpar a sua cabeça e os membros.

20-21 semanas

Auscultação. É a identificação dos batimentos cardíacos fetais, o mais fidedigno dos sinais da gravidez. Sua comprovação, com o *estetoscópio de Pinard*, está hoje substituída pela obtida com o sonar-Doppler.

* Diagnóstico Hormonal

Constitui, atualmente, o melhor parâmetro para o diagnóstico da prenhez, mercê de sua precocidade e exatidão.

Apóia-se na produção de *gonadotrofina coriônica humana (hCG)* pelo ovo. Uma semana após a fertilização, o trofoblasto, implantado no endométrio, principia a elaborar o hCG em quantidades crescentes que podem ser encontradas no soro ou na urina materna.

Existem, basicamente, quatro tipos de testes para identificação do hCG: *biológicos, imunológicos, rádio-imunológicos e enzima-imunoensaio.* Os biológicos estão abandonados em face da singeleza, rapidez e sensibilidade dos outros procedimentos.

* Diagnóstico ultra-sonográfico

Ultra-sonografia abdominal

Com 5 semanas de amenorréia começa a aparecer, na parte superior do útero, formação arredondada, anelar, de contornos nítidos, que correspondem à estrutura ovular, denominada, em ultra-sonografia, *saco gestacional*. A partir de 7-8 semanas de gravidez podem ser identificados o eco embrionário e a sua pulsação cardíaca ao *M-mode*, o último sinal valioso de vida do conceito. Com 7 semanas têm os batimentos cardíacos fetais freqüência de 130 bpm, com 9 semanas, 170-180 bpm e entre 12-13 semanas, 150 bpm.

Em torno de 10-12 semanas aparece espessamento no saco gestacional que representa a placenta em desenvolvimento e seu lugar de implantação no útero. Com 12 semanas, a placenta pode ser facilmente identificada e com 16 tem estrutura definida.

Entre 11-13 semanas o saco gestacional enche toda a matriz não sendo mais visualizado. Acompanhando o desaparecimento do saco gestacional, a partir de 11-12 semanas, vê-se a cabeça do feto.

Ultra-sonografia vaginal

O saco gestacional é visto à ultra-sonografia vaginal em média com 31 dias de gravidez, o que corresponde a hCG-*beta* médio de 365 mUI/ml. Com 36 dias, ou hCG-*beta* de 2.000 mUI/ml, vemos o saco vitelino no interior do saco gestacional e com 41 dias ou hCG-*beta* de 6.000 mUI/ml os bcf estão presentes.

O saco gestacional é sempre visto com 33 dias de gravidez, o saco vitelino com 38 dias ou 10 mm de diâmetro médio do saco gestacional, e os batimentos cardíacos fetais com 43 dias ou 18 mm de diâmetro médio de saco gestacional.

Sonar-Doppler

Permite captar os bcf entre 10-12 semanas de gravidez.

3.5. Idade da gestação e data provável do parto

Rezende (1992, 120-23), menciona que para se saber a idade gestacional e a data provável do parto, é importante saber a data da última menstruação, o aumento do volume uterino, a ausculta fetal, movimentos fetais e realizar ultra-sonografia.

Última menstruação

A idade da gestação é calculada a partir do 1º dia do último período menstrual normal, sendo expressa em semanas ou dias completos.

São consideradas 40 semanas completas: 40 semanas + 0 dias a 40 semanas + 6 dias completos. A data provável do parto será, em média, 280 dias após o primeiro dia do último período menstrual. À semelhança de qualquer outro fenômeno biológico, existe grande variação dentro da normalidade, de tal sorte que são qualificadas gestações de termo aquelas compreendidas entre 37 semanas completas a menos de 42 semanas completas.

Na prática, valemo-nos da *regra de Nägele* que consiste em adicionar à data da última menstruação 7 dias e mais 9 meses. Por exemplo, se a última regra foi em 10 de novembro (mês 11), temos $10 + 7 = 17$ e $11 - 3 = 8$, portanto, 17 de agosto (mês 8) será a data provável do parto.

Aparentemente, a gravidez, dessa sorte avaliada, não teria os 280 dias que lhe foram imputados de duração média. No entanto há, verdadeiramente, correspondência perfeita: no decurso de nove meses, como norma, 3 ou 4 têm 31 dias e essa diferença (de um dia) torna a regra de Nägele a mais aproximada dos aludidos 280 dias.

Aumento do volume uterino

O útero pode ser palpado, a partir de 12 semanas, no abdômem. À medida que a gestação avança, o fundo uterino mostra-se gradativamente mais alto, distanciando-se da sínfise púbica. Na primeira metade da gestação, a mensuração do fundo-de-útero é boa indicadora para o cálculo da idade de prenhez. Na segunda metade, conquanto ele cresça cerca de 4 cm/mês, as variações são maiores e os erros mais comuns. Com 16 semanas o fundo-de-útero estará a meia distância entre a sínfise púbica e o umbigo; com 20-22 semanas, nesse, e ao termo, próximo das rebordas costais. Nas primíparas, e em grande número delas, 2 semanas antes do parto, por ocasião da chama da *queda do ventre*, contemporânea da insinuação da cabeça fetal, o fundo baixa cerca de 2 cm. É indício de que o parto deverá iniciar-se nos próximos 15 dias. Instalam-se melhores condições para a gestante, que respira mais facilmente, conquanto reapareçam as queixas urinárias do 1º trimestre.

Ausculta fetal

A ausculta com o estetoscópio de Pinard pode ser feita a partir de 20-21 semanas de gravidez, mas está em desuso, substituída pelos procedimentos eletrônicos. O *sonar-Doppler* identifica o pulso fetal desde 10-12 semanas. É excepcional a escuta antes dessa idade gestacional.

Movimentos Fetais

Aproximadamente com 18 semanas de gravidez, indistintamente, primíparas e múltiparas começam a perceber os movimentos fetais, que constituem, na ausência de informações

sobre a última menstruação, outro elemento clínico para o cálculo da idade da prenhez.

Ultra-sonografia

Em cerca de 20-30% das mulheres grávidas, a idade da prenhez não pode ser calculada pela última menstruação em face da imprecisão do registro, ciclos irregulares, amenorréia pós-parto ou pós-anovulatórios, "hemorragia de implantação".

Nesses casos, só exame ultra-sonográfico permite estimar, com precisão, a idade gestacional.

No 1º trimestre - Pode ser a idade da gravidez avaliada através do diâmetro médio do saco gestacional e do comprimento cabeça-nádega (CCN) do embrião.

No 2º trimestre - Conquanto a mensuração do CCN seja o melhor procedimento para calcular a idade da gravidez, a maior complexidade do exame nos faz preferir a *medida do diâmetro biparietal* (DBP) ou a do *comprimento do fêmur* (CF) no 2º trimestre.

Temos determinado, como norma, a idade da gravidez, pela medida do DBP, cerca de 20 semanas, preferentemente, e sempre antes de 30 semanas. Afora a imprecisão do cálculo da idade da gravidez pelo DBP após 30 semanas, o crescimento intra-uterino retardado tem início comumente nessa época, invalidando a aplicação da cefalometria no último trimestre de prenhez.

Considerada a precisão do DBP para o cálculo da idade gestacional e concordantes a idade menstrual e a sonografia, não há problema clínico; acaso discordantes esses dados, ou ignorada a última menstruação, aceitamos a idade fornecida pelo DBP ou pelo CF.

3.6. Estática fetal

Aqui Rezende (1992, 124-33), analisa as relações do produto conceptual com a bacia e com o útero. É estudo que permite o conhecimento da nomenclatura obstétrica.

Atitude

Durante a gestação. O continente uterino, ao termo da gravidez mede, na maior de suas dimensões, 30 cm. O feto, com 50 cm de comprimento, deve adaptar-se a tais condições de espaço, flexionando-se. Dessa forma o seu eixo longitudinal fica reduzido a 25 cm.

Denomina-se *atitude* ou *hábito fetal* a relação das diversas partes do feto entre si. Graças à flexibilidade da coluna vertebral e à articulação occípito-vertebral, o feto se aloja na cavidade uterina em atitude de flexão generalizada, isso é, a coluna vertebral encurvada no seu todo e a cabeça com o mento aproximado da face anterior do tórax, o que dá ao conceito a forma ovóide, o *ovóide fetal*, que apresenta então dois pólos: o *cefálico* e o *pélvico*, esse maior que aquele. Nos membros inferiores as coxas se fletem sobre a bacia e as pernas, na mesma atitude, sobre as coxas. Nos membros superiores os braços se locam na face anterior do tórax bem como os antebraços, também fletidos. Ao conjunto do tronco com os membros, dá-se a denominação de *ovóide córmico*.

Na apresentação pélvica a atitude da cabeça fetal é das mais variáveis: de regra ligeiramente fletida, com o mento próximo ao manúbrio; pode, no entanto, ficar em atitude indiferente ou em deflexão; apresentar-se, ainda, lateralmente inclinada, com ou sem rotação. Essa atitude da cabeça, durante a prenhez, não tem significação prognóstica para o parto, à vista da correção espontânea havida no decurso do trabalho.

No parto. No início do trabalho, e principalmente após a amniorrexe, a atitude do feto se modifica. Nessas condições, por motivo da expansão do segmento inferior e pela incorporação da cervice, que ascende, o útero toma forma diversa daquela anteriormente guardada, passando de globosa a cilindróide, o que obriga o feto a endireitar o tronco, diminuindo sua flexão de maneira a se constituir num cilindro, o *cilindro fetal*, formado pela cabeça fletida sobre o tronco, com as pequenas partes a ele mais aconchegadas. O pólo cefálico é a parte do feto que merece o estudo mais minucioso, por ser o segmento menos redutível e desempenhar papel da maior importância no processo de adaptação ao trajeto pelviperineal. Enquanto o perímetro occipitofrontal é de 35 cm, o torácico, menor, mede 33 cm, peculiaridade que perdura, proporcionalmente, até o início do segundo ano de vida. O perímetro abdominal é ainda mais reduzido: 28 cm.

Cabeça. Entre as duas partes que a compõem - *crânio e face* - é a primeira que se reveste de importância obstétrica dada a exigüidade de tamanho da segunda.

O crânio é constituído de dois ossos frontais, dois parietais, dois temporais, um occipital, um esfenoide e um etmoide. Enquanto os ossos da abóbada craniana se acham separados por tecidos membranosos - *suturas e fontanelas* - permitindo a redução de seu volume durante o parto, os ossos da base compõem bloco indeformável.

As suturas mais importantes são:

1. Sutura sagital, entre os parietais.
2. Sutura metópica, interfrontal ou frontal média.
3. Sutura coronária, entre os frontais e os parietais.
4. Sutura lambdoide, entre os parietais e o occipital.
5. Sutura temporal, entre os parietais e os temporais.

As *fontanelas* são zonas membranosas, nos pontos de convergência de 3 ou 4 ossos e delas partem as suturas.

1. *Fontanela bregmática.* Tem configuração losangular, com os lados formados pelos frontais e parietais, e de cujos vértices

saem as suturas sagital, metópica e coronária. Constitui valioso ponto de referência para o diagnóstico de posição, obtido com o toque digital ou manual.

2. *Fontanela lambdóide*. Limitada pelo occipital e parietais, possui morfologia mais ou menos triangular e dos seus vértices saem as suturas sagital e lambdóide.

3. *Fontanela ptéricas ou ptérios*. Em número de duas têm por limites o temporal, o frontal, o parietal e o esfenóide.

4 *Fontanela astéricas ou astérios*. Também em número de duas têm como limites o occipital, o temporal e o parietal. Os ptérios e os astérios são fontanelas que carecem de importância obstétrica.

Situação

Denomina-se *situação* a relação entre os grandes eixos longitudinais fetal e uterino. Coincidentes os dois, a situação será *longitudinal*; quando perpendiculares, a situação é *transversa*, e se cruzados, a situação será *oblíqua* ou *inclinada*. A primeira ocorre em 99,5 % das vezes, e a última representa fase de transição da situação fetal que no momento do parto vai se estabilizar em longitudinal ou transversal.

Apresentação

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

Faz-se necessário precisão terminológica: encontrando-se no estreito superior segmentos fetais, como pequenas partes, não há elementos para caracterização de apresentação; constituem apenas *prociências*.

Em decorrência dos fatos determinantes da acomodação fetal, pode-se observar transformação de uma apresentação por outra, fenômeno a que se dá o nome de *mutação* ou *versão*, e está ligado à rotação axial do feto. Até o 6º mês de gestação a cabeça é encontrada no fundo uterino e depois, graças a essa rotação axial, o feto, por “cambalhota”, orienta o pólo cefálico para as porções inferiores do órgão e aí se mantém.

Ao plano circunferencial da apresentação, que se põe em relação com o estreito superior, chama-se *plano de contacto da apresentação*. À *situação transversa* corresponde sempre a *apresentação córmica*. Duas apresentações podem ocorrer na *situação longitudinal*: a do pólo cefálico e a do pólo pélvico, e se denominam, respectivamente, *apresentação cefálica* e *apresentação pélvica*.

O pólo cefálico pode apresentar-se fletido, com o mento próximo à face anterior do tórax ou dele se afastar em graus diversos de extensão.

Encontrando-se o pólo pélvico no estreito superior, duas apresentações podem ocorrer: a *apresentação pélvica completa*, se as coxas e as pernas estão fletidas e a *apresentação pélvica incompleta*, também chamada *modo de nádegas*, quando fletidas as coxas contra a bacia, as pernas se acham estendidas sobre a face anterior do tronco.

Ao descrever as apresentações pélvicas incompletas, alguns autores consideram ainda outras modalidades como o modo de joelhos e de pés, quando essas regiões ocupam o estreito superior, o que pode ser dispensado, pois o pequeno volume delas não impõe característica especial aos fenômenos mecânicos do ato da parturição. Bem assim modalidades acidentais sucedem se um membro inferior fica estendido sobre a face anterior do tronco e o outro fletido.

Certas escolas assim denominam as apresentações pélvicas: pelvipodálica à apresentação pélvica completa, pélvica simples, à apresentação pélvica incompleta, variedade de nádegas e pélvica

com proclividade de joelho ou de pé, quando essas regiões se apresentam ao estreito superior.

Altura da apresentação

Durante a prenhez a apresentação se encontra afastada do estreito superior, não tendo relação direta com a bacia. No início do trabalho ou mesmo nos dias que o precedem, essa relação com a pelve materna é manifesta e distinguem-se os seguintes graus evolutivos da altura da apresentação:

- *alta e móvel* quando a apresentação não toma contacto com o estreito superior;
- *ajustada* se ocupa a área desse estreito;
- *fixa* quando, pelo palpar, não se consegue mobilizá-la;
- *insinuada* quando a maior circunferência da apresentação transpõe a área do estreito superior.

Chama-se, assim, *insinuação* ou *encaixamento* a passagem, pelo estreito superior, do maior plano perpendicular à linha da orientação, isto é, passagem do biparietal nas apresentações cefálicas e do bitrocantariano nas apresentações pélvicas.

A travessia dessa região angustiada da bacia se obtém pela redução dimensória sinalada, e por movimento de inclinação lateral da apresentação a que se denomina *assinclitismo*. A ausência da flexão lateral, mantendo-se a sutura sagital equidistante do sacro e do pube, condiciona o *sinclitismo*.

É o *assinclitismo posterior*, quando a sutura sagital está próxima do pube e o parietal posterior é o primeiro a penetrar na escavação. Diz-se que o *assinclitismo* é anterior, quando a sutura sagital está mais aproximada do sacro e o parietal anterior desce em primeiro lugar.

Para expressar a altura da apresentação aconselha-se adotar o critério de DeLee: considerar o diâmetro biespinha ciática ou linha interespinhosa, como plano de referência "zero". Quando a parte mais baixa da apresentação estiver a 1 cm acima do plano "zero", a altura é expressa como "-1"; 2cm acima, como "-2" e assim sucessivamente até "-5". Quando a parte mais baixa da

apresentação ultrapassar de 1 cm o plano “zero” será “+1”; quando de 2 cm, “+2”, nomeando-se assim até “+5”.

Posição

Segundo a escola alemã, é *posição* a relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno, dificilmente podendo essa região fetal localizar-se francamente para diante ou para trás à vista da lordose lombar materna.

Assim, teremos *posição esquerda* ou *1ª posição*, quando o dorso fetal se acha voltado para o lado esquerdo materno e *posição direita* ou *2ª posição*, quando o dorso se orienta para o lado direito.

A escola francesa conceitua a posição relacionando não o dorso fetal mas o ponto de referência da apresentação com o lado esquerdo ou direito materno. As duas definições nem sempre se correspondem: nas apresentações cefálicas fletidas o dorso e o ponto de referência da apresentação se encontram no mesmo lado, ao passo que nas defletidas o dorso está em plano oposto ao ponto de referência fetal. Posições que merecem ser salientadas, conquanto raras, são as diretas, a occipitossacra e a occipitopúbica, quando no início do trabalho de parto, e no estreito superior.

Variedade de posição

Feito o diagnóstico da apresentação e da posição, não está ele completo, sendo necessário acrescentar-se-lhe a variedade de posição, que se define como a relação dos pontos de referência maternos e fetais.

Maternos. O pube, as eminências ileopectíneas, as extremidades do diâmetro transverso máximo, a sinostose sacroiliaca e o sacro.

Fetais. São variáveis com as apresentações:

- *lâmbda* nas apresentações cefálicas fletidas;

- *extremidade anterior do bregma* nas apresentações cefálicas defletidas de 1º grau;
- *glabella* ou *raiz do nariz* nas de 2º grau;
- *mento* nas de 3º grau;
- *crista sacrococcígea* nas apresentações pélvicas.

Na situação transversa, impropriamente denominada apresentação transversa, a apresentação é *córmica*. A variedade mais freqüente é a de ombro e o ponto de referência fetal é o *acrômio*.

Linha de orientação. Importa ainda conhecer o que seja *linha de orientação*: a linha fetal que se põe em relação com o diâmetro materno de insinuação, e possibilitará acompanhar os movimentos da apresentação durante o trabalho de parto.

São as seguintes as linhas de orientação:

- *Sutura sagital* na apresentação cefálica fletida.
- *Sutura sagital* e *metópica* na apresentação cefálica defletida de 1º grau.
- *Sutura metópica* na apresentação cefálica defletida de 2º grau.
- Linha facial, isto é, a linha mediana que da raiz do nariz atinge o mento, na apresentação cefálica defletida do 3º grau.
- Sulco interglúteo na apresentação pélvica.

As situações transversas não têm linha de orientação, pois são impeditivas de expulsão espontânea, a não ser em casos especiais de fetos pequenos ou macerados.

Nomenclatura

Com a nomenclatura obstétrica designam-se, de maneira exata, a *situação*, a *apresentação*, a *posição* e a variedade de posição, tendo-se perfeito conhecimento da estática fetal.

Nomenclatura na situação longitudinal. Nomeiam-se pelo emprego de duas ou três letras: a primeira, indicativa da

apresentação, é símbolo da região que a caracteriza, as demais correspondem ao ponto de referência ao nível do estreito superior.

Exemplo: OEA significa que a apresentação é de occipital e o ponto de referência, o lâmbda, está em correspondência com o estreito superior, à esquerda e anteriormente; MDP significa que a apresentação é de face e o ponto de referência, o mento, está em relação com o estreito superior, à direita e posteriormente.

Tomando como exemplo a apresentação cefálica fletida, em occipital, são as seguintes as variedades de posição.

OP - occípito-pubiana.

OEA - occipito-esquerda-anterior.

OET - occípito-esquerda-transversa.

OEP - occípito-esquerda-posterior.

OS - occipitossacra.

ODP - occípito-direita-posterior.

ODT - occípito-direita-transversa.

ODA - occípito-direita-anterior.

Nomenclatura na situação transversa. Na nomenclatura da situação transversa não há uniformidade na designação; para a escola francesa a localização do dorso define a posição: anterior quando o dorso está voltado para a frente e posterior quando voltado para a coluna vertebral materna, e o acrômio, direito ou esquerdo, que se põe em relação com o estreito superior, define a apresentação. Exemplo: posição acrômio-direita-anterior significa que o acrômio direito está na área do estreito superior e o dorso voltado para diante; por acrômio-esquerda-posterior entende-se que no estreito superior se acha o acrômio esquerdo e o dorso está voltado para trás .

Para a escola alemã a posição é determinada pela localização do ovóide cefálico nas fossas ilíacas, chamando-se primeira posição quando a cabeça está no lado esquerdo, segunda posição quando no lado direito, distinguindo-se as variedades anteriores e posteriores de acordo com a orientação do dorso, e de maneira idêntica à escola francesa. Exemplo: cefálico-esquerda-dorso-anterior, significa que a cabeça está na fossa ilíaca esquerda e o dorso voltado para diante, e cefálico-direita-dorso-posterior,

quando a cabeça na fossa ilíaca direita, o dorso se acha voltado para trás. Corresponde à acrômio-direita-anterior da escola francesa.

Para a escola norte-americana a posição é indicada pelo lado materno onde se encontra o acrômio, assim acrômio-esquerda-anterior representa que o acrômio está em relação com o lado esquerdo materno e o dorso voltado para frente. Corresponde à acrômio-direita-anterior da escola francesa.

Veze há em que, na situação transversa, o dorso fetal se orienta nitidamente para cima ou para baixo.

Vê-se, pois, que não havendo uniformidade na nomenclatura da situação transversa, reclama-se a atenção do leitor ao ter sob suas vistas trabalhos originados desta ou daquela fonte.

A classificação americana merece as nossas preferências. Permite sem esforço mental, informar a localização do ovóide cefálico, o que importa para a execução da versão por manobras internas.

3.7. Contração Uterina

Conforme Silva (SD), a célula miometrial é um sistema contrátil cercado por membrana excitável. A primeira característica prevê a capacidade de trabalho e a segunda a atividade elétrica.

A capacidade de trabalho ocorre em função de uma proteína complexa (actonomiosina) disposta em filamentos nas miofibrilas e nos nucleotídeos trifosfáticos, localizados nas mitocôndrias e responsáveis pela liberação de energia necessária à contração. Os estrogênios são responsáveis pela síntese da proteína contrátil e a progesterona interfere no potencial da membrana, alterando o seu gradiente iônico.

A tensão miometrial depende da concentração da Actomiosina que aumenta à medida que a prenhez evolui, principalmente no corpo uterino e em menor quantidade nas partes baixas do órgão.

Origem e propagação de onda contrátil pelo útero durante o parto normal

Chama-se “marca-passo” a zona do útero onde se origina a contração, porque a dita zona é a que marca o passo, isto é, determina a freqüência das contrações uterinas. No útero humano grávido parece haver dois marca-passos, um direito e um esquerdo, situados na implantação uterina das trompas de Falópio.

Em condições normais cada onda contrátil se origina apenas em um marca-passo e não ocorre interferências de contrações que nascem de outro marca-passo. Quando ocorrem interferências pode dar origem a diversos tipos de incoordenação uterina.

Propagação da onda contrátil

Do marca-passo a onda se irradia em todos os sentidos para invadir todo o útero. Como o marca-passo está situado na parte alta do útero, propaga-se a maior parte da onda em sentido descendente.

Em condições normais as ondas podem originar-se nas partes baixas do útero e propagar-se-á em sentido ascendente.

O triplo gradiente descendente (TGD)

A onda contrátil normal do parto se caracteriza por possuir o triplo gradiente descendente, pelo qual as partes altas do útero vizinhas do marca-passo, têm atividades maior que irradia-se às partes baixas do órgão, mais afastadas do referido marca-passo.

O Triplo gradiente descendente tem três componentes:

1. Sentido descendente da propagação da onda;

2. Maior duração da fase sistólica da contração na vizinhança do marca-passo, em relação as mais afastadas dele;

3. A força ou intensidade das contrações é maior nas partes altas do útero que nas baixas. A altura do istmo as contrações têm a metade da intensidade das do corpo, portanto ocorre redução gradativa da intensidade das contrações em sentido descendente.

Quanto ao colo uterino, aceita-se hoje que o orifício interno é revestido por tecido muscular liso e pode contrair-se ativamente embora com menor intensidade do que o segmento inferior e com muito menor força do que o corpo uterino. A zona da cérvix, vizinha ao orifício externo é segundo vários autores, totalmente desprovida de tecido muscular liso, sendo por isso incapaz de contrair-se ativamente. (Danforth, 1854).

A redução da potência nas zonas mais baixas deve-se à diminuição da riqueza de tecido muscular e também à diminuição das teorias da actomiosina proteica nessas mediações. Esta é dotada da propriedade de contrair-se, o que constitui o substrato bioquímico da contração muscular.

Funções das contrações uterinas

Dilatação do istmo e do colo uterino. No pré-parto e parto normais, durante cada contração uterina o corpo do útero se encurta e exerce força de tração longitudinal que tende a distender o istmo uterino, forçando o segmento inferior, apagando e dilatando também a cérvix. Durante o trabalho de parto o corpo uterino sofre redução, ficando mais curto e mais espesso enquanto, o colo se apaga e dilata sempre mais.

A elevação da pressão intra uterina, causada pela contração faz com que a bolsa de água ou apresentação atuem em forma de cunha, exercendo pressão sobre o istmo e o colo, no sentido de dilatá-los.

Para cumprir com a máxima eficiência, sua função, dilatadora do istmo e do colo, a contração uterina deve ter os seguintes caracteres:

1. Capacidade de irradiação a todo o útero. As contrações localizadas são pouco ou nada eficazes.

2. Deve ter boa coordenação, isto é, as diversas partes do útero devem alcançar o acme da contração quase simultaneamente, para que seus efeitos se somem e seja exercida a máxima tração sobre o istmo e o colo, e a apresentação possa exercer uma alta pressão sobre estas zonas do útero. As contrações com pressão de 15 mmHg são ineficazes para dilatar o istmo e o colo.

3. Devem possuir TGD.

Determinação do Parto

Não se sabe exatamente o que é responsável pelo início do trabalho de parto, mas que a causa fundamental está na necessidade de ser expulso o fruto, uma vez que está maduro, porém não se conhece com exatidão as causas imediatas deste fenômeno. Podemos dividi-las em:

a) Musculares: ao final da gestação o útero está hiperdistendido. A excessiva dilatação de uma fibra muscular provoca sua excitação o que causa contrações. O alongamento da fibra muscular uterina determina uma multiplicação de sua atividade contrátil e de sua resposta à ocitocina. Na coelha e outros animais de experimentação ocorre o mesmo. Estas contrações aparecem no final da gestação, antes que o parto comece, são chamadas contrações de Braxton Hicks.

b) Hormonais:

b.1) O predomínio de estrógeno, como demonstrou-o há muitos anos Klaus, facilita a resposta uterina e seus excitantes hormonais e aumenta a sua capacidade de contração.

b.2) A ocitocina, um hormônio cuja ação está concentrada intimamente à função do hipotálamo é, provavelmente o único fator que excita a contratilidade uterina e que exerce papel ativo na dinâmica do miométrio. Alguns outros ocitócitos devem ser

relacionados como coadjuvantes: acetilcolina, histamina, serotoninas.

b.3) Papel da progesterona: A diminuição da progesterona sensibiliza a fibra para a contração.

Teoria de supressão progesterônica: segundo Csapo o útero é intrinsecamente ativo durante toda a gravidez, mas sua atividade é bloqueada pela influência da progesterona, que no miométrio produz sedação e repouso da fibra muscular. Como tem demonstrado Csapo a progesterona produz ainda saída de K da fibra muscular do útero e penetração de sódio na célula, com a qual o potencial da membrana diminui baixando assim sua excitabilidade.

b4) O início do trabalho de parto só será bem compreendido se esclarecer convenientemente os mecanismos que promovem as modificações estruturais do colo uterino. O Colo é uma estrutura predominantemente colágena. Na cérvix não grávida, 82% de proteína colágena. Durante o trabalho de parto essa percentagem baixa para 52%. No colo totalmente dilatado percebe-se a destruição total do colágeno e sua substituição por mucopolissacarídeos.

A destruição do colágeno é, quase certamente, um dos principais fatores responsáveis pelo apagamento e dilatação do colo. Esta destruição é realizada pelas collagenases.

Jeffrey e Koob, conseguiram estabelecer *in vitro* um sistema para o estudo da atividade collagenolítica no útero e observaram que o produto da degradação do colágeno aparece em forma de peptídeos que encerram hidroxoprolina.

A ação da progesterona na inibição da colagenese foi comprovada *in vitro* medida através da concentração de hidroxiprolina. Também os corticóides modulam os níveis de colagenese uterina. O AMP celício também participa deste controle ampliando a ação da progesterona. As prostraglandinas parecem aumentar a sensibilidade do colágeno ósseo à digestão pelos colagenese, comprovando-se que tem o mesmo efeito no colo. E as prostraglandinas podem ser sintetizadas e liberadas pela própria distensão uterina.

A clínica necessita da ajuda da bioquímica que se torna indispensável para o entendimento das modificações estruturais do colo durante o trabalho de parto normal e para o controle farmacológico específico do colo em situações patológicas, tais como no parto prematuro e no colo disfuncional.

c) Nervosas: temos que admitir que os fatores acima estudados, histamina, acetilcolina, actomiosina, etc... seriam os que dão início as primeiras contrações uterinas fracas e só quando este fenômeno contrátil inicial está desencadeando, a apresentação contacta mais diretamente com o colo uterino, excitando-o. Este estímulo passará reflexamente à medula, donde é enviada uma descarga reflexa aos núcleos supra óticos e paraventricular, dos quais parte um estímulo à hipófise posterior à qual passará a liberar a ocitocina, o que constitui o reflexo de Ferguson-Harris. Portanto a ocitocina só começa a atuar quando o colo já suficientemente dilatado, excita o reflexo de Ferguson-Harris. Csapo e Wood também confirmam isto em suas observações (atuação da ocitocina somente no final da dilatação e no período expulsivo).

Este reflexo se produz de modo cruzado, tanto pela excitação do mamilo permitindo a ejeção do leite bem como pela excitação do colo uterino e provavelmente também na vagina.

Deduz-se então que a ocitocina é mais um mantenedor do trabalho de parto do que um indicador do mesmo.

Atividade Contrátil do útero Durante a Gravidez

Durante a gravidez o útero permanece em permanente atividade rítmica e contrátil. As contrações que se registram durante a gravidez são de dois tipos:

1) As pequenas contrações de intensidade inferior a 10 mmHg. Essas contrações circunscrevem-se a pequena área da parede uterina na qual ficam localizadas. Sua frequência é em

torno de uma contração por minuto. Por serem de fraca intensidade não são percebidas pela gestante e nem mesmo pelo tocólogo através de palpação abdominal.

2) As contrações de Braxton Hicks, tem intensidade superior a 10 mmHg geralmente entre 10 a 20 mmHg. Difundem-se a grande parte do músculo uterino e podem invadí-la totalmente. São percebidas pelas gestantes sob a forma do endurecimento indolor do útero. São facilmente percebidas pela palpação abdominal. Foram descritas pela primeira vez, em 1872, por Braxton-Hicks.

Há baixa freqüência das contrações de Braxton-Hicks e seu aumento é progressivo até o final da gestação. Segundo Kaiser (1953) essa freqüência é, aproximadamente, de 1 a 2 contrações por hora em torno da 28ª semana. Estas contrações formam o segmento inferior e colocam o feto em posição. Durante a gestação, em situação normal, o tônus permanece em torno de 03 a 08 mmHg.

3) Período de Pré-Parto

Após 30 semanas, a atividade uterina aumenta vagarosa e progressivamente. Neste período que dura de 4 a 8 semanas, a contratibilidade uterina aumenta e se modifica até adquirir os caracteres próprios do parto. Efetua-se o aumento de forma gradual e progressiva, cada vez mais rapidamente à medida que se aproxima a 40ª semana. As contrações Braxton-Hicks aumentam progressivamente, em freqüência e em intensidade, ao mesmo tempo que melhora a sua coordenação e se difundem por região cada vez maiores do útero.

Entre as contrações de Braxton Hicks ainda registram-se as pequenas contrações que diminuem gradualmente ao aumentar a freqüência de Braxton Hicks. O tono uterino alcança valores próximos a 8mmHg.

3.1) Início do 1º período do Trabalho de Parto = Dilatação

O motor do parto é o músculo uterino. A função motora do útero é a de encurtar o segmento superior a exercer tração longitudinal no segmento inferior.

Considera-se o início do trabalho de parto quando a dilatação atinge 2 cm, estando em atividade uterina compreendida entre 8 a 10 mmHg. Não existe quase diferença entre as contrações do período de pré-parto para o início do trabalho de parto. Entre ambos produz-se transição gradual e progressiva, caracterizada pelo aumento da intensidade e a frequência das grandes contrações.

No começo do período de dilatação, as contrações tem, como mínimo, a intensidade de 25 mmHg e a frequência de 2 contrações em 10 minutos.

O tono fora das contrações está aproximadamente em 8 mmHg. Ocorre maior duração e intensidade da contração próximo ao seu ponto de origem, com intensidade decrescente das contrações a medida que se aproxima do colo, em sentido descendente.

Período de Dilatação:

A medida que a dilatação cervical progride, a intensidade e a frequência das contrações aumenta até alcançar, quando a dilatação, esses completa, valor médio de 40 mmHg com uma média de 4 a 5 contrações em dez minutos.

A intensidade das contrações oscila entre 30 a 45 mmHg. A intensidade mínima necessária para a dilatação cervical é de 15 mmHg, que correspondem ao início do trabalho de parto.

As contrações abrangem todo o órgão em 10 a 20 minutos e atinge seu acme em 40 a 60 segundos. O relaxamento é mais lento e dura de 60 a 120 minutos.

A posição da parturiente tem nítida influência, sobre a dinâmica uterina. Em decúbito dorsal é maior a frequência das contrações e sua intensidade é menor que, quando a parturiente está em decúbito lateral. Nesta o feto é beneficiado pois ocorre a descompressão da aorta abdominal e conseqüentemente aumenta o fluxo placentário e urinário. Se a parturiente permanece em decúbito lateral esquerdo ocorre descompressão da veia cava inferior e a gestante sente-se mais confortável.

3.2) Período Expulsivo

Depois de completada a dilatação cervical, a frequência das contrações aumenta, alcançando valores médios de 5 contrações em 10 minutos e sua intensidade aumenta para valores médios de 50 mmHg.

Neste período a parturiente apresenta puxos que são contrações violentas dos músculos abdominais (esforços expiratórios forçados com a glote fechada).

Os puxos causam elevações rápidas e curta duração da pressão intra abdominal, que se transmitem à intra-uterina.

O desejo de esforçar-se é desencadeado pela distensão da vagina e do períneo, produzida pelo inferior do feto, que desce impulsionado pela contração uterina, é por este motivo que os puxos se efetuam durante uma contração uterina e próximo do acme da mesma, desta forma as pressões desenvolvidas pelos músculos abdominais e pelo miométrio, são somados alcançando a cifra de 100 mmHg.

Descida e expulsão do feto

A parte inferior do útero é sustentada na pelve através de ligamento e outros meios de fixação e as contrações uterinas ao encurtarem as paredes do órgão, empurram necessariamente o feto para a pelve, fazem-no penetrar nela e finalmente expulsam-no para o exterior.

Os puxos contribuem muito na expulsão fetal.

3.3) Secundamento

Imediatamente após o nascimento do feto ocorrem fortes contrações rítmicas, em continuação as contrações do parto sem que haja interrupção da dinâmica. A frequência das contrações diminuem progressivamente com elevações da pressão placentária no valor médio de 50 mmHg. Essas contrações são indolores e costumam passar despercebidas. Tem efeito sobre a placenta pois o útero encurtando, causa a separação da placenta de sua inserção na parede uterina. Geralmente são duas ou três contrações que descolam a placenta e que ocorrem em torno de 6 a 10 minutos.

4) Puerpério

Após a dequitação iniciam as contrações uterinas que tem por objetivo coibir hemorragia no sítio da inserção placentária, onde a hemostasia depende fundamentalmente do tono uterino das contrações e do conseqüente encurtamento do útero puerperal.

Nas primeiras 12 horas as contrações são mais espaçadas com freqüência em torno de uma a cada 10 minutos.

3.8. A Indução Do Parto

Rezende (1992, 177-80), chama parto induzido ao iniciado artificialmente. A indução pode ser *terapêutica ou eletiva*. Terapêutica se praticada após 28 semanas, em benefício materno ou fetal, e eletiva quando realizada por conveniência da paciente ou para atender indicações de fortuna.

São contra-indicações para a indução do parto: desproporção cefalopélvica, gestações múltiplas, apresentações anômalas, úteros anteriormente cesariados ou miomectomizados, grande multiparidade. Na indução eletiva exige-se ainda todo um conjunto de circunstâncias altamente favoráveis: prenhez de termo, cabeça insinuada e colo maduro (centrado, amolecido, dilatado para 2 cm e apagado em, no mínimo, 50%).

Os métodos de indução devem promover contratilidade uterina semelhante à do parto normal.

Indução com a ocitocina

É utilizada a ocitocina sintética, por via intravenosa, em infusão contínua.

Clinicamente, resposta satisfatória à ocitocina é caracterizada pela presença de contrações que duram entre 50 a 70 segundos (boa intensidade), exibem freqüência de 3-4/10 minutos e mostram bom relaxamento uterino (tono normal).

Indução das prostaglandinas

As prostaglandinas $F_{2\alpha}$ e E_2 ($PGF_{2\alpha}$ e PGE_2) são utilizadas com êxito, na indução do parto, em prenhez humana de termo.

Doses abortíferas 10 vezes superiores às necessárias para provocar o parto de termo, revelam assustadora freqüência de náuseas, vômitos, diarréias, hipertemia, com a $PGF_{2\alpha}$ e flebite, com a PGE_2 .

Indução pela Rotura das membranas

A indução cirúrgica pela amniotomia só é indicada quando o colo está maduro e a apresentação insinuada. Condições encontradas no termo da prenhez. A rotura das membranas é sempre precedida de seu descolamento, na maior extensão possível. Rompe-se, a seguir, o saco amniótico, com um instrumento adequado, após o que se eleva à apresentação, permitindo-se o escoamento do líquido.

O grande inconveniente do método reside na possibilidade de período latente (entre a indução e o início do parto) longo, com o risco de infecção amniótica. O prolapso do cordão e a prematuridade são complicações de monta.

3.9. Mecanismo Do Parto

O mecanismo, mecânica ou física do parto, conforme Santos (SD), é a seqüência de fenômenos passivos que o feto sofre no decurso da passagem pelo canal pelvi-genital.

Do ponto de vista do mecanismo do parto, o feto é o objeto, que percorre o trajeto (duro = bacia óssea e mole = segmento inferior do útero, cérvix, vagina e região vulvogenital), impulsionado por um motor (contração uterina).

Alguns aspectos sobre a atitude fetal facilitam o entendimento do mecanismo do parto: na sua atitude habitual (gestação) de flexão da cabeça sobre o tronco e de entrecruzamento dos membros também se dobram (coxas sobre bacia), o feto toma a forma de ovóide. Este composto de dois segmentos: da forma ovóide cefálico (cabeça) e ovóide córmico (tronco e membros). No trabalho de parto e, principalmente após a ruptura das membranas, a atitude do feto se modifica. Nessas condições, pela expansão do segmento inferior e pela incorporação do colo ao segmento, o útero passa da forma globosa para cilíndrica, que obriga o feto a endireitar o tronco, diminuindo a sua flexão de maneira a se constituir um "cilindro", formado pela cabeça fletida sobre o tronco, com as pequenas partes a ele mais aconchegadas. Nesta atitude o "cilindro fetal" apresenta regiões de flexibilidade desigual: na região cervical a movimentação é mais fácil no sentido ântero-posterior, e no tronco há maior facilidade de movimento no sentido lateral.

No seu transcurso através do canal parturitivo, impulsionado pela contratilidade uterina e pela contração da parede abdominal, o feto é compelido a executar um certo número de movimentos passivos que procuram adaptá-lo às diferentes formas do canal. Com eles os diâmetros fetais se reduzem e se acomodam aos pélvicos.

O mecanismo do parto possui características gerais constantes, mas que variam em seus pormenores, de acordo com o tipo de apresentação e morfologia da pelve.

Os tempos de mecanismo não são independentes um dos outros, mas solidários, antes de terminar um já começa o seguinte, fundindo-se todos em um movimento harmônico de espira que propulsa e faz rodar a cabeça fetal.

Tempos do mecanismo do Parto nas apresentações Cefálicas fletidas

Para análise minuciosa alguns autores como Rezende (1982) e Martins (1982) dividem em 6 tempos:

1) Encaixamento ou insinuação: é a passagem da maior circunferência da apresentação através do anel do estreito superior. Para que se processe a insinuação é necessário haver redução dos diâmetros da cabeça, através da substituição dos maiores diâmetros pelos menores, e isto é realizado graças aos movimentos de flexão da cabeça. É necessário também uma inclinação lateral, para que a cabeça possa transpor o estreito superior, afim de que uma das metades do crânio desça antes da outra. Essa inclinação lateral tem o nome de assinclitismo.

Diz-se que a insinuação está completa quando o ápice da cabeça no plano das espinhas ciáticas (plano 0 - De Lee).

2) Descida: completando a insinuação, a cabeça desce da bacia até as proximidades do assoalho pélvico. Até aí mantém a mesma atitude e conserva o mesmo sentido, apenas exagerando um pouco a flexão. A descida, em realidade, se processa desde o início do trabalho de parto e só termina com a expulsão do feto.

Para determinar-se o grau de descida (pelo toque vaginal) é usualmente utilizado o processo de De Lee, que toma como ponto de partida o plano que passa ao nível das espinhas ciáticas, designado-o Plano 0. Acima desse plano a cabeça está em plano -1, -2, -3, -4 ou -5 cm e abaixo dele, a cabeça está em plano +1, +2, +3, +4 ou +5 cm.

3) Rotação interna da cabeça: a cabeça fetal distende e dilata o conjunto de músculo aponeurótico que compõe o diafragma pélvico e sofre movimento de rotação que levará a sutura sagital a se orientar no sentido anteroposterior da saída do canal. Geralmente a cabeça roda na direção em que irá colocar o occipital em direção à sínfise púbica. E simultaneamente ocorre a penetração das espáduas através do estreito superior da bacia.

4) Desprendimento da cabeça: após o movimento de rotação da cabeça, o suboccipital vai se colocar sob a arcada púbica; a sutura sagital orienta-se em sentido anteroposterior.

Devido a curvatura inferior do canal do parto o desprendimento se processa por movimento de deflexão. A nuca do feto toma apoio na arcada púbica e a cabeça movimenta-se em torno desse ponto, ocorrendo o desprendimento completo do polo cefálico.

Segundo Delascio (1981) o desprendimento da cabeça ocorre porque, ao chegar à vulva, ela é solicitada por duas forças que atuam no sentido convergente, uma a contração uterina, propulsora no sentido de menor resistência, ou seja a fenda vulvar, e outra, a contrapressão do períneo.

5) Rotação externa da cabeça e rotação interna das espáduas: após o desprendimento da cabeça que está livre no exterior, ocorre um ligeiro movimento de flexão, pelo seu próprio peso e vai executar rotação de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{8}$ de circunferência, voltando o occipital para o lado onde se encontrava na bacia. Este movimento é simultâneo à rotação interna das espáduas, por ela causada, e conhecido como “restituição”(faz voltar o occipital à orientação primitiva).

As espáduas também sofrem movimento de rotação, quando chegam ao assoalho pélvico até orientar o biacromial no sentido anteroposterior da saída do canal. O ombro anterior vai se colocar sob a arcada púbica, o posterior, em relação com o assoalho pélvico, empurrando para trás o coccige materno.

6) Desprendimento das espáduas: a espádua anterior transpõe a arcada púbica e aparece através do orifício vulvar. Para o desprendimento do ombro posterior, tendo que acompanhar a curvatura do canal, o tronco irá sofrer movimento de flexão lateral, continuando a progredir em direção à saída, com o tronco fletido lateralmente, desprende-se a espádua posterior. O restante do feto não apresenta resistência para o nascimento.

3.10. Períodos Clínicos do Parto

De acordo com Santos (SD), na evolução clínica do parto, distinguem-se três períodos ou fases: de dilatação, da expulsão, e da dequitação ou secundamento. A estes se aduz um quarto período, dito de Greenberg, que corresponde à primeira hora do puerpério.

1. Primeiro Período - Dilatação Cervical

O período de dilatação é o tempo que transcorre desde o início das contrações uterinas regulares até a dilatação completa do colo (10 cm de dilatação).

Segundo Delascio e Guariento (1981), a dilatação do colo, também chamada de cervico-dilatação, 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 compreende dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do colo, que consiste na sua incorporação ao segmento inferior, e a dilatação propriamente dita. Na

primíparturiente, em primeiro lugar ocorre o apagamento do colo, e depois a dilatação do orifício externo. Na múltipara, o esvaecimento e a dilatação ocorrem simultaneamente.

Este período é subdividido em duas fases: fase latente e fase ativa.

- Fase Latente: de duração variável, podendo em primíparas levar em média 8,6 h., e em múltiparas 5,3h. (Ziegel e Cranley, 1980). Caracteriza-se pela lenta dilatação do colo uterino, até os 3 cm.

- Fase Ativa: período de dilatação rápida, em primípara a subida da fase ativa atinge em média 3,0 cm/hora e não menor do que 1,2 cm/hora. Nas múltiparas, a dilatação progride numa média de 1,5 cm/hora (Ziegel e Cranley, 1980). Esta fase inicia geralmente após os 3 cm de dilatação.

Compõe-se de três fases distintas: de aceleração, quando a dilatação cervical vai de 2,5 ou 3 cm para 4 cm; uma fase de máxima ascensão entre 4 e 9 cm, durante o qual o colo dilata-se mais rapidamente; e uma fase de desaceleração, quando o ritmo de dilatação diminui um pouco à medida que se aproxima da dilatação completa.

Bolsa das águas

À medida que amplia-se a cervicodilatação, cria-se um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico, tumefazendo as membranas ovulares (âmnio e cório). Desse modo, forma-se a bolsa das águas que insinua-se a princípio no orifício interno do colo e, depois, no externo. Sua forma dependerá da quantidade de líquido que ficar retido entre a apresentação, e as membranas podendo ser: bolsas chatas, cilíndricas, globosas ou piriformes. A amniotomia, com saída parcial do líquido amniótico, dá-se, por via de regra, no final da fase de dilatação, podendo porém ocorrer, precocemente, ou só ao completar-se o segundo período.

A rotura comumente ocorre na região central, no ponto mais absoluto, podendo também incidir, em zona mais alta (rotura alta).

Segundo Rezende (1991), no tocante a cronologia as roturas

já eram consideradas pelos antigos como: “prematuros” (antes do início do trabalho de parto), “precoces” (ao começo dele), “oportunas” (durante a fase final da dilatação) e “tardias” (no momento da expulsão do feto). São ainda, “espontâneas”, “provocadas” ou “artificiais” e “intempestivas”(quando acarretam prolapsos, procidência de cordão).

Pelo geral, facilmente se faz o diagnóstico da rotura das membranas. O escoamento do líquido amniótico é abundante, repentino e quase sempre apontado pela paciente. Ao toque, empurrando-se a apresentação levemente para cima, jorra o líquido amniótico e se tiverem intactas as membranas, ele se acumula entre essas e o polo fetal. A presença de vérnix gaseoso ou de mecônio, na vagina ou na vulva também prova o rompimento das membranas. Quando o fluido é vermelho escuro ou achocolatado indica feto macerado ou sangramento na cavidade uterina; tinto de mecônio ou esverdeado, indica sofrimento do feto presente ou já ocorrido.

2. Segundo Período - Expulsão

O período expulsivo é a fase do parto compreendida entre a dilatação completa do colo e a completa expulsão fetal.

Há alguns fenômenos que caracterizam o final do primeiro período do trabalho de parto, tais como:

- contrações uterinas de 4 a 5 a cada 10 minutos, com 50 mmHg, e com 45 a 70 segundos de duração.

- a apresentação está insinuando no canal de parto, podendo se encontrar no estreito inferior.

- a apresentação fetal exerce pressão sobre as paredes vaginais, sobre o perineo e especialmente sobre o ânus. A parturiente manifesta vontade de fazer força, ou seja, percebe a vontade de evacuar (puxos), pela contração da musculatura abdominal.

- completaram-se 10 cm de dilatação cervical.

- ocorre abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, a vulva se entreabre e se dilata lentamente, deixando-se penetrar pela apresentação.

Durante o ato parturitivo a parturiente é colocada em posição ginecológica e em decúbito dorsal e/ou vertical, se a mesa obstétrica permitir este último. A técnica a ser utilizada é assepsia cirúrgica. São requeridos manuseios calmos, sem muita agitação com os equipamentos e materiais obstétricos, para evitar aumento da ansiedade da parturiente.

Solicita-se calma e colaboração à parturiente para que o parto desenrole com o máximo êxito.

À princípio as contrações dos músculos abdominais são controlados espontaneamente. A mulher é capaz de aumentar a força delas fazendo uma respiração profunda, fechando os lábios, prendendo a respiração, firmando os pés, fazendo força, tracionando algo com as mãos, e fazendo pressão com toda a força, isto é, "forçando para baixo". Tais atos forçam o diafragma para baixo, isso aumenta a pressão abdominal, e desse modo a pressão sobre o útero. O ato de fazer força para baixo é idêntico aquele envolvido no processo de defecação, mas deverá ser muito mais intensificado para ser eficaz em mover a criança através do canal do parto.

O período expulsivo deve ser auxiliado, na medida do possível, para não ser postergado.

A anestesia do períneo é locorreginal - bloqueio troncular do nervo pudendo interno (ponto de reparo - extremidade da espinha ciática), infiltra-se a metade inferior da vulva, a fascia, os levantadores do ânus e a cunha perineal em forma de leque, e com posterior episiotomia médio lateral direita ou esquerda que é efetuada em quase todas as parturientes na nulípara é efetuada de rotina e se feita uma vez é repetida em partos subsequentes. Nas, que partejam prematuramente também é efetuada, ainda que o feto seja pequeno e de pouco peso, com objetivo de protegê-lo pois é imaturo, poupando-o durante o desprendimento através de um canal parturitivo mais alargado e aberto. A episiotomia é efetuada,

com a finalidade de evitar traumatismos materno-fetais. Na mãe é poupado o períneo de roturas e lascerações, hemorragias e no feto ocorre maior proteção de seu cérebro em relação a hemorragia intracraniana e outros problemas. O período expulsivo é abreviado o que beneficia o binômio materno-fetal e a médio e longo prazo é feita a profilaxia de prolapsos gênitopélvicos.

No desprendimento da cabeça fetal a proteção do períneo cumpre três finalidades:

- facilitar a passagem do feto em posição favorável (flexão).
- deixar sair lentamente a cabeça, com o fim de evitar uma descompressão súbita ou brusca, com perigo de hemorragia cerebral.
- Proteger a episiotomia ou o períneo de uma ruptura.

3. Terceiro Período - Dequitação ou secundamento

Secundamento, ou terceiro período do parto, também chamado dequitação e delivramento, é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais.

O secundamento consta de três tempos:

- Descolamento - Este decorre, essencialmente, da retração do músculo uterino após o parto, e em consequência de suas contrações. Assim reduz-se de forma acentuada, a superfície do útero, pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que ocasiona o seu descolamento.

A decídua cede e se desloca ao nível da camada esponjosa, arrastando consigo a camada compacta.

A separação da placenta nos limites de camada esponjosa se explica por esse mecanismo e, também pela existência de processos degenerativos e necróticos que aí iniciaram nas últimas semanas de gestação.

O descolamento da placenta pode efetuar-se sob duas modalidades: 1) mecanismo de Baudelocque Schultze; 2) de

Baudelocque Durcan.

O mecanismo de Baudelocque Schultze, cuja freqüência é de 75%, se dá quando a placenta estiver inserida na parte superior do útero e se desprende pela face fetal, em forma de guarda-chuva invertido. Nesse mecanismo o hematoma retroplacentário inicia-se no centro de inserção e fica prisioneiro da massa placentária, o que explica sua saída posterior à saída da placenta.

O mecanismo de Baudelocque Durcan, ocorre em 25% dos casos e a placenta localiza-se na parede lateral do útero, e a inserção começa pela sua borda inferior. Aqui o sangue se exterioriza antes da placenta que por deslizamento, se apresenta ao colo, pela borda ou face materna.

Assim a placenta se descola e cai no segmento inferior, momento que se completa com a descida.

O descolamento das membranas se faz, por ação das contrações e pelo preeciamento do útero e subsequente com a queda e descida da placenta.

Descida: A permanência das contrações uterinas e a possível ação da gravidade condicionam a descida placentária que se cumpre de acordo com a modalidade do deslocamento, a localização placentária e a menor ou maior facilidade com que se desprende as membranas. Do corpo uterino a placenta passa para o segmento inferior que se distende, percorre a cérvix e cai na vagina.

Expulsão ou Desprendimento: No canal vaginal provoca nova sensação de “puxão” determinando esforços abdominais semelhantes ao do segundo período do parto, responsáveis pela expulsão do órgão para o exterior. A posição horizontal da paciente no parto prejudica de tal sorte o 3º período, obrigando a necessidade de interferências obstétricas.

No local, onde estava inserida a placenta forma-se uma ferida cruenta com vasos abertos, dando saída a certa quantidade de sangue até se oblitarem os vasos, pelas ligaduras vivas de Pinard, e

pela retração uterina.

A hemostasia é assegurada pela retração uterina que promove a oclusão dos vasos da porção muscular, constituindo o que Pinard chamou de ligaduras vivas.

O miotamponamento é seguido de trombotamponamento. Ocorre neste tempo, obliteração por trombose dos vasos uteroplacentários, segundo (Greenberg).

Aspectos Clínicos

Logo após a expulsão fetal o útero sofre mudança na forma e na posição; apresenta-se arredondado à altura da cicatriz umbilical. Ocorrido o descolamento da placenta, ele sobe, se desvia a esquerda e se apresenta achatado no sentido antero-posterior; com a expulsão da placenta ele se encontra abaixo da cicatriz umbilical.

A altura e a consistência do útero deve ser acompanhada no decorrer do secundamento, porque representam dados de importância clínica, podendo exprimir fenômenos normais ou patológicos. Com atenção especial a formação do “globo de segurança”, percebido por Pinard, útero de consistência lenhosa permanente.

Sinais clínicos relativos ao cordão umbilical

- rotação e descida progressiva do cordão, movimentos solitários ao ocorrido com placenta.

- sinal de febre: não transmissibilidade, à mão que palpa o útero, das trações e exercidas sobre o funículo.

- sinal de Kustner: elevando-se o útero com a mão, o cordão, se eleva, se a placenta está aderida, ou permanece imóvel, se descolada.

- sinal de Strassman: o descolamento completo da placenta pode ser apreciado pela transmissão (presente ou ausente) de ligeiros movimentos de percussão do fundo do útero ao cordão umbilical.

- sinais da placenta: é a sensação de peso no reto, percebida pela paciente, indicativa de se haver ocorrido o descolamento e

descida da placenta.

Diagnosticada a descida da placenta, deve ser recebida, torcendo-se no sentido axial (manobra de Jacob Dublin), de modo que as membranas se disponham em fuso, facilitando seu desprendimento completo.

4. Quarto Período - Greenberg

A primeira referência a um quarto período se deve a Leff (1939), que o limitava entre o término da dequitação e o retorno da paciente ao leito. Greenberg (1946) propôs limitar este tempo para a primeira hora que se segue à dequitação.

Greenberg considera a 1ª hora após o parto o período mais perigoso porque este é considerado coberto pelos recursos terapêuticos, daí resultar um certo abandono da paciente pela equipe de saúde.

O 4º período tem fases típicas a caracterizá-lo:

1ª Miotamponagem: imediatamente após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre a pube e o umbigo.

A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constitui-se a primeira linha de defesa contra a hemorragia.

Em múltiparas e mesmo em primíparas quando submetidas à anestesia profunda, tal estágio pode ser muito transitório e o útero novamente subir até o umbigo ou um pouco acima.

2ª Trombotamponagem: é a formação de trombos aderentes nos vasos uteroplacentários constituindo hematoma intra-uterino que recobre de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário.

3ª Fase de Indiferença Mio-Uterina: o útero se torna apático e do ponto de vista contrátil apresenta fases de contração e de relaxamento com risco de cavidade uterina encher-se de sangue. Nas grandes múltiparas com primeiros períodos de partos

prolongados, nas de parto muito rápido e nas com excessiva distensão uterina, a fase de indiferença mio-uterina tende a ser maior.

4ª Contração uterina fixa: Normalmente após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

Exame Da Placenta E Dos Anexos Oculares

Expulsa a placenta, procede-se sua inspeção: colocando sobre a mesa, e com face materna, voltada para cima, afastam-se as membranas e removem-se os coágulos da superfície.

- Face materna: a retenção de um ou mais cotilédones, traduz-se por falha na massa placentária com nítida depressão. Observa-se as bordas com objetivo de descobrir a rotura do seio marginal ou cotilédones suplementares.

- Face Fetal: Verifica-se o ponto de inserção do cordão e a integridade do âmnio que, estando desprendido, deve ser reconstituído até cobrir a massa placentária.

- Membranas: deve-se pesquisar o orifício da rotura, apreendendo com a mão o cordão e suspendendo com a mão a massa placentária. Procura-se reconstituir a câmara amniocorial. Na impossibilidade ainda há, provavelmente restos retidos.

Assistência

Segundo Rezende (1991), depois da expulsão da placenta - deve-se fazer a antissepsia dos genitais externos, inspecionando-se cuidadosamente a vulva, a vagina e o colo, procurando descobrir roturas ou lacerações que devem ser suturadas assim como episiorrafia, assepticamente e sob anestesia. Verificar se o globo de segurança de Pinard está formado. Caso persista certo grau de flacidez, pode-se aplicar ocitócitos, via intramuscular ou venosa (derivados do esporão de centeio, ocitocina), para evitar hemorragia pós-secundamento, por hipotonia.

Neme (1982), destaca a importância da vigilância do estado

geral da puérpera (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura), e em particular o pulso e a pressão arterial. Sugere como rotina a permanência em setor de recuperação (Centro Obstétrico ou Centro Cirúrgico) por duas horas ou mais para todas as recém-paridas.

Nesse ambiente, além da vigilância do estado geral estar melhor assegurado, impõe-se controlar a hemostasia uterina pela ausência de hemorragia vaginal e pela comprovação de boa retração uterina.

Estabilizado o estado geral e assegurado a hemostasia uterina, as pacientes poderão ser removidas para seus aposentos, após o mínimo de duas horas, quando o trombotamponamento uterino estará assegurado.

Reparação imediata do períneo

Ultimado o parto e feita a revisão do canal, inicia-se a episiorrafia.

1º repara-se a mucosa vaginal com sutura contínua ou com pontos separados. A sutura inicia pelo ângulo superior da incisão.

2º os músculos são aconchegados com pontos separados, em um ou mais planos.

3º a pele é aproximada com pontos separados, que são absorvidos espontaneamente como os demais planos.

3.11. Assistência de Enfermagem nos Quatro Períodos do Parto

Santos (SD), descreve que segundo Ziegel e Cranley (1981), a (o) enfermeira (o) que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve possuir habilidades no que tange aos cuidados fisiológicos e técnicos, bem como uma visão humanística. Pois neste momento a mulher experimenta algumas das mais chocantes emoções humanas, incluindo estupefação, expectativa, dúvida, incerteza ou temor. Associado a essa experiência, a mulher está igualmente sofrendo dores que, com freqüência, levam-na a exaustão.

O encorajamento e a confiança transmitidos por uma enfermeira compreensiva podem ter uma influência marcante, na redução da tensão emocional e do desconforto físico do trabalho de parto. Principalmente quando se dá a mulher oportunidade de discutir seus sentimentos, fazer indagações, expressar seus temores, transmitindo coragem e confiança.

Além disso, deve-se assistir a família, mantendo-a orientada sobre as condições da mulher e compreender a ansiedade dos familiares.

O conhecimento e a perícia da (o) enfermeira (o) são importantes para o acompanhamento seguro do trabalho de parto, pois com freqüência é responsável por grande parte da assistência prestada durante o primeiro estágio, podendo assim identificar precocemente sinais de risco materno e/ou fetal. É também responsável, muitas vezes, pelo preparo, adequação do material a ser utilizado no trabalho de parto e parto, pelo auxílio a obstetra no momento do parto ou pelo próprio atendimento.

Dilatação

a) Atividade

- Orientar a parturiente a deambular, pois o trabalho de parto se torna mais curto, por motivo da melhor atividade uterina, e as pacientes necessitam menos analgésicos e ocitócitos quando se movimentam ativamente.

- orientar a parturiente para sentar ou deitar em decúbito lateral (esquerdo ou direito), quando sentir necessidade, para evitar a fadiga.

- orientar a parturiente a permanecer em repouso no leito quando receber drogas sedativas ou analgésicas.

- orientar a parturiente a permanecer em repouso no leito no caso de ruptura das membranas com apresentação alta pelos riscos de prolapso de cordão, ou ainda nos casos:

- * de trabalho de parto prematuro;

- * de apresentação ou oposição viciosa do feto;

- * de Doença Hipertensiva Específica Da Gravidez (DHEG);

- * de sangramento vaginal à esclarecer (suspeita de PP ou DPP).

- orientar para que a parturiente permaneça no leito e tente dormir, quando o trabalho de parto inicia-se à noite e não ocorre progressão, pois se sentirá menos cansada pela manhã

- respeitar a vontade da parturiente, com relação a deambulação ou repouso, sempre que possível, desde que não interfira no bom prognóstico do parto;

b) Posição:

- orientar a parturiente a adotar posição que considerar confortável, evitando a supina.

- orientar a parturiente sobre a contra-indicação da posição supina devidos aos riscos de compressão da veia cava pelo útero, o que poderá gerar redução do débito cardíaco e diminuição do fluxo da placenta para o feto.

- orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral: reduz desconforto na região dorsal, aumenta a oxigenação fetal pela descompressão da veia cava inferior, aumenta a perfusão renal e uterina, as contrações aumentam de intensidade e diminuem de frequência tornando-se mais eficientes.

c) Alimentos e líquidos

- orientar a parturiente sobre a sua dieta, isto é, não receberá

alimentos sólidos durante o trabalho de parto.

- oferecer líquidos (água, chá ou caldos) no início do trabalho de parto, quando não houver contra-indicação.

- manter dieta zero para a parturiente em indicação de cesárea ou parto sob anestesia.

- pode-se oferecer torrões de açúcar, pedras e gelos e picolé para aliviar o sabor desagradável da boca e como fonte de líquidos e calorias.

- molhar a boca da parturiente com algodão ou gaze embebida em água para evitar ressecamento da mucosa, quando não pode ingerir líquidos.

- nos casos de vômitos freqüentes ou trabalho de parto prolongado, providenciar hidratação parenteral para prevenir a hipoglicemia e a desidratação.

d) Cuidados com a bexiga:

- orientar a parturiente para urinar com freqüência, a cada duas ou três horas, evitando a distensão da bexiga.

- observar distensão vesical

- realizar cateterismo vesical se necessário, somente nos casos em que todas as manobras para micção espontânea não estimularem a eliminação da urina. Observar rigorosamente a assepsia e antissepsia, devido os perigos de infecção ascendente. A bexiga cheia, pode ser causa de dor aumentada durante as contrações e pode retardar a progressão da cabeça fetal.

e) Higiene pessoal:

- encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro quando houver necessidade e não for contra-indicação a sua saída do leito.

- orientar a parturiente ou ajudá-la a lavar o rosto, as mãos, pentear os cabelos, trocar a camisola.

- fazer lavagem externa asséptica ou dar banho de leito quando a parturiente estiver em repouso absoluto.

- estimular a parturiente e fazer sua higiene oral.
- trocar perineais sempre que estiverem molhados, especialmente após rotura das membranas.
- manter a cama da parturiente limpa e seca.

f) Controle dos Sinais Vitais:

Podem seguir a seguinte freqüência:

- * pulso - a cada hora, entre as contrações
- * pressão arterial - a cada hora entre as contrações
- * temperatura - a cada 4 horas, e paciente com bolsa rota a cada hora.
- * respiração - torna-se difícil controlar, principalmente na fase ativa.

O pulso e a respiração alteram-se pouco durante o trabalho de parto, uma freqüência de 100 batimentos por minuto é considerada como limite superior da normalidade.

g) Controle dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

As condições fetais são avaliadas a cada 30 minutos ou no máximo 1/1 hora pelo ritmo cardíaco. A ausculta do BCF deverá ser feita 20 segundos antes, durante e até 20 segundos após a contração, com o objetivo de detectar alterações do ritmo associadas às contrações. Alterações da freqüência cardíaca fetal na ausculta são indicativas de cardiocotografia intra parto.

h) Controle da Dinâmica Uterina

- verificar a dinâmica uterina de 1/1 hora, com a mão espalhada na altura do fundo do útero durante 10 minutos, registrando-se a freqüência e a duração das contrações.

i) Avaliação da Progressão Fetal - Toque Vaginal

- realizar o número de toques ao mínimo necessário, não existindo regras para a freqüência. A evolução clínica do parto ditará a conduta para os exames vaginais e que, sem apuro técnico são traumatizantes para os tecidos maternos, provocam edemas de

colo e propiciam infecção.

- observar os cuidados de assepsia: lavar as mãos, calçar as luvas esterilizadas, usar iodo aquoso ou outro antisséptico de luva.
- orientar parturiente para a posição ginecológica.
- manter a privacidade da parturiente durante o exame.
- orientar a parturiente sobre o exame e seu resultado.

O toque procura explorar, sucessivamente : vagina e os fundos-de-saco, colo (comprimento, dilatação, apagamento, posição e consistência); a bolsa das águas (presença, forma e tensão); e a apresentação (tipo, mobilidade, flexão, assinclitismo, variedade de posição e proporcionalidade com a pelve).

j) Atenção aos sinais de Perigo:

- observar sangramento vaginal, se é em filete ou em jato.
- distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor abdominal constante, inquietude, cefaléia, distensão do segmento inferior; hipertonia uterina.

Medidas gerais:

- * verificar sinais vitais
- * garantir veia calibrosa
- * manter o paciente em decúbito lateral
- * no caso de sofrimento fetal instalar oxigênio nasal por catéter.
- * solicitar avaliação médica.

Expulsão

- observar os sinais do período expulsivo
- realizar amniotomia, se necessário. Anotar no prontuário: hora, cor do líquido, odor e frequência cardíaca fetal.
- orientar a parturiente sobre o que está ocorrendo e levá-la para a sala de parto.
- colocá-la em posição ginecológica na mesa do parto.

- fornecer à parturiente base de apoio e orientação para o aproveitamento das contrações expulsivas.

- orientar a parturiente para fazer “força para baixo” prendendo a respiração e compressão abdominal, na hora da contração. Descansar e respirar tranquilamente após a contração, preparando-se para a seguinte.

- umedecer a face e secar o suor.

- encorajar seus esforços e apontar seus progressos

- observar loval da punção, caso esteja com fluidoterapia.

- providenciar anestésico para infiltração do períneo (xilocaína 1%), se necessário.

- controle do BCF no período expulsivo prolongado a cada 5 a 10 minutos.

- observar estado geral do recém-nascido, fazer ligadura do cordão umbilical e avaliar o Apgar do 1º minuto.

- prestar os primeiros cuidados para o recém-nascido: secá-lo, colocá-lo em berço aquecido, aspirar as secreções; identificá-lo com pulseira, impressão plantar; avaliar o Apgar do 5º minuto.

- colocar o recém-nascido junto à mãe e estimular o início precoce do aleitamento materno.

- encaminhar o recém-nascido para o berçário, após meia hora.

- comunicar os familiares sobre o nascimento e o estado da parturiente.

Dequitação

- observar os sinais de deslocamento da placenta, os sinais do cordão e placenta.

- observar e anotar o mecanismo de deslocamento da placenta.

- secar a placenta e examinar a face fetal, face materna, cordão umbilical e membranas, observando sua integridade.

- controlar sinais vitais.

- explicar a puérpera o que está ocorrendo e prepará-la para a episiorrafia.

Greenberg

- observar a presença do globo de segurança de Pinard.
- observar o sangramento vaginal.
- iniciar a episiorrafia. Para isto trocar de luvas, se possível, e colocar novo campo sob as nádegas da puérpera.
- controlar sinais a cada 15 minutos, desvios da variação normal exigem verificação a cada 5 minutos. A perda de sangue pode resultar em aumento de freqüência do pulso e respiração e queda pressão arterial. Estar alerta para a elevação súbita da pressão arterial e desencadeamento da DHEG.
- auxiliar a puérpera na transferência da mesa de parto para a maca.
- observar continuamente a involução uterina, altura do fundo uterino, consistência e forma.
- proporcionar condições para que a puérpera permaneça no Centro Obstétrico (ou sala de recuperação), na 1ª hora do pós-parto imediato, caso a rotina da instituição permita.
- trocar a sua camisola, perineais e providenciar seus pertencentes pessoais.
- levar a puérpera para a unidade de internação, após avaliação do seu estado geral.
- comunicar a enfermeira da unidade de internação sobre o estado da puérpera.

Obs: Estar alerta para os sinais de perigo: sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, queda de pressão arterial e aumento da freqüência do pulso. Diante deste quadro deve-se massagear o útero e colocar saco de areia, puncionar veia calibrosa, controlar pressão arterial e pulso, solicitar avaliação médica.

3.12. Assistência Imediata Ao Recém-Nascido

Conforme Rezende (1992, 203-04), a assistência imediata ao recém-nascido começa com o desprendimento da cabeça, quando se procede à limpeza da face.

Logo após o nascimento, a primeira atenção é tomada quanto ao estabelecimento da respiração. O recém-nascido normal respira e chora logo após o parto.

Aspiração das mucosidades. Com gaze esterilizada completa-se a limpeza do rosto da criança e, se houver secreções, a boca e as narinas serão cuidadosamente aspiradas com sonda de borracha mole para evitar traumatismo das mucosas. O recém-nascido será colocado com a cabeça mais baixa do que o corpo a fim de facilitar o escoamento das secreções.

Índice de Apgar. O índice de Apgar é utilizado para avaliar a vitabilidade do recém-nascido, informando, retrospectivamente, a higidez do feto e também as condições futuras do infante. Demais, indica a necessidade de reanimação e o tipo de procedimento empregado. Pelo geral as contagens são feitas no 1º e no 5º minuto. São considerados vigorosos os neonatos com índices de Apgar 7-10 e deprimidos os restantes.

Ligadura do cordão. Faz-se o esmagamento do cordão com duas pinças, mais ou menos a 4 cm de distância do abdômem. Antes do pinçamento deve-se proceder ao exame do funículo, para que se não esmague parte do conteúdo abdominal acaso ali localizada (hérnias).

O cordão é seccionado entre as duas pinças e a ligadura se faz com fio esterilizado, ou com um pequeno anel de borracha que constringe a extremidade distal do coto umbilical.

Profilaxia da oftalmia gonocócica (método de Credé). Será feita pingando-se 1 ou 2 gotas da solução de nitrato de prata a 1% nos olhos do recém-nascido. A solução deve ser recém-preparada e guardada em frasco escuro, com rolha de vidro; sob a ação da luz, torna-se irritativa para a conjuntiva ocular.

Identificação. A identificação será realizada na sala de parto, quando mãe e filho ainda se encontram nela. Usar-se-á bracelete nos punhos ou tornozelos, confeccionados com material à prova de água ou de óleos. No bracelete será escrito, com tinta indelével, o nome completo da mãe, sexo da criança, data e hora de nascimento. É aconselhável que a maternidade, além do sistema de identificação acima descrito, colha também as impressões plantares da criança e digitais da mãe, na mesma papeleta do registo de parto. No recém-nato a impressão plantar é mais fácil de ser colhida do que a palmar. A atual legislação torna obrigatória a obtenção das impressões plantares do recém-nascido.

Fenômenos plásticos no concepto. Sofre a apresentação, com freqüência, e para melhor se adaptar ao canal do parto, deformações e moldagens as mais variadas, segundo o tipo e as particularidades do polo, os contactos estabelecidos e as impulsões que recebe.

As transformações de estrutura tegumentar surgem nos vários segmentos do feto: cabeça, nádegas, ombros, etc.

A infiltração dos tegumentos do polo apresentado, invadido o tecido conjuntivo difuso por serosidade e sangue, tem o nome de bossa serossangüínea. É a pele rósea ou violácea, e limitada por tecido anormal. Forma-se pelas diferenças de pressão ocorridas, com dificuldades opostas à circulação de retorno nos tecidos que a compõem.

São as bossas saliência mole, pastosa, algumas vezes mais consistente, quase dura; quando cefálicas, seus limites não se detém nas fontanelas ou suturas, invadindo inteiramente a apresentação e configurando, pelo inusitado tamanho, outra cabeça (capu succedaneum), a mascarar os pontos de reparo dela, com os inevitáveis erros de diagnósticos decorrentes.

Os infiltrados serossangüíneos, independentemente de sua localização, reabsorvem-se, pelo geral, 48 horas após o parto.

3.13. Puerpério Normal

Denomina-se puerpério, o período que vai do término do parto ao retorno das condições normais do trato genital, e se refere às seis ou oito semanas até o parto.

O puerpério divide-se em:

- a. Imediato: do 1º ao 10º dia pós-parto.
- b. Tardio: do 10º ao 45º dia pós-parto.
- c. Remoto ou Longínquo: do 45º dia pós-parto em diante.

Maldonado (1984), relata que: “os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A puérpera sente-se em geral debilitada e confusa, principalmente quando o parto é feito sob narcose. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, esta última podendo atingir grande intensidade.

Devido às conseqüências indesejáveis da separação precoce entre mãe e bebê, alguns hospitais permitem o estabelecimento do sistema de alojamento conjunto *rooming-in* - o bebê permanece no quarto com a mãe que cuida dele e geralmente dispõe de ajuda de enfermeiras. O alojamento conjunto tem a grande vantagem de evitar a separação de mãe e filho numa época tão crucial para a consolidação do vínculo materno-filial. Para a primípara, seu grande valor é permitir uma aprendizagem eficiente e supervisionada do manejo do recém-nascido, numa sociedade em que - abolidas as grandes famílias - é muito raro que a nulípara já tenha tido a experiência de cuidar ou de ver alguém cuidando de um bebê. Portanto, o alojamento conjunto pode ser considerado como uma etapa na preparação para o período de pós-parto, com o

objetivo de satisfazer as necessidades físicas e emocionais da proximidade e contato entre mãe e filho”.

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivididos em:

a. Fenômenos Involutivos ou Regressivos:

- Involução Uterina.

Imediatamente após a dequitação, o corpo uterino forma um tumor muscular duro, que fica a meio caminho entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica. O útero involui, segundo a bibliografia, 0,7 a 1,5 cm por dia, apesar de, na prática, constatar-se ser esta involução mais rápida.

Nos dias subsequentes ao parto, o útero diminui rapidamente de tamanho, de modo que, no 10º dia já não se palpa o mesmo acima da sínfise púbica, atingindo seu tamanho normal em 5 ou 6 semanas. O peso uterino após o parto é de 1000g, uma semana depois 500g e, no fim do puerpério, de 40 a 60g.

Aceita-se que a involução uterina é devida a um processo de autólise do constituinte proteico uterino, que é absorvido e eliminado pela urina.

O número de células pouco diminui, mas seu tamanho passa de 210 micra para 24 micra.

Existe simultaneamente, um aumento do tecido fibroso que determina uma diminuição da capacidade contrátil do útero e maior tendência à rotura, a cada nova gestação.

A separação da placenta ocorre na porção externa da camada da decídua. Segundo Willians, a involução na zona de inserção placentária ocorre pelo crescimento do tecido endometrial vizinho, por baixo da zona de inserção. Após o parto, o local da implantação da placenta fica reduzido a uma área irregular e elevada, do tamanho da palma da mão.

Após a segunda semana, essa área está reduzida a 3 ou 4 cm de diâmetro, e no fim do puerpério, a 1 ou 2 cm.

Os transtornos do reestabelecimento normal nessa regeneração conduzem, às vezes, a uma subinvolução uterina e

hemorragias puerperais tardias, constituindo patologia puerperal.

- Loqueação

A produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descamados e sangue, e que escoam pelo trato genital, dá-se o nome de Lóquios.

Os lóquios são sanguinolentos nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto, depois tornam-se serosanguinolentos até aproximadamente o 7º dia e por fim serosos, a quantidade do fluido loquial eliminado tem sido objeto de numerosas mensurações de volume, sem que se chegasse a um consenso, tais as variações individuais registradas. Supondo-se que na primeira semana o fluxo alcance a 500 ml.

Os lóquios possuem odor característico. Qualquer patologia do endométrio, colo ou vagina altera as características dessa secreção, tanto na cor, como na quantidade ou odor.

Processos infecciosos conferem-lhe caráter purulento, com odor fétido. A loquimetria (repressamento do lóquio), é situação clínica temerosa, predispondo à infecção puerperal.

b. Fenômeno Evolutivo ou Progressivo: Lactação.

- Lactação

A lactação na espécie humana é um fenômeno que envolve o sistema nervoso, o sistema endócrino e aspectos psicológicos, e está dividida em três estágios:

1. Mamogênese: compreende o desenvolvimento da mama, que tem início na puberdade. Durante os ciclos menstruais, o hormônio estrógeno estimula o crescimento do estroma e do sistema de ductos, além da deposição de gorduras que oferece massa ao seio. Associado ao estrógeno, o desenvolvimento mamário depende também de hormônios de crescimento e corticóides. Durante a gravidez, a ação da progesterona promove a expansão dos alvéolos mamários, cujas células apresentam características secretoras.

2. Lactogênese: logo após o parto, o lobo anterior da hipófise começa a produzir o hormônio prolactina, que agindo sobre a

glândula mamária estimula a secreção de leite. Geralmente, o leite não flui da glândula em seguida, sendo necessário determinado período para que apareçam as primeiras secreções. Neste momento, o seio torna-se túrgido, doloroso, com veias transparentes, constituindo a chamada APOJADURA ou descida do leite.

3. Lactopoiese: corresponde a última etapa da lactação, ou seja, o afluxo do leite até o mamilo e o seu fluxo para o exterior, é a EJEÇÃO LÁCTEA, produzida pela excitação reflexa da hipófise posterior, resultando na secreção do hormônio ocitocina, provocando contração das células minepiteliais, promovendo a saída do leite.

A formação do leite ocorre no intervalo das mamadas, ficando o leite armazenado até o esvaziamento seguinte, com trinta segundos a um minuto de sucção, o leite já começa a escorrer no seio sugado e também no oposto.

A simples sucção do seio, pelo lactente, desencadeia a secreção dos hormônios prolactina e liberação da ocitocina. O hormônio ocitocina também age sobre a musculatura uterina e a contrai, diminuindo a estase sangüínea na cavidade uterina, e em conseqüência, a probabilidade de infecções puerperais.

O aleitamento retarda o aparecimento da menstruação. Nas múltiparas, o retorno da menstruação, dentro dos três primeiros meses é mais freqüente que nas primíparas. A amenorréia da lactação é devida provavelmente ao hormônio hipofisário, prolactina.

Devido a ausência de ovulação em algumas mulheres, a lactação confere um certo grau de infertilidade. Todavia a falta de menstruação não significa anovulação e a mulher precisa utilizar meios de anticoncepção para não ocorrer o risco de engravidar.

Os anticoncepcionais hormonais estão contra-indicados porque está comprovado que os mesmos passam pelo leite e não há documentação científica que prove que a dose de hormônios ingerido pela criança através do leite materno, não possa afetá-la mais tarde. Outro efeito colateral do anticoncepcional hormonal é

a diminuição da produção de leite.

Além dos fenômenos puerperais já vistos, ocorrem no puerpério modificações locais e gerais no organismo feminino a saber.

Modificações Locais

Vagina: a vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente voltando à condição de nulípara. As rugas reaparecem ao fim da terceira semana. O hímen fica representado por pequenos restos de tecido que, cicatrizado, converte-se nas carúnculas mirtiformes, características da múltipara. O esfregaço vaginal mostra-se atrófico.

Vulva e Períneo: também envolvem rapidamente quase readquirindo suas características primitivas, desde que as eventuais lacerações do parto tenham sido convenientemente suturadas.

Assoalho Pélvico: embora a musculatura desta região readquira seu tono normal, quando há lacerações, principalmente dos músculos elevadores do ânus, pode permanecer flácido, podendo predispor a ocorrência de prolapso uterino.

Colo: imediatamente após a dequitação, o colo apresenta-se flácido, com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo. No puerpério há neoformação de fibras musculares e cicatrização das lacerações, conferindo marcas que caracterizam a mulher que deu a luz por via vaginal. O orifício externo do colo uterino assume um aspecto de fenda transversal: "focinho de tenca". A eversão do tecido cilíndrico do canal cervical pode ser observado e constitui o ectrópio.

Modificações Gerais.

- O metabolismo basal retorna lentamente ao normal.

- Há normalização do metabolismo proteico, lipídico e hidrocarbonado.

- As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparecem paulativamente.

- Normalizam-se as funções gastrointestinais, voltando a situação normal o estômago, o intestino delgado e o colon, que se encontravam topograficamente deslocados. Pode observa-se hemorróidas pelo esforço dispendido no período expulsivo.

- No aparelho cardiocirculatório observa-se, durante o puerpério uma acentuada elevação da volumetria (15 a 30%), devido, provavelmente do afluxo de sangue venoso repressado no trato genital. Constitui um fator de descompensação cardíaca, no puerpério imediato das gestantes cardiopatas. Há diminuição do hematócrito, da repleção venosa e de varizes.

- Desaparece a dificuldade respiratória, retornando o diafragma sua posição primitiva. Desaparece a alcalose respiratória.

- Sangue:

a) Durante a primeira semana ocorre leucocitose (até 20.000)

b) eleva-se o número de placentas no início do puerpério

c) aumenta a hemossedimentação (até 50 mm na 1ª hora) durante os primeiros dias de puerpério

d) aumentam os fatores plasmáticos de coagulação, predispondo à trombose e embolia.

- Geralmente ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após à saída do feto, placenta, líquido amniótico, membrana e perda sangüínea (5Kg). Devido ao aumento da diurese e sudorese há perda de 3 a 5 Kg nas semanas seguintes. Pela involução uterina 1Kg e pela loquiação, 250 a 500 mg.

- Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinária que favorecem infecção mais frequente ainda quando se faz cateterismo vesical.

O exame cistoscópio logo após o parto mostra edema, hiperemia e hemorragia submucosas. Às vezes o edema do trígono é tão acentuado que é causa de obstrução da uretra. Além desses

fatores, a bexiga puerperal tem capacidade aumentada e não é tão sensível à tensão intravesicular como no estado normal. A superdistensão e o esvaziamento incompleto levam ao aparecimento de urina residual, fatos em geral agravados pelo efeito paralítico da anestesia e perturbação temporária da função nervosa.

Após o parto, a dilatação do ureter e do bacinete sofre involução rápida nas mulheres normais e está completa dentro de 4 a 6 semanas.

Assistência De Enfermagem À Puérpera

A assistência de enfermagem à mulher no puerpério deve ser feita visando seus três períodos, a saber:

I - Assistência De Enfermagem Durante O Puerpério Imediato

- Acompanhamento da involução uterina
- Controle de Lóquios
- Verificar temperatura
- Controle de frequência cardíaca
- Controle de pressão arterial
- Deambulação precoce
- Higiene vulvar
- Controle de diurese
- Controle da função intestinal
- Controle da lactação
- Cuidados com o recém-nascido
- Cuidados com terapia medicamentosa

3.14. Recém-Nascido

Classificação

A classificação dos recém-nascidos é atualmente bem compreendida graças as pesquisas nos últimos anos, nos campos da perinatologia e neonatologia. A AAP (Academia Americana de Pediatria - 1984) recomendou que todos os recém-nascidos sejam classificados de acordo com: o peso de nascimento, idade gestacional e alguns padrões intra-uterino. A OMS (Organização Mundial da Saúde - 1985) adota como parâmetros para a classificação dos recém-nascidos: peso de nascimento e idade gestacional. Na prática diária os parâmetros atualmente utilizados para a classificação dos recém-nascidos, seguem os adotados pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

A experiência clínica mostra, que embora o peso de nascimento seja um índice razoavelmente bom do risco a que se encontra exposto um recém-nascido; muitas crianças de baixo peso apresentam evolução favorável durante o período neonatal; enquanto outras crianças de maior tamanho podem apresentar problemas importantes de adaptação à vida extra-uterina. Portanto, uma classificação baseada unicamente no peso é desaconselhada, pois contribui para nivelar diferenças clínicas importantes entre as crianças de tamanho semelhante, nas de idade gestacional diversas.

Apesar da avaliação pela idade gestacional ter sido mais preconizada que a feita exclusivamente pelo peso de nascimento, os dois parâmetros são indispensáveis para o melhor conhecimento das condições do recém-nascido.

Segundo Bataglia e Lubchenco de acordo com o peso do nascimento, as crianças são classificadas em nove categorias, com os percentuais 10 e 90, para cada idade gestacional, de 24 a 46 semanas:

- pré-termo pequeno para o tempo de gestação
- pré-termo adequado para o tempo de gestação
- pré-termo grande para o tempo de gestação
- á termo pequeno para o tempo de gestação
- á termo adequado
- á termo grande para o tempo de gestação
- pós-termo pequeno para o tempo de gestação
- pós-termo adequado
- pós-termo grande para o tempo de gestação

Atualmente na prática diária é utilizado a síntese da classificação de Lubchenco, que é a seguinte:

- grandes para a idade gestacional (GIG)
- adequados para a idade gestacional (AIG)
- pequenos para a idade gestacional (PIG)

Para Lubchenco e cols. (1978), temos a seguinte classificação do recém-nascido pela idade gestacional:

- pré-termo - crianças nascidas com menos de 38 semanas de gestação, ou seja, até 37 semanas e 6 dias.
- á termo - crianças nascidas entre 38 semanas á 42 semanas de gestação.
- pós-termo - crianças nascidas com ou após 42 semanas de gestação.

Segundo Zieguel (1986) a classificação de acordo com a idade gestacional é:

- imatura - nascida com menos de 26 semanas de gestação
- pré-termo - nascida entre 26 e 37 semanas completas de gestação.
- á termo ou madura - nascida entre 38 e 42 semanas de gestação
- pós-termo - nascida depois de completadas 42 semanas de gestação

Características

Recém-nascido á termo é definido como toda criança viva, independente do peso de nascimento, com idade gestacional de 37 a 42 semanas e que possua as características anátomo fisiológicas que permitam sua perfeita adaptação ao meio extra-uterino.

As características anatômicas e funcionais próprias do recém-nascido, fazem dele um ente completamente individualizado dentro dos limites da idade pediátrica. Convém abordar as características biológicas e psicossociais do recém-nascido, pois servirão de auxílio para o diagnóstico e para o planejamento das ações de enfermagem em neonatologia.

A atitude do recém-nascido lembra a posição fetal intra-uterina e apresenta uma mobilidade incoordenada: move os braços e pernas, vira-se, torce-se e treme. Chora ativamente quando está com fome e na presença de estímulos externos. No sono, cessam-se todos os movimentos. O crânio do recém-nascido é grande e sua face relativamente pequena, sendo a proporção face/crânio de 1:8 no bebê e de apenas 1:2 no adulto. O perímetro cefálico ao nascimento é 34,2 cm e é 2 cm maior que o torácico, permanecendo assim até os seis meses de vida. A cabeça é, na maioria das vezes, ovóide e sua morfologia sofre alterações ao passar pelo canal cervical, provocando cavalgamento das tábuas ósseas.

Pode ser constatado a presença de bossa serosangüinolenta, que se forma sobre a parte fetal vindo em primeiro lugar durante o parto.

De acordo com Marcondes (1992), bossa serosangüinolenta é um aumento de espessura do couro cabeludo, geralmente difuso, constituído de líquido plasmático extravasado que se colecciona no sub-cutâneo, na região correspondente á apresentação obstétrica.

Para Marcondes (1992) Céfalo-Hematoma ou Cefalematoma é uma massa geralmente melhor delimitada ao tato, e anatomicamente relacionada à superfície de um determinado osso

craniano, já que é formado por sangue represado entre o osso e perióstico, que é fortemente aderente na linha de sutura. Segundo Zieguel (1985), é um extravasamento subperiosteal de sangue, decorrente da ruptura de um vaso sangüíneo e do subsequente sangramento sob o periosteio de um dos ossos cranianos, geralmente um dos ossos parietais. É na maioria das vezes decorrência de um traumatismo no parto, provavelmente causado por atrito do crânio contra os ossos pélvicos da mãe ou pelo fórceps obstétricos.

Existem fontanelas, representados por esforços cartilagenosos entre as tábuas ósseas, facilitando o trabalho de parto, permitindo o amoldamento do crânio conforme o canal vaginal, protegendo o cérebro do recém-nascido. Devem ser apalpados afim de verificar-se o tamanho e a tensão. São duas fontanelas:

- anterior ou bregmática - é uma área em forma de diamante localizada na junção dos dois parietais e dois frontais, mede de 2 a 3 cm de largura e 3 a 4 cm de comprimento.

- posterior ou lambdóide - possui forma triangular e se localiza entre os ossos occipitais e parietais. O tamanho é muito menor, e pode se encontrar fechada, quase fechada ou completamente aberta na palpação.

A face é pequena em relação ao crânio, como já falou-se anteriormente. Pode apresentar-se edemaciada, com marcas conseqüentes do parto, que regridem em poucos dias.

A pele do recém-nascido apresenta coloração variável. Ao nascer, o recém-nascido apresenta uma cor francamente avermelhada, chamado de "eritrodermia neonatal" que é provocada pelo aumento de glóbulos vermelhos na circulação do recém-nascido. Com o passar dos dias, a coloração da pele torna-se róseo-pálido. Há presença de cianose discreta nas extremidades ao nascer, que desaparecem com o aquecimento do recém-nascido.

O recém-nascido apresenta vérnix-caseosa que é um produto de secreção da pele durante a vida intra-uterina, que recobre a mesma, protegendo-a contra maceração pelo líquido amniótico e favorecendo o deslizamento do corpo no ato da parturição. A pele

ainda pode apresentar manchas diversas: equimoses com freqüência; nervos maternos ou ectasias venosas que são manchas avermelhadas disseminadas não salientes, principalmente na fronte, pálpebras, lábios e nuca; mancha mongólica de coloração azul roxeada, localizada na região sacrolombar representando, para muitos, a mistura de raças; millium sebáceo que consistem em pequenos pontos brancos, ligeiramente salientes, localizados nas asas do nariz. Forma-se devido á obstrução dos folículos sebáceos pelos detritos de descamação epitelial, que tende a desaparecer nos dois primeiros meses de vida; eritema tóxico são pequenas lesões eritematopapulosas esparsas: descamação fisiológica que ocorre nos primeiros quinze dias de vida, podendo-se estender até o final do primeiro mês. Aparecem com maior freqüência ao nível do abdômem, tórax, pés e mãos; lanugem que consiste numa pelugem fina que aparece com freqüência em recém-nascido á termo e mais ainda em pré-termo. Localizada no dorso, face e orelhas, que desaparecem no decorrer da primeira semana de vida; unhas que geralmente ultrapassam a ponta dos dedos. Nas crianças de cor preta, as bordas ungueais apresentam-se hiperpigmentadas.

O pesçoço do recém-nascido é curto e apresenta mobilidade, sendo difícil nessa fase da vida reconhecer anomalias visto que esse segmento é anormalmente curto. O tórax do recém-nascido é simétrico, tem forma aproximadamente cilíndrica e o ângulo costal é de quase 90°. Pode ser encontrado ingurgitamento mamário tanto em meninas como em meninos, que é um aumento do volume das mamas. Este aumento de volume pode persistir por várias semanas e mesmo meses e pode haver passagem de um fluxo de secreção semelhante ao colostro. Nas crianças á termo este fato é comum. O tamanho e o aspecto da aréola mamária podem informar quanto a maturidade. A circunferência média do tórax ao nascimento é de 32 cm (Zieguel, 1986).

O abdômem é saliente e globoso. Sua parte superior é maior que a inferior, devido a hepatoesplenomegalia fisiológica, nesta idade. Podem ser observados dois tipos de umbigos: umbigo amniótico - aquele em que a membrana amniótica transparente que

cobre o cordão se estende e se insere diretamente sobre a parede abdominal; umbigo cutâneo - apresenta uma borda, ou uma secção cilíndrica de pele abdominal que se eleva alguns milímetros e só a partir daí começa o tecido gelatinoso. O umbigo se mumifica durante a primeira semana e se destaca geralmente entre 8 e 10 dias, podendo permanecer as vezes mais tempo, sem nenhum problema, além da necessidade de assepsia na base da implantação.

A coluna vertebral é reta, com discreta cifose dorsal. As curvaturas vão desaparecendo a medida que a criança progride no seu desenvolvimento motor.

Nos genitais do recém-nascido do sexo masculino, os testículos podem encontrar-se na bolsa ou nos canais inguinais, podendo ocorrer aumento do escroto pela presença de líquido. O pênis apresenta geralmente o prepúcio com orifício muito estreito e freqüentemente existem aderências entre a pele do prepúcio e a glândula, que irão desaparecendo no decorrer dos meses. No recém-nascido do sexo feminino há congestão e engurgitamento vulvar e os pequenos lábios são proeminentes, bem como o clítoris. Pode aparecer nos primeiros dias uma secreção vaginal esbranquiçada, translúcida e no fim da primeira semana pode aparecer sangue vaginal. O aspecto dos genitais contribui para o diagnóstico da maturidade.

Os membros são curtos em relação ao tronco. As pernas são ligeiramente curvas, as pregas devem apresentar simetria, o panículo adiposo e o tônus muscular dão idéia do estado nutritivo do recém-nascido.

O recém-nascido á termo pesa, em geral, entre 3.000 e 3.500 g, e o comprimento varia entre 48 e 50 cm.

Características Fisiológicas

Associados as modificações anatômicas ocorrem as variações do estado funcional, praticamente, de todos os órgãos e sistemas. A abordagem das alterações fisiológicas que caracterizam o recém-nascido será sistemática, individualizando cada aparelho ou sistema.

- Sistema Circulatório - Caracteriza-se no feto pela presença do ducto venoso, comunicando a veia umbilical com a cava inferior, do ducto arterioso, ligando as artérias pulmonar e aorta e da comunicação interarterial pelo forame oval. O sangue recém oxigenado é enriquecido com substâncias nutritivas: no contato com o sangue materno, retorna da placenta via veia umbilical. Após este sangue passar pela circulação materna é injetado na aorta descendente irrigando a parte inferior do corpo fetal; aorta ascendente levando sangue aos MMSS da cabeça. Da aorta descendente originam-se dois ramos que constituem as artérias umbilicais, que se dirigem até a placenta, iniciando novamente o ciclo.

Com o nascimento elimina-se a circulação placentária, oblitera-se o ducto venoso e abre-se a circulação pulmonar. O retorno venoso através da cava inferior à aurícula cai, ao passo que aumenta o fluxo à aurícula esquerda proveniente dos pulmões. Com o predomínio da pressão auricular dá-se o fechamento funcional do forame oval, o anatômico só se verificando após semanas. O ducto arterioso se contrai com o aumento da oxigenação do sangue nos pulmões, sendo a constrição provavelmente mediada pela liberação de cininas, que aos poucos se oblitera dando-se o fechamento total aos 2 ou 3 meses de vida.

A circulação periférica é processada lentamente passando o plasma para o interstício, causando o edema característico do neonato e hemoconcentração, explicada pela diferença de 10 a 20% do sangue capilar para o venoso nas contagens de eritrócitos nos primeiros cinco dias. Apresentam boa resistência capilar. O pulso ao nascer varia entre 150 a 180 bpm, caindo no decorrer da primeira hora para 120 a 130 bpm.

- Sistema Hematopoiético - A volemia representa de 7,5 a 8,5% do peso corporal. O pulso varia muito, afim de satisfazer as necessidades de oxigênio do feto. Os glóbulos vermelhos são produzidos em maior quantidade no fígado, baço e medula óssea. Antes do nascimento, o fígado e o baço começam a diminuir a produção de glóbulos vermelhos e a função hematopoiética é assumida quase que inteiramente pela medula óssea. A taxa de glóbulos vermelhos (eritrócitos) ao nascimento é de aproximadamente 8 milhões e após o quinto dia aproximadamente 5 milhões. A taxa de glóbulos brancos é de aproximadamente 25.000 e após o quinto decai para 10.000.

- Sistema respiratório - Após o nascimento, com a secção do cordão umbilical, após o parto, o recém-nascido deixa de utilizar a placenta como seu aliado na respiração e por si só oxigena seu próprio sangue e tecidos. A respiração pulmonar se instala com o primeiro grito do recém-nascido, no início imperfeita e irregular. Segundo Gesteria apud Pizzato (1988) os mecanismos operantes na fase de transição da respiração placentar para a pulmonar são de natureza tríplice: a concentração de monóxido de carbono no sangue, ocasionada pela interrupção da chegada de O_2 placentar, constitui o excitante necessário para que os centros bulbares ponham em funcionamento a caixa torácica; por outro lado a simples baixa de O_2 no sangue teria o mesmo papel desencadeante. Além disso, o contato da superfície externa do feto com o meio ambiente também é necessário ao funcionamento pulmonar. Em muitos casos, a expansão pulmonar não se completa logo após o nascimento, exigindo alguns dias para se efetuar. Nas primeiras horas de vida o número de movimentos respiratórios atinge 55 por minuto, caindo para 45 no final de poucos dias. O tipo respiratório é variável e irregular. A musculatura abdominal participa muito ativamente da respiração do neonato.

- Sistema Digestivo - Nos primeiros meses a digestão bucal é quase nula, a quantidade de secreção salivar é escassa e pobre em

ptialina. A capacidade do estômago do recém-nascido é de 30 a 50 ml, pois sua musculatura é pouco desenvolvida; as células de revestimento e glândulares possuem um poder secretório deficiente. O recém-nascido apresenta particularidades no seu intestino, como a grande extensão do tubo intestinal e a má delimitação das proporções finais do intestino. A estrutura da mucosa intestinal evidencia a escassez de glândulas e deficiência enzimática e grande vascularização das vilosidades e falta de mielinização de um grande número de vasos. Ao nascer, o intestino do recém-nascido contém cerca de 60 a 200 g de material viscoso verde-escuro quase negro, em cuja composição entra mucopolissacarídeos, poucos lipídeos e substância nitrogenada não proteica, chamado mecônio. Nas primeiras 24 horas, geralmente o recém-nascido elimina certa quantidade de mecônio e após cinco dias, as eliminações tomam forma liquefeita e heterogêneas, designadas fezes de transição, para em seguida assumirem o aspecto de fezes normais do lactente.

- Sistema Urinário - Ao nascer, o recém-nascido já apresenta a bexiga contendo certa quantidade de urina que é eliminada nas primeiras horas de vida. Os rins possuem seu número completo de néfrons, mas a maturação funcional continua no pós-natal por um período variável de tempo e se completa em torno dos 6 aos 18 meses.

Segundo Zieguel (1986) a quantidade de urina total excretada por dia é de 30 a 60 ml durante os primeiros dois dias de vida; ao término de uma semana excreta mais ou menos 200 a 225 ml. A frequência urinária aumenta uma média de duas a seis vezes por dia durante os primeiros dias, e 15 a 20 vezes por dia após o período neonatal imediata a frequência torna a diminuir quando a criança consegue o controle da bexiga. Em geral o aspecto da urina do recém-nascido é pálida, transparente e de densidade baixa. Pode apresentar-se avermelhada, devido a acentuada eliminação de uratos.

consegue perceber claridade e obscuridade. O globo ocular não possui coordenação motora e a sua focalização é retardada.

- Sistema Imunitário - Apresenta-se parcialmente desenvolvido com o nascimento. O recém-nascido obtém a maioria dos seus anticorpos através da placenta e através do leite materno.

- Sistema Termorregulador - No recém-nascido existem certos problemas que tornam difícil para a criança manter sua temperatura corpórea. O fator mais importante que contribui para a dificuldade da manutenção da temperatura corpórea do recém-nascido é a capacidade de perder calor, que pode ocorrer por radiação, evaporação, condução e convecção. A evaporação porque o recém-nascido está molhado ao nascimento e radiação devida a maior superfície corpórea em relação ao peso. Uma falta de tecido subcutâneo também contribui, tornando o corpo do recém-nascido pouco isolado. O recém-nascido pode manter constante a temperatura corpórea apenas por controle vasomotor, transpiração e postura.

Alta de Enfermagem

De modo geral, o recém-nascido terá alta quando se apresentar em condições físicas que não o coloque em perigo longe dos cuidados e assistência de enfermagem/médica. Evita-se as orientações maciças durante a alta, pois o excesso de informações pode acarretar confusão com duvidosa retenção de mensagens. O momento da alta presta-se a reforçar os aspectos de maior prioridade e esclarecer dúvidas que tenham permanecido. A enfermagem deverá explicar à mãe sobre as modificações fisiológicas que sofrem os recém-nascidos, fazendo comentários sobre cuidados com o coto umbilical, dieta, higiene materna e do recém-nascido, uso de medicamentos, atividade sexual.

Na ocasião de alta, a enfermagem deve apresentar à mãe os dados do recém-nascido, que estarão impressos na carteira de saúde, além do impresso adequado para registro em cartório. A enfermagem deve orientar a mãe quanto ao retorno do recém-nascido para avaliação mensal no ambulatório, e se necessário visita domiciliar.

3.15. Ciclo Gestatório Patológico

De acordo com Rezende (1992, 230-65), eis alguns conceitos referente ao ciclo gestatório patológico:

3.15.1. Hiperêmese Gravídica

Entre a êmese gravídica, vômitos simples do início da gestação, e a hiperêmese gravídica, vômitos incoercíveis ou perniciosos da prenhez, existe apenas diferença de intensidade, bem assim na repercussão clínica de seus efeitos. São o mesmo processo, configurando a hiperêmese a forma grave.

É cada vez menos freqüente (1:500 partos) a incidência da hiperêmese gravídica, diminuição que se deve ao uso de antieméticos eficientes, à melhor assistência pré-natal e ao emprego adequado da psicoterapia.

3.15.2. Toxemia gravídica: Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

A toxemia gravídica é doença multissistêmica, ocorrendo, habitualmente no final da prenhez, e caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares: hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões e a doença é denominada eclâmpsia; ausentes as crises convulsivas trata-se de pré-eclâmpsia.

As toxemias gravídicas constituem a entidade clínica mais importante da obstetrícia atual, ponto-de-vista que se apóia na incidência relativamente grande, no desconhecimento de sua etiologia e no elevado obituário materno e fetal ainda existente, traduzindo a inocuidade dos recursos terapêuticos. Juntamente com as hemorragias e as infecções, estão entre as três principais causas de morte materna no ciclo gestatório.

3.15.3. Placenta Prévia

Placenta prévia é a implantação de qualquer parte da placenta no segmento inferior do útero.

A placenta prévia incide em 0,5 a 1,0% das gestações, e sua freqüência está vinculada assim à paridade (1:1.500 nas primigrávidas, 1:20 nas pluríparas), como à idade da paciente (é ascendente a curva de incidência até o fim da 4ª década de vida).

3.15.4. Descolamento Prematuro da Placenta

O descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPP) é a separação intempestiva da placenta implantada no corpo do útero, em gestação de 20 ou mais semanas completas (OMS, FIGO, 1976). Não é, portanto, o descolamento pós-parto, como na dequitação normal, nem se confunde com a placenta prévia, cuja inserção se faz na região do segmento inferior.

O DPP ocorre em cerca de 0,5-3,5% das gestações e se constitui em uma das mais graves complicações da prenhez, responsável por 15-25% de todas as mortes perinatais.

Mais comum em mulheres de paridade elevada e nas de menos de 20 anos e com história do acidente em gravidez anterior (aumento de 10 vezes).

Intercorrência, por si só, altamente pejorativa, à mãe e ao concepto, tem ainda a complicá-la, habitualmente, entidades nosológicas outras, com a toxemia tardia e os distúrbios da hemocoagulação.

3.15.5. Polidramnia e Oligoidramnia

É possível hoje, com auxílio da ultra-sonografia, avaliar, com muita aproximação, o volume de líquido amniótico no transcurso da gestação, e suas variações normais e patológicas.

Clinicamente, é polidrâmnio ou hiperdrâmnio o acentuado excesso do líquido amniótico, reconhecido ao exame físico - útero - grande-para-a-idade gestacional - e, eventualmente, confirmado por generosa aspiração de fluido à amniocentese transabdominal, ou pelo escoamento desmedido à ocasião do parto.

Seria polidramnia o volume amniótico superior a 2.000 ml na prenhez de 30 ou mais semanas. É o limite arbitrário e somente válido nessa fase da gestação; no quarto ou quinto mês, por exemplo, volume amniótico de 1.000 ml é suficiente para caracterizar polidrâmnio

A diminuição significativa do líquido amniótico (VLA) sempre trará conseqüências ominosas ao concepto. A oligoidramnia complica 4% de todas as gestações. A quantidade adequada do líquido amniótico é indispensável para o desenvolvimento do pulmão fetal, permite o livre movimento do concepto, e ainda atua como barreira contra a infecção.

Conquanto o diagnóstico de oligoidramnia seja suspeitado clinicamente, na maioria das vezes (útero-pequeno-para-a-idade-

gestacional), sua confirmação se faz à ultra-sonografia, que mostra o bolsão de líquido amniótico (menor de 2 cm) no seu diâmetro vertical. Outros critérios têm a nossa preferência: 1. Ausência óbvia de líquido amniótico; 2. Diminuta interface líquido/feto; 3. Aconchegamento exagerado das pequenas partes fetais.

O líquido amniótico ao tornar-se altamente escasso (300 a 400 ml), fica espesso, viscoso e turvo. Nos casos mais acentuados fala-se em anidramnia.

Condições fetais graves estão associadas à oligoidramnia: doença renal, crescimento intra-uterino retardado (CIR), amniorrexe prematura e pós-maturidade.

Doença renal fetal: Quando há evidências sonográficas de oligoidramnia e a bexiga fetal não é identificada, os rins do concepto devem ser investigados. Somente o defeito renal bilateral determina oligoidramnia: agenesia renal bilateral (Síndrome de Potter), displasia multicística, rim policístico infantil. A doença renal obstrutiva baixa (valvular ou uretral) é outra causa impediente e única com megabexiga, além da oligoidramnia. A obstrução renal bilateral pode estar associada a volume normal de líquido amniótico.

Crescimento intra-uterino retardado. No CIR a hipoxia crônica condiciona redistribuição do débito cardíaco com conseqüente diminuição do fluxo sanguíneo renal e do volume urinário fetal. Está, ainda, a oligoidramnia relacionada à insuficiência placentária, posto que a normalidade funcional do órgão parece ser indispensável à formação do líquido amniótico. No concepto com CIR, baixo o pO_2 , a oligoidramnia predispõe à compressão do cordão umbilical, prejudicando o fluxo sanguíneo normal, o que pode levar ao decesso fetal.

O âmnio nodoso é outra condição patológica associada a oligoidramnia. O parto, na oligoidramnia, é habitualmente antecipado e transcorre com anomalias contraturais. O pequeno escoamento de líquido configura o chamado "parto seco".

3.15.6. Amniorrexe Prematura

É amniorrexe prematura a rotura das membranas ovulares havida antes de iniciado o parto. Constitui período latente o intervalo entre a amniorrexe e o começo do trabalho. A amniorrexe prematura incide em cerca de 4,5 a 8,0% das gestações; 70% das vezes é a prenhez de termo.

A rotura prematura das membranas tem sido associada ao aumento da mortalidade e da morbidade maternas e, especialmente, da perinatal.

O acréscimo da morbiletalidade perinatal decorre da infecção amniótica, prematuridade, hipoplasia pulmonar, síndrome de angústia respiratória (SAR), prolapso e circulares do cordão, apresentação pélvica, sofrimento fetal. São conseqüências, para a gestante, a infecção anteparto e a puerperal. Nos dias atuais, a amniorrexe prematura ainda é das principais causas de infecção puerperal.

3.15.7. Gravidez Prolongada

É a gravidez prolongada ou pós-matura aquela com duração igual ou superior a 42 semanas completas (294 dias completos), contados a partir do primeiro dia do último período menstrual (OMS, 1976).

O critério cronológico para conceituar a gravidez prolongada não se exime a críticas. Admite-se que o produto atinja a maturidade em tempo variável, de tal forma que a prenhez, alongadas no tempo, nem sempre exibem fetos com sinais de pós-maturidade.

Distingue-se, assim, um termo cronológico de outro biológico, sendo de grifar que o último corresponde, habitualmente, o primeiro, mas pode a ele anteceder (dismaturidade) ou suceder (pós-maturidade).

A placenta, como qualquer estrutura viva, tem

duração fisiológica, e parece oscilar em torno de 280 a 300 dias, conquanto esses lindes possam se alongar, mesmo em prenhezes normais. Ao se aproximar do termo gestacional, a placenta sofre alterações que lhe caracterizam a senescência. Daí por diante vão-se acentuando os fenômenos de envelhecimento, com repercussões ominosas nas trocas transplacentárias (insuficiência placentária).

Desse modo distinguimos:

1. Gravidez prolongada fisiológica, se ultrapassado o termo cronológico, não há insuficiência placentária, ou seja, não há termo biológico.

2. Pós-maturidade (gravidez prolongada patológica), quando apesar do complexo endócrino-metabólico gravídico e o desenvolvimento do concepto terem alcançado o termo, o parto não se dá, surgindo a insuficiência placentária, com graves reflexos no produto.

3.15.8. Sofrimento Fetal Agudo

É sofrimento fetal agudo o havido durante o parto, em contraposição ao crônico, próprio da gestação de alto-risco. Bioquimicamente o sofrimento fetal agudo está caracterizado por hipoxia, acidose e hipercapnia.

3.15.9. Distócias do Trajeto e Desproporção Cefalopélvica

Muitas condições patológicas do canal do parto criam dificuldades à evolução da parturição: constituem as distócias do trajeto. São das partes moles - distócias do trajeto mole - ou do arcabouço ósseo da pelve - distócias do trajeto duro (vícios pélvicos).

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

Distócias do Trajeto Duro (vícios pélvicos) - Pelve viciada é a que apresenta acentuada redução de um ou mais de seus diâmetros, ou modificação apreciável de forma.

O estudo pormenorizado dos vícios pélvicos, que ocupava a parte nobre e mais extensa dos antigos compêndios, perdeu valimento. A operação cesariana, segura e trivial, tornou essas cogitações anacrônicas para a prática obstétrica.

Desproporção Cefalopélvica - Muito mais importante que estudar os defeitos pélvicos, isoladamente, é avaliar a proporcionalidade entre a bacia e o feto. O prolema clínico que se patenteia é o da desproporção fetopélvica.

A falta de equilíbrio entre móvel e trajeto decorre de realtiva exigüidade do segundo em relação ao primeiro. Por sua vez, o componente fetal da desproporção pode ser o pólo craniano nas apresentações cefálicas, o tronco nas córmicas e, nas de nádegas, o segmento pélvico ou cefálico (cabeça derradeira).

Posto que habitualmente é a cabeça do concepto o segmento a criar dificuldades, na prática, ao invés de desproporção fetopélvica, impõe-se ao fenômeno clínico a epígrafe de desproporção cefalopélvica.

Nas apresentações cefálicas a desproporção decorre de volume demasiado ou de atitude viciosa da cabeça.

Constituem, todavia, as apresentações anômalas casos particulares de desproporção e o uso limita o estudo da proporcionalidade ao da relação cefalopélvica, excluídas, naturalmente, as atitudes defletidas.

3.15.10. Distócias do Cordão Umbilical

É procidência ou procúbito a presença do cordão antes da apresentação, íntegro o saco amniótico, será prolapso após a amniorrexe.

Cordão Curto - A distinção entre a brevidade absoluta ou real e a relativa ou aparente não tem importância clínica. Num ou noutro caso favorece apresentações anômalas, motiva dificuldades no parto, prejudicando a descida do móvel, alongando sua evolução, causando descolamento prematuro da placenta, anóxia do feto, roturas do funículo e inversão do útero.

Cordão Longo - Favorece as procidências, os nós e as circulares.

Circulares - Ocorrem em 20-25% dos partos, habitualmente cervicais, mas encontradas no tronco e nos membros. São propiciadas pelo cumprimento exagerado do cordão, a prematuridade e o excesso de líquido amniótico.

As circulares podem provocar brevidade aparente e, sobre as complicações e acidentes daí decorrentes, acresce referir a possibilidade de determinarem anóxia quando ao redor do pescoço, demais de predisporerem à compressão da circulação funicular favorecida pela contração uterina.

3.15.11. Rotura Uterina e Laceração do Trajeto

Rotura Uterina - A rotura Uterina, episódio obstétrico da maior gravidade, pode ocorrer durante a gravidez ou no parto. Sua freqüência é inversamente proporcional à qualidade da assistência pré-natal e, sobretudo, da dispensada durante o trabalho parturiente. A incidência pode assim variar de 1:415 a 1: 2.500 partos.

Rotura Uterina na Gravidez - É rara, nos dias de hoje. Conquanto durante a prenhez, seja mais freqüente na sua segunda metade, não é exclusiva desse período.

Rotura Uterina no parto - Roturas espontâneas e provocadas. As roturas espontâneas sucedem sem a interferência do

parteiro, que, entretanto, pode ser responsável por omissão.

Roturas Vulvoperineais e Vaginais - As lesões traumáticas da vulva e do períneo são observadas com extraordinária freqüência, principalmente, em primíparas e na ausência de episiotomia. É o orifício vulvar o ponto de predileção do acidente; habitualmente, a fossa navicular e a fúrcula são as sedes iniciais da solução de continuidade.

As lacerações podem atingir a clitóride, o vestibulo ao alcançar o meato e, de regra, as da parede anterior da vulva sangram profundamente. Quando é a solução de continuidade lateral, apresenta-se nas ninfas, propagando-se para a vagina ou se estendendo no sentido do grande lábio.

- Roturas do períneo - Podem ser incompletas, quando não alcançam o esfíncter do ânus. As roturas complicadas atingem a parede anterior do reto e quase sempre representam extensão da rotura perineal completa. Muito encontradas quando a episiotomia foi mediana.

3.15.12. Secundamento Patológico

Cumpra distinguir a patologia própria do terceiro período vinculada a anomalias no mecanismo fisiológico do secundamento, de outras ocorrências, muito freqüentes após o parto fetal: Laceração do trajeto, hipotonia uterina, inversão uterina aguda, discrasia sangüínea, etc.

O descolamento forçado da placenta produz, de sua parte, complicações de monta. Entretanto, há acidentes que não estão subordinados a qualquer interferência do obstetra, assim, no delivramento fisiológico como no artificial da placenta.

Retenção Placentária - O conhecimento da fisiologia do secundamento permite considerar a placenta retida quando o 3º período não se completou decorridos 30 minutos do parto fetal. Eis os principais fatores etiopatogênicos na retenção placentária:

- descolamento retardado;

- retenção de fragmentos placentários;
- encarceramento da placenta.

Inversão Uterina Aguda - É a invaginação do fundo uterino em forma de dedo de luva, que pode alcançar o segmento inferior, ultrapassá-lo, chegar a vagina (inversão parcial) e surgir fora da vulva (inversão total).

Hemorragias de Pós-Secundamento - São responsáveis pelas hemorragias do pós-secundamento imediato (4º período do parto):

- lesões traumáticas de verificação tardia;
- hipotonia uterina;
- retenção de fragmentos placentários.

3.15.13. Infecção Puerperal

É a que se origina no aparelho genital, após o parto recente (febre puerperal). Sendo, por vezes, impossível, caracterizar a infecção que ocorre após o parto, parece melhor, a muitos, conceituar morbidade febril puerperal: temperatura de, no mínimo, 38°C, durante dois dias quaisquer, dos primeiros 10 do pós-parto, excluídas as 24 horas iniciais. É tendência atual, conquanto não sejam da genitália, incluir a infecção urinária, a pulmonar e a das mamas na morbidade puerperal. Sua incidência é de 1%.

3.15.14. Hemorragias do Puerpério

São as que ocorre no puerpério, podem ser precoces, quando incidem nas primeiras 24 horas, e tardias, após esse período.

3.15.15. O Fórcipe

No sentido obstétrico, é o instrumento destinado a apreender a cabeça do feto e extraí-la através do canal pelvigenital.

3.15.16. Patologia da Lactação

Ingurgitamento Mamário - É o fenômeno que ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer das porções do parênquima.

Fissura ou Rachadura Mamilar - Consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo provocada por inadequada apreensão no momento da sucção.

Mastite Puerperal - Consiste na infecção da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos.

3.16. A Operação Cesariana

Cesariana, cesárea ou tomotocia, para Rezende (1992, 597-618), é o ato cirúrgico que consiste em incisar o abdômem e a parede do útero para libertar o conceito aí desenvolvido. É manifestada a tendência de ampliar-se a designação, nela incluindo todas as operações, laparotômicas ou vaginas, destinadas a extrair o feto, crescido na matriz, por histerotomia.

Eis as indicações mais importantes:

- Paciente anteriormente cesariada;
- Desproporção cefalopélvica;
- Discinesias;
- Distócias das partes moles;
- Apresentações anômalas;
- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Toxemia tardia;
- Pós-maturidade;

- Diabete;
- Doença hemolítica perinatal;
- Sofrimento fetal agudo ou crônico;
- Morte habitual do feto ou do recém-nascido;
- Prolapso e prociência de cordão;
- Primiparidade idosa;
- História de partos laboriosos;
- Antecedentes de operações plásticas ginecológicas;
- Cancêr genital;
- Condilomatose vulvar;
- Herpes genital;
- Atos tocúrgicos intentatos e frustrados per vaginam;
- Morte da gestante com feto presumidamente vivo.

04 - REFERENCIAL TEÓRICO

Após algumas discussões referente a utilização ou não de uma determinada teoria de enfermagem, chegamos à conclusão de que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (N. H. B.) formulada por Wanda de Aguiar Horta, daria a nós suporte adequado para o desenvolvimento do nosso Projeto Assistencial.

Todas estas necessidades estão intimamente interrelacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem. Ele é um todo indivisível, não é soma de suas partes.

Segundo Horta (1979), seu marco foi desenvolvido a partir da Teoria da Motivação Humana, da Maslow, que fundamenta-se nas necessidades humanas básicas, além disso, o marco se sustenta e engloba leis que dirigem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo: A Lei do Equilíbrio (Homeostase ou Hemodinâmica) - todo universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a Lei da Adaptação - todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; a Lei do Holismo - o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

Horta afirma que “a Enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando empíricos, e hoje desenvolve teorias relacionadas

com o universo natural”. “O objeto da Enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da Enfermagem. Descrever estes entes, explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles - eis, em síntese, a Ciência da Enfermagem”.

4.1. Pressupostos básicos:

* A enfermagem é prestada ao ser humano, e não à sua doença ou desequilíbrio.

* O homem tem necessidades básicas, que precisam ser atendidas para manter-se com saúde.

* A enfermagem reconhece o ser humano como participante ativo no seu auto-cuidado.

* A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

* Toda assistência de enfermagem tem caráter preventivo, curativo e reabilitação.

* A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço.

* O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

4.2. Conceitos E Princípios

*** ENFERMAGEM**

“É a ciência e a arte de assistir o ser humano, nas suas necessidades humanas básicas, e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros

profissionais”.

* 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. Visa atender as necessidades psicológicas, psico-sociais e psico-espirituais”.

A partir destes dois conceitos, a autora determinou as funções do enfermeiro em três áreas de ação, como segue no esquema abaixo:

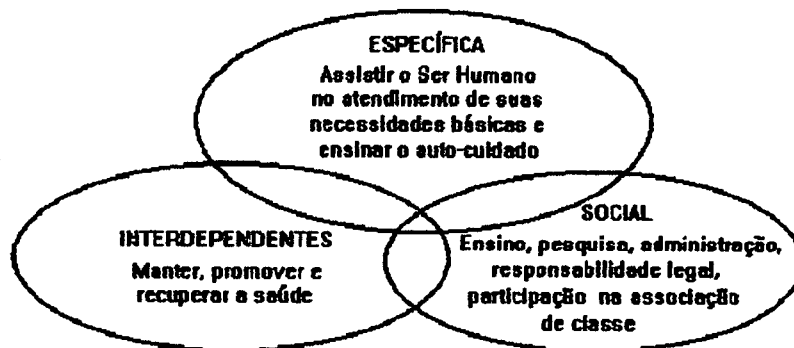


Figura 1. Funções do enfermeiro

*SAÚDE

“Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”.

* DOENÇA

“Ocorre quando as necessidades atendidas inadequadamente ou não atendidas prolongam-se trazendo desconforto, ou seja, a ocorrência do desequilíbrio”.

* FAMÍLIA

“É a parte do primeiro grupo social do indivíduo (membros de uma família), bem como aqueles que possuem laços afetivos (amigos)”. (De acordo com Felisbino, Janete E. , 1980).

* COMUNIDADE

“É uma associação de pessoas que estão interagindo com o meio e que possuem os mesmos objetivos, e que são capazes de auxiliar membros da mesma comunidade em suas necessidades humanas básicas afetadas, desde que recebam orientação apropriada”.

* SER HUMANO

“É a parte integral do universo, provocando mudanças que o levam a estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, dando e recebendo energia”.

* PROBLEMA DE ENFERMAGEM

“São situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exige do enfermeiro sua assistência prestada”.

* ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

“É a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades humanas básicas”.

Para operacionalizar o marco teórico na nossa prática, deixamos de utilizar o processo de enfermagem que Horta (1979) preconiza. Assim sendo, elaboramos um instrumento que permitisse prestar uma assistência sistematizada.

05 - METODOLOGIA

5.1.Contextualização do Local de Estágio

Este estágio assistencial, da VIII Fase Curricular, seria realizado em uma Instituição Hospitalar, situada no município de Florianópolis.

A instituição, por nós escolhida, foi a Maternidade Carmela Dutra, situada à rua Irmã Benwarda, s/n. É uma instituição pública integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Foi inaugurada em 03 de julho de 1955, estando presente nesta ocasião o então Governador de Santa Catarina, Irineu Bornhausen; o Ministro da Saúde Sr. Aramis Athayde; o Secretário da Saúde de Santa Catarina Paulo Fontes e demais autoridades.

A Maternidade Carmela Dutra recebeu este nome em homenagem a esposa do então Presidente da República, Marechal Eurico Gaspar Dutra.

Desde que foi inaugurada, presta atendimento à mulheres de nível sócio-econômico diversificado, provenientes de todos os municípios vizinhos, em situações de saúde/doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido-puerperal.

Anualmente, atende em média 41.500 pacientes, referente a obstetrícia, ginecologia e oncologia. A estes atendimentos são destinados 121 leitos, que serão reduzidos para 118, devido a reforma estrutural que está sendo realizada na Maternidade.

A Maternidade Carmela Dutra é responsável por 70% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis, e é responsável pelo nascimento de 5.000 bebês em média, ao ano.

5.1.1. Justificativa da Mudança do Local de Estágio

Durante o processo de oficialização do campo de estágio, os documentos específicos para tal oficialização foram preenchidos, porém continham a seguinte observação: só seria iniciado o estágio mediante a aprovação do corpo clínico que seria obtida após a apresentação do projeto aos médicos que o compõe.

As acadêmicas permaneceram na instituição realizando atividades as quais estão descritas conforme Relatório da Semana, em anexo (anexo 07).

O projeto foi apresentado ao corpo clínico em forma de teatro conforme anexo (anexo 10), e aí recebemos o “Não”.

5.1.2. Percepções E Emoções Das Acadêmicas Frente Ao “Não”...

Toda a preparação para iniciar o teatro que possivelmente geraria polêmica ao término do mesmo, por ser um assunto um tanto quanto revolucionário “Humanização do

Nascimento”. Aguardamos ansiosas o momento para dar início a esperada apresentação do nosso projeto ao corpo clínico. Cada segundo significou uma eternidade, pois estava em jogo a aceitação deste projeto para que pudéssemos desenvolvê-lo como havíamos planejado e realizarmos um sonho...

No momento em que iniciamos a apresentação distribuimos folhetos sobre “holístico é e não é”, onde observamos que alguns médicos amassaram e jogaram os mesmos ao chão, outros colocaram nas cadeiras vazias e poucos foram aqueles que leram.

Dando início a apresentação do teatro, para frustração nossa haviam dois profissionais que não tiveram a gentileza de disfarçar seus olhos indignados e sorrisos irônicos. Isto nos abalou, pois pensávamos que ao menos nos dariam a oportunidade de expor uma nova forma de assistência. Sabíamos que corríamos riscos... Há como evoluir sem correr riscos?

No decorrer da apresentação da peça alguns prestavam atenção, outros tentavam passar a imagem do que estava sendo apresentado não tinha importância alguma, outros ainda acenavam com a cabeça em sentido de negação.

Ao final da exposição foi aberto espaço para debate, ou melhor dizendo, momento para humilhação. É isto mesmo, pouco tempo nos foi cedido para que argumentássemos. Mas nada iria mudar a opinião daquela minoria que se manifestou. Para finalizar e como necessidade de se chegar a um consenso, foi realizada votação verbal, onde por unanimidade houve a vetação do nosso projeto.

Não acreditávamos no que estava acontecendo, era impossível que entre mais ou menos trinta profissionais, nenhum sequer pensava semelhante a nós. Infelizmente a grande maioria deles permaneceu estático, outros congelados e alguns ainda indiferentes perante a situação.

Seria um pesadelo que estávamos vivenciando? Isto significaria pôr um fim ao nosso sonho?

A tristeza, a decepção e a frustração invadiu cada uma de nós. Havíamos entrado naquele local confiantes e ao mesmo tempo

cheias de esperanças, e após alguns minutos, o sentimento mudou completamente.

Vários questionamentos surgiram em nossas mentes, entre eles: Por que alguns estavam tão indignados com nossa proposta? Será que conseguiram entender o que queríamos passar? Estavam ou não a fim de tentar nos compreender? Falávamos a mesma linguagem? Poderíamos ter utilizado outra metodologia ou estratégia? Será que sabiam o que é um projeto assistencial? Por que a insistência no protocolo de pesquisa?

As respostas para tantas perguntas nem nós sabemos.

Sabemos que falhas houveram em vários instantes, afinal errar é humano. Mas, isso não nos serviu de consolo no momento.

A verdade é que temos experiências diferentes, formações diferentes, práticas de assistência em saúde diferente, exercemos o poder de maneira diferente, possuímos crenças e valores diferentes, nos colocamos frente ao cliente de forma mais humana e aberta.

A verdade é que acreditamos em coisas diferentes...

5.1.3. Há Males Que Vem Prá Bem

Não pensávamos que era o início a uma nova etapa no desenrolar do nosso projeto. Após várias buscas de campo de estágio, surgiu a hipótese em desenvolvê-lo no Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. E lá chegando, ao expôr o projeto à enfermeira responsável pelo Centro Obstétrico Maria Beatriz Berlando Nunes e a enfermeira Susana Ramos Koerich, as mesmas manifestaram a satisfação em receber acadêmicas, pois pensam ser esta uma forma de reciclar o conhecimento e a atuação. Contagiaram-se com a nossa proposta de estágio, achando necessário uma assistência diferenciada.

Não podemos deixar de enfatizar a nossa felicidade ao sermos

recebidas de braços abertos pelas enfermeiras já mencionadas. Será que o momento que estávamos vivenciando era mais um capítulo no nosso sonho? Ou era o início de uma nova realidade?

Desta forma, demos início a execução do nosso projeto, e ao finalizar, conseguimos encontrar a resposta para tal questionamento. Não fazia parte do nosso sonho e sim, de uma realidade muito esperada; a compreensão e aceitação do nosso projeto, as quais foram de maneira satisfatória pela equipe médica e em grande parcela pela equipe de enfermagem, sendo esta a mais merecedora de nosso respeito e gratidão.

5.1.4. Contextualização No Novo Local De Estágio

O projeto foi iniciado no dia 19 de Abril por motivos citados anteriormente em sala de parto e unidade de puerpério da Maternidade do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes.

Este hospital está localizado na rua Donato da Silva s/n, bairro Praia Comprida no município de São José do Estado de Santa Catarina, sendo inaugurado no dia 25 de Fevereiro de 1987.

É uma instituição pública integrante da Secretaria do Estado da Saúde, sendo conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e outras instituições de ensino.

No início o hospital prestava atendimento e atividades somente como Maternidade, sendo que a emergência funcionava apenas para triagem, admissão e sala de pré-parto de gestantes. No 2º andar funcionava a sala de parto e cesariana porque o centro cirúrgico encontrava-se inativado e no 4º andar encontrava-se a unidade de puerpério. A maternidade, no total, estava distribuída em 03 andares.

Por ser um Hospital Regional e demanda e a procura de outras atividades serem muito grandes iniciou outras atividades estando atualmente distribuído da seguinte forma por andar:

1º andar: emergência, RX, laboratório, SAME, triagem obstétrica, exames de cardiologia e hemodinâmica.

2º andar: unidade de cardiologia, coronária, centro cirúrgico geral e obstétrico, berçário, unidade de terapia intensiva e centro de material.

3º andar: banco de sangue e unidade coronariana.

4º andar: unidade de clínica de internação feminina e maternidade.

5º andar: unidade de clínica médica e cirurgia mista.

No centro cirúrgico onde são realizadas as cesarianas existem duas salas reservadas para este fim, junto ao centro obstétrico. No 4º andar existe um banco de leite humano e duas unidades de internação obstétrica área A e área B.

Essas unidades de internação são 100% alojamento conjunto. A unidade A possui 35 leitos, sendo 04 apartamentos, 06 leitos para gestantes de alto risco e 25 leitos de puerpério normal. A unidade B possui 38 leitos, sendo 02 apartamentos, 08 leitos de cirurgia obstétrica, 06 leitos para curetagem, 14 leitos de puerpério normal e 08 leitos de oftalmologia.

O total de funcionários de enfermagem dessas duas unidades é de 50, sendo 06 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 06 auxiliares, 18 atendentes e 04 auxiliares administrativos.

Atualmente, o Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, está iniciando atividades para cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e conquista do título "Hospital Amigo da Criança".

5.2 População Alvo

O foco central deste projeto é a cliente/parturiente sendo amparada emocionalmente por um acompanhante de sua escolha no processo da parturição. Este acompanhante deverá estar enquadrado nos requisitos pré-determinados, os quais constam em anexo (anexo 04).

5.3. MÉTODO E AVALIAÇÃO

OBJETIVO ESPECÍFICO	MÉTODO	AVALIAÇÃO
<p>1.Prestar assistência de enfermagem, conforme marco teórico, à parturiente-puérpera / recém - nascido / acompanhante.</p>	<p>a-Definição do marco teórico. b-Elaboração de um instrumento, em anexo (anexo 06),para assistência conforme marco teórico selecionado. c-Utilização do instrumento, em anexo (anexo 06) na prestação da assistência conforme Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, adaptada à sala de parto. d-Realização de entrevista formal e informal com a parturiente-puérpera e acompanhante, em anexo (anexo 01, 02 e 03). e-Registro diário dos dados referentes às entrevistas. f-Análise constante do método de ação, reavaliando e reformulando conforme necessidade.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado mediante a definição do marco teórico, sendo elaborado e aplicado o instrumento, na assistência, a no mínimo 20 parturientes-puérperas / recém - nascidos/ acompanhantes.</p>

<p>2. Assistir à parturiente-puérpera / recém - nascido / acompanhante de maneira Holística.</p>	<p>a-Fundamentação teórica das acadêmicas referente ao Holismo. b-Utilização prática da fundamentação Holística. c-Seleção do acompanhante, previamente escolhido pela parturiente, conforme pré-requisitos, em anexo (anexo 04). d-Utilização de métodos terapêuticos com a parturiente tais como: massagem, visualização criativa e exercícios de respiração.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado se a assistência for realizada holisticamente a no mínimo 20 parturientes - puérperas / recém - nascidos / acompanhantes.</p>
<p>3. Observar a afinidade entre parturiente - puérpera / recém-nascido / acompanhante estabelecida na sala de parto e puerpério.</p>	<p>a-Elaboração de um instrumento para observação da afinidade estabelecida, em anexo (anexo 05).</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado conforme análise da observação feita a no mínimo 20 parturientes - puérperas / recém - nascidos / acompanhantes.</p>
<p>4.Propiciar troca de informações e conhecimentos (acadêmicas/parturiente-puérpera/accompanhante).</p>	<p>a-Revisão de literatura relativo à obstetrícia. b-Entrevistas formal e informal, em anexo (anexo 08). c-Aplicação de instrumento de avaliação à parturiente-puérpera/accompanhante.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado se houver troca de conhecimento entre acadêmicas/parturiente-puérpera / acompanhante em todo o processo do parto com no mínimo 20 parturientes-puérperas / acompanhantes, se todos responderem a avaliação.</p>
<p>5.Fazer interação entre profissionais, equipe e acadêmicas em relação às experiências vivenciadas.</p>	<p>a-Marcas reuniões quinzenalmente entre equipe, acadêmicas e profissionais. b-Fornecer aos elementos da equipe o instrumento de avaliação com relação à presença do acompanhante.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado se houver interação das acadêmicas com a equipe, com a troca de experiências; se for realizada no mínimo 05 reuniões com a equipe e se a mesma responder a no mínimo 20 avaliações referente a presença do acompanhantes.</p>

<p>6. Desenvolver atividades técnicas de enfermagem com a parturiente - puérpera / recém - nascido / acompanhante, conforme a necessidade.</p>	<p>a-Realização de técnica de enfermagem anteriormente praticadas em todo o curso de Graduação em Enfermagem e especialmente em obstetrícia.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado mediante a execução de técnicas na área de enfermagem a no mínimo 20 parturientes - puérperas / recém - nascidos e acompanhantes conforme necessidade.</p>
<p>7. Visitar instituição de saúde que desenvolva atividades referentes a parto humanizado.</p>	<p>a-Marcação da viagem conforme o cronograma pré-estabelecido. b-Realização da viagem interestadual para esta instituição de saúde.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado mediante a realização da visita planejada.</p>
<p>8. Desenvolver o papel de "Doula" em sala de parto e unidade de puerpério</p>	<p>a-Rever material bibliográfico referente ao papel de "Doula". b-Explicar à parturiente - puérpera o papel a ser desenvolvido pelas acadêmicas ("Doula"). c-Atuar como "Doula" conforme necessidade.</p>	<p>Consideramos que o objetivo foi alcançado mediante a atuação das acadêmicas como "Doula" em todos os casos em que não foi possível a permanência do acompanhante junto à parturiente-puérpera e recém-nascido.</p>

06 - CRONOGRAMAS

CRONOGRAMA REFERENTE AO ESTÁGIO

ATIVIDADES	MÊS: ABRIL / 1995																											
	S	T	Q	Q	S	S	S	S	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	S	S
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Sala de Parto	H																											
20:00 às 07:00 horas	S																											
Puerpério		A																										
06:30 às 11:30 horas			M																									
Reunião das acadêmicas																												
Reunião c/ Corpo Clínico																												
Reunião com Orientadora																												
Busca Campo Estágio																												
Aula de Contexto Social IV																												
Feira da Saúde																												
Reunião c/ coordenadora																												
Reconhecimento do local de estágio das 7 às 11:00h																												

LEGENDA:
 A = Ana Lúcia
 H = Heloiza
 M = Maria Elisa
 S = Sandra

CRONOGRAMA REFERENTE AO ESTÁGIO

ATIVIDADES	MÊS: MAIO / 1995																														
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	S	S	S	S	S	T	Q	Q	S	S	D	T	Q	Q	S	S	S	T	S	S	S	T
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	29	30				
Sala de Parto 20:00 às 07:00 horas				H			M				A							H			A		H			A					
Puerpério 06:30 às 11:30 horas				M			S			H					M			M			S										
Reunião das acadêmicas																															
Reunião c/ Coordenadora									A											A		H									
Reunião com Orientadora									H																						
Reunião com Supervisoras																															
Aula de Contexto Social IV																															

LEGENDA:

- A = Ana Lúcia
- H = Heloiza
- M = Maria Elisa
- S = Sandra

CRONOGRAMA REFERENTE AO ESTÁGIO

ATIVIDADES	MÊS: JUNHO / 1995																													
	Q	S	S	D	S	S	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
	01	02	03	04	05	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	19	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30		
Sala de Parto 20:00 às 07:00 horas	M			A		H			A			H			M		A			H			HE							
Puerpério 06:30 às 11:30 horas	S			M		S		S	S			M			S		H		M		S		SA							
Reunião das acadêmicas		A			H		A			H		A																		
Reunião c/ Coordenadora		H			S		M			M		S																		
Reunião com Orientadora																														
Reunião com Supervisoras																														
Aula de Contexto Social IV																														
Viagem																														

LEGENDA:

- A = Ana Lúcia
- H = Heloiza
- M = Maria Elisa
- S = Sandra

CRONOGRAMA REFERENTE AO RELATÓRIO

ATIVIDADES	MÊS: JULHO / 1995																									
	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Reunião das Acadêmicas	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
Reunião c/ Evanguelia				■																						
Reunião c/ Coordenadora				■																						
Reunião com Orientadora															■											
Reunião com Supervisora	■									■																
Entrega do Relatório à banca avaliadora													■													
Entrevista com a banca avaliadora																			■							
Apresentação pública do Relatório																				■	■					
Entrega do Relatório final (encadernado)																							■			

07 - RELATANDO EXPERIÊNCIAS

Descrevemos a seguir as experiências vivenciadas no Hospital Regional de São José a fim de demonstrar parte do trabalho realizado durante o período de estágio. Sendo assim, caracterizamos primeiramente, a clientela assistida e posteriormente, faremos o relato das ações para atingir os objetivos inicialmente propostos.

7.1. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Este item permitirá um breve conhecimento da clientela assistida, sendo que o trabalho realizado contou com a presença de vinte e uma parturientes, vinte puérperas e recém-nascidos e nove acompanhantes.

Tabela nº 1 - Distribuição das parturientes atendidas, segundo estado civil e idade. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995)

Idade	Estado Civil	solteira	%	casada	%	amasiada	%
15 - 19		02	10	01	05	01	05
20 - 24		03	15	05	25	03	15
25 - 29		-	-	03	15	01	05
30 - 34		-	-	-	-	-	-
35 - 39		-	-	-	-	01	05
Total		05	25%	09	45%	06	30%

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Do total das parturientes atendidas, 45% eram casadas e pertenciam a faixa etária dos 15 aos 29 anos; 30% eram amasiadas variando entre a faixa dos 15 aos 39 anos e somente 25% delas eram solteiras pertencendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos.

Tabela nº 2 - Distribuição das parturientes assistidas de acordo com a presença de acompanhante e/ou "Doula". (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995)

Parturiente	Acompanhante	%	Doula	%	Não Aceitou	%
E. F.			X			
A. S.			X			
R. B. K.	X					
L. M.	X					
A. C. R.	X					
E. M. G.	X					
J. L. J.					X	
L. B. M. M.	X					
M. R.			X			
E. A. B.			X			
S. K. C.			X			
V.E.	X					
S. A.			X			
J. A. A.			X			
M. S.			X			
A. S.			X			
E. G. R.	X					
D. S.			X			
K. A. L.	X					
R. S.			X			
L. H. S.	X					
Total	09	42,18	11	53,3		4,7

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

As 53,3% das parturientes atendidas foram acompanhadas por doula, 42,8% tiveram um acompanhante durante o processo e apenas 4,7% não aceitaram o trabalho desenvolvido.

Tabela nº 3 - Distribuição das parturientes assistidas de acordo com o tipo de parto e idade. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995)

Idade \ Tipo de parto	parto normal	%	parto cesárea	%
15 - 19	04	20	-	-
20 - 24	07	35	04	20
25 - 29	02	10	02	10
30 - 34	-	-	-	-
35 - 39	01	05	-	-
Total	14	70%	06	30%

Fonte: Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

A tabela acima nos mostra que 70% das parturientes atendidas foram submetidas a parto normal, sendo que este facilita a recuperação mais rápida no puerpério, e pelo baixo custo em relação a cesárea, que soma 30% dos partos realizados.

Quadro nº 1 - Distribuição das parturientes assistidas de acordo com seus antecedentes obstétricos. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995)

Parturientes	nº gesta	nº partos	nº abortos	Total
E. F.	I	I	0	01
A. S.	I	I	0	01
R. B. K.	II	II	0	02
L. M.	I	I	0	01
A. C. R.	III	II	I	02
E. M. G.	VI	VI	0	06
J. L. J.	não aceitou			-
L. B. M. M.	II	II	0	02
M. R.	I	I	0	01
E. A. B.	I	I	0	01
S. K. C.	I	I	0	01
V.E.	III	III	0	03
S. A.	I	I	0	01
J. A. A.	I	I	0	01
M. S.	III	I	II	01
A. S.	II	II	0	02
E. G. R.	I	I	0	01
D. S.	I	I	0	01
K. A. L.	I	I	0	01
R. S.	II	I	I	01
L. H. S.	II	II	0	02

Do total das parturientes atendidas 70% eram primigestas, 20% secundigestas e 10% multigestas.

Quadro nº 2 - Distribuição das parturientes atendidas de acordo com a escolaridade. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995).

Escolaridade	Total	%
1º grau incompleto	09	45
1º grau completo	04	20
2º grau incompleto	03	15
2º grau completo	03	15
Superior incompleto	01	05
TOTAL	20	100%

Do total das parturientes acompanhadas, 45% não concluiu o 1º grau e 20% concluiu. Quanto ao segundo grau 15% concluiu e 15% não. Apenas 5% do total possuía o nível superior incompleto.

Quadro nº 3 - Distribuição das parturientes atendidas de acordo com o local de procedência. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995).

Procedência	Total	%
Abraão	01	05
Barreiros	01	05
Bela Vista	01	05
Biguaçu	01	05
Centro (Florianópolis)	01	05
Colônia Santana	01	05
Coqueiros	01	05
Flor de Nápoles	01	05
Forquilhas	01	05
Forquilha	03	15
Kobrasol	02	10
Monte Cristo	01	05
Palhoça	01	05
Ponte de Imaruim	02	10
Praia Comprida	01	05
Saco dos Limões	01	05
TOTAL	20	100%

Observa-se claramente que 90% das parturientes atendidas na maternidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, eram procedentes de locais próximos ao mesmo, e isto se deve a facilidade de acesso. 10% das parturientes atendidas eram procedentes do centro de Florianópolis e de bairros próximos ao mesmo, as quais se dirigiram a esta maternidade por não poderem ser atendidas na Maternidade Carmela Dutra, pelo fato desta encontrar-se em reforma.

Quadro nº 4 - Distribuição dos acompanhantes atendidos segundo a ocupação. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995).

Acompanhante	Ocupação
J. L. W.	Enfermeiro
A. B.	Comerciante
R. R.	Funcionário Público Federal
N. M. J.	Ajudante de Transporte
C. M.	Representante Comercial
J. A. M. R.	Professor de Educação Física
M. R. C.	Servente
J. M. C.	Operador de Máquinas
S. F. P.	Motorista

Pela diversificação das atividades profissionais exercidas pelos acompanhantes, constata-se que o nível sócio-econômico-cultural é bastante variado.

Quadro nº 5 - Distribuição dos acompanhantes atendidos de acordo com a escolaridade. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995).

Escolaridade	Total	%
1º grau incompleto	02	22,2
1º grau completo	02	22,2
2º grau incompleto	-	-
2º grau completo	02	22,2
Superior incompleto	-	-
Superior completo	03	33,4
Total	09	100%

Do total dos acompanhantes que permaneceram no centro obstétrico 33,3% concluiu seus estudos até o nível superior, 22,2% concluiu o 2º grau, 22,2% não concluiu o 1º grau e 22,2% o fizeram por completo.

Quadro nº 6 - Distribuição dos recém-nascidos das parturientes atendidas segundo o sexo e peso. (Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, 1995).

Recém-nascido de:	Sexo	Peso
E. F.	M	3.550
A. S.	F	3.180
R. B. K.	M	4.500
L. M	F	3.780
A. C. R.	F	4.230
E. M. G.	F	4.300
L. B. M. M.	F	4.030
M. R.	M	4.160
E. A. B.	F	3.250
S. K. C.	F	3.000
V. E.	F	3.040
A. S. A.	M	3.470
J. A. A.	F	3.030
M. S.	M	3.560
A. S.	M	3.100
E. G. R.	M	2.750
D. S.	M	4.760
K. L.	F	3.280
R. S.	F	2.620
L. H. S.	F	1.970

60% dos recém-nascido das parturientes atendidas foi do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O peso dos bebês variou entre 1.970g à 4.760g, sendo que a média de peso considerada dentro dos padrões normais é de 3.000 à 3.500 g.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.2.1. Objetivo 1:

“Prestar assistência de enfermagem, conforme marco teórico, a parturiente-puérpera / recém - nascido / acompanhante”.

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 **ser humano** é a parte integral do universo, provocando mudanças que o levam a estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, dando e recebendo energia.

Os pressupostos que se enquadram em nossa assistência são os seguintes:

- a enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio;
- o homem tem necessidades básicas, que precisam ser atendidas para manter-se com saúde;

- a enfermagem reconhece o ser humano como participante ativo no seu auto-cuidado;
- a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade;
- toda assistência de enfermagem tem caráter preventivo, curativo e reabilitação;
- a dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço;
- o ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

Como nosso trabalho se baseou na assistência individualizada à parturiente-puérpera/recém-nascido/acompanhante, pudemos pôr em prática os princípios e pressupostos de enfermagem propostos por Horta.

Percebemos que durante toda a assistência prestada, várias eram as necessidades afetadas nos mesmos, tais como:

- oxigenação;
- hidratação;
- nutrição;
- eliminação;
- sono e repouso;
- mecânica corporal;
- motilidade;
- integridade cutânea-mucosa;
- regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica.
- locomoção;
- percepção: visual, auditiva, gustativa e dolorosa;
- ambiente;
- terapêutica;
- segurança;
- amor;
- aprendizagem (educação em saúde);
- orientação no tempo e espaço;
- auto-estima;

- auto-imagem.

Procuramos através das ações de enfermagem suplantar as necessidades afetadas.

7.2.2. Objetivo 2:

“Assistir a parturiente-puérpera / recém-nascido/ acompanhante de maneira holística”.

“Na teoria holística - o homem é um todo - , leva necessariamente à maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença. Segundo a teoria holística, a enfermagem sempre se caracterizou por seu objetivo intensamente humanístico”. Sendo assim, a nossa proposta de trabalho foi desde o início baseada em assistir o ser humano como um todo e, dentro da nossa realidade procuramos favorecer a assistência que prestamos aos mesmos. Observamos que por trás das palavras e queixas, gestos e expressões compreendíamos que a necessidade ia além daquela relatada. As parturientes-puérperas queriam que “adivinhássemos” quais eram suas necessidades afetadas. Visto que o nosso objetivo era ver a parturiente-puérpera/recém-nascido/acompanhante como um ser indivisível, nossa preocupação era observar as necessidades implícitas e dar suporte para que as mesmas fossem amenizadas ou sanadas.

7.2.3. Objetivo 3:

“Observar a afinidade entre parturiente-puérpera /recém-nascido/ acompanhante estabelecido na sala de parto e puerpério”.

A afinidade entre as parturientes e as acadêmicas se dava no momento em que explicávamos o trabalho que estávamos desenvolvendo, onde nos propunhamos a colocar um acompanhante de sua escolha para permanecerem ao seu lado durante o trabalho de parto e parto.

Neste momento já podíamos observar as alterações nos seus comportamentos como alegria, sorrisos, surpresas e esperanças. Após a entrada do acompanhante observávamos a segurança que o mesmo transmitia com palavras tranquilizadoras, carinho e toque. Durante todo o processo percebíamos a tranquilidade que o casal sentia por ter a nossa companhia em tempo integral. No momento do parto percebíamos tensão no rosto do acompanhante a qual procurávamos aliviar, explicando todos os procedimentos que estavam sendo realizados. Nas parturientes era visível a angústia que o momento lhe causava, a qual era amenizada após o nascimento, onde a emoção tomava conta de ambos. Observávamos que em todos os casais as lágrimas transmitiam toda emoção e satisfação sentida, onde alguns agradeciam a Deus por estarem ali.

Após o bebê receber os primeiros cuidados, uma acadêmica o entregava ao acompanhante que o levava para a mãe e juntos trocávamos as primeiras impressões sobre o bebê.

No puerpério observávamos que as puérperas encontravam-se alegres e ansiosas pela chegada do bebê, sendo que apenas uma das

mães expressava preocupação devido seu bebê apresentar microcalcificações intestinais e a mesma não havia sido informada sobre a precisão diagnóstica de seu bebê.

Quando os bebês eram entregues às mães, percebíamos o carinho que elas transmitiam através do beijo, afago, palavras carinhosas e a preocupação em amamentar.

Quando o acompanhante estava presente víamos claramente a felicidade manifestada em suas conversas com a mãe a respeito do bebê. Muitos embalavam seu filho e alguns tinham receio em pegá-lo.

7.2.4. Objetivo 4:

“Propiciar troca de informações e conhecimentos (acadêmicas/parturiente-puérpera / acompanhante”.

A revisão de literatura estudada nos deu suporte necessário para que pudéssemos conduzir nosso projeto, ouvindo e esclarecendo a parturiente-puérpera/acompanhante dentro de suas necessidades. Respeitávamos suas crenças e valores, interferindo no momento em que houvesse um comprometimento das ações que viessem a prejudicar a assistência que estávamos prestando.

7.2.5. Objetivo 5:

“Fazer interação entre profissionais, equipe e acadêmicas em relação as experiências vivenciadas”.

Acreditamos que este objetivo foi alcançado devido a aceitação do nosso trabalho pela equipe de enfermagem e mediante ao incentivo em colocar o acompanhante junto a parturiente. Nos apoiavam e incentivavam, ficavam gratificadas e comemoravam junto conosco a cada acompanhante que conseguimos colocar dentro do centro obstétrico ao lado de sua companheira.

Não podemos esquecer também a equipe médica que nos aceitou como Doulas ou com a colocação de um acompanhante. Alguns obstetras de plantão, os que aceitaram a presença de um acompanhante, esses liam nossos objetivos, observavam nosso trabalho e se demonstravam interessados em conhecer mais sobre o assunto e bibliografia. Os obstetras de plantão que não aceitavam a presença de um acompanhante; mas que não rejeitavam o papel de Doula que desenvolvíamos, conversávamos informalmente sobre o assunto e ainda observavam nosso desenvolver como Doula com as parturientes. Porém, não podemos deixar de salientar que nos propusemos a realizar cinco reuniões com a equipe, sendo que isto não ocorreu devido a falta de iniciativa das próprias acadêmicas.

7.2.6. Objetivo 6:

“Desenvolver atividades técnicas de enfermagem com a parturiente - puérpera / recém-nascido / acompanhante conforme a necessidade”.

O objetivo foi alcançado mediante a execução de técnica de enfermagem as parturientes-puérpera/recém-nascido, tais como: arrumação de leitos; sinais vitais; instalação de fluidoterapia; administração de medicação VO, EV e IM; controlado Batimento Cárdio-fetal e Dinâmica Uterina; cuidados imediatos com o recém-nascido; controle no período de Greenberg; curativo de episiorrafia; realizadas em todas as pacientes que contaram com a presença do acompanhante ou quando desenvolvido pelo papel de “Doula”. Não realizamos nenhuma técnica com o acompanhante, visto que não houve necessidade.

É importante salientar que fomos muito além do objetivo previsto: pois atendemos as parturientes que faziam parte do trabalho e ajudamos ao atendimento de outras, devido a falta de funcionários, plantões tumultuados e excesso de parturiente.

7.2.7. Objetivo 7:

“Visitar instituições de saúde que desenvolvem atividades referentes ao parto humanizado”.

No momento em que realizávamos o projeto achávamos de grande valia visitar instituições que participavam a “Humanização do Parto”. Tínhamos em mente, visitar inicialmente a Maternidade Leila Diniz (Jacaré-Paguá - RJ), por ser esta a única instituição pública brasileira, construída com uma infra-estrutura adequada para desenvolver esta mudança benéfica referente ao parto. Posteriormente, queríamos visitar a Clínica Parsionick (Curitiba - PR), por desenvolver uma assistência humanizada e ser de mais fácil acesso. A não disposição de recursos financeiros, ao finalizar do curso, não tínhamos tempo necessário para realizar a viagem.

Como opção, surgiu a visita a Maternidade Darci Vargas, situada em Joinville (SC), que tem uma prática voltada para a assistência humanizada sendo um caminho para se chegar à “Humanização do Parto”.

Desta forma, foi marcada a visita com antecedência, e no dia 30 de junho de 1995, as acadêmicas deslocaram-se à instituição.

Lá chegando, foram recepcionadas pela chefe da equipe de enfermagem, Sandra Regina da Silva, a qual forneceu dados referentes a instituição em anexo (anexo nº) e mostrou a mesma inteiramente.

A enfermeira Sandra, demonstrou grande interesse em assistir a apresentação do relatório das acadêmicas, sendo que fará o possível. Solicitou uma cópia do mesmo, pois pensa posteriormente ser útil para a instituição, devido ao interesse em humanizar o momento do parto. Isto ainda não foi iniciado pela falta de embasamento teórico, treinamento da equipe em presenciar resultados positivos.

À tarde, permanecemos com a diretora geral da instituição Dra. Raquel Pereira, onde relatou sobre a assistência prestada à comunidade pela maternidade. As horas se passavam e a cada instante as acadêmicas tinham a certeza de que vários pontos encontrados diferenciavam-se de uma instituição tradicional.

Primeiramente cabe salientar a importância que se deu a estrutura física, ou porque não dizer, faixa física. Quando houve a última reforma, sendo finalizada em 12 de março de 1991, deu-se a importância do uso da cromoterapia e alojamento conjunto nas enfermarias.

Antes mesmo de se chegar à instituição percebeu-se tal modificação, é pintada em tom rosa, com uma placa bastante significativa já no portão de entrada com o nome da instituição. Encontra-se numa porta toda trabalhada de tonalidades amarelo, as paredes no seu interior não são brancas, como comum, e sim rosa, amarelo, alaranjado, azul e verde-água.

É inacreditável mas mudaram até a característica das camas, foram pintadas de cor rosa claro, proporcionando um ambiente mais aconchegante. As identificações nos corredores são feitas em várias cores, nas portas utilizaram letras e cores diferentes, como desenhos em todas elas e quando se diz respeito a unidade de internação, os números que identificam os quartos são desenhados e possuem olhinhos. Vários quadros, figuras, cartazes e painéis estão afixados nos murais e paredes.

Fica difícil descrever tudo o que lá se viu, mas não resta dúvidas de que este desempenho da equipe que faz parte do quadro de recurso pessoal da instituição transmite às pessoas que por lá passam, muita tranquilidade, segurança e alegria.

Não pararam por aqui, atualmente a Maternidade encontra-se em reforma para adequar melhor a assistência com a demanda ou necessidade manifestada pela comunidade.

Existe também programas e trabalhos sendo realizados e divulgados pela instituição que visam melhor atendimento e expansão do mesmo. Assim sendo, os profissionais interagindo entre si, e assumindo a posição de "Humanização da Assistência" criaram o

projeto mãe-coruja, em 1993, devido a grande necessidade de expandir, de forma mais rápida, as informações referentes ao aleitamento materno. E pensando ser a assistência primária em saúde pública como fator irrelevante para profundas modificações, acharam

necessário divulgar tais informações nas escolas. O projeto teve boa repercussão e atualmente os professores instituíram como aulas a serem ministradas “aleitamento materno”.

Outro criado é o projeto “Amor Perfeito” que iniciou em maio, sendo implantado por terapeutas ocupacionais sendo desenvolvido no berçário de alto risco devido ao longo do tempo de permanência dos bebês. Tenta-se com isso, a qualidade de vida, através da humanização, colocando como objetivo principal a interação mãe-bebê, afim de estimular vínculo afetivo.

Desenvolvem também um curso de gestação, que tem como objetivo preparar as gestantes para vivenciarem de forma mais adequada o trabalho de parto e puerpério; -proporcionar melhores condições de trabalho aos colaboradores visto que o desempenho obstétrico e o comportamento geral da parturiente é muito mais favorável quando há uma preparação durante a gravidez. As gestantes tem encontro semanalmente com cada especialidade, fazendo parte da equipe, psicólogo, obstetra, neonatologista, enfermeira anestesista, nutricionista, odontólogo e terapeuta ocupacional. É importante salientar que a Maternidade Darci Vargas possui o menor índice de cesáreas em todo o estado.

Conforme a Dra. Raquel, a conquista do título foi uma consequência do trabalho que vem sendo desenvolvido há muito tempo. Sentem-se honrados com o mesmo, porém o maior objetivo está na prestação de serviços com qualidade e sua extensão à comunidade. Demonstra também, o interesse em despertar sua equipe a favor da humanização do parto incluindo um acompanhante para vivenciar todo este processo. Acha ser este trabalho desenvolvido pelas acadêmicas um carinho para que a Maternidade Darci Vargas dê início a participação ativa do pai ou outro acompanhante.

7.2.8. Objetivo 8:

“Desenvolver o papel de “Doula” em sala de parto e unidade de puerpério”.

Este objetivo foi realizado em algumas situações, onde a impossibilidade da entrada de um acompanhante ocorrido mediante a não aceitação de alguns obstetras de plantão que ainda não se conscientizaram da importância do parto humanizado onde a presença de um acompanhante é fundamental e por não localizá-los.

Assim sendo, após a aceitação das parturientes realizamos o papel de “Doula” estabelecendo inicialmente um vínculo onde prestávamos a assistência conforme as necessidades individuais de cada parturiente.

Reafirmando o que já foi citado na introdução; Doula é uma palavra de origem grega e significa “mulher que cuida de mulher”. Nas experiências realizadas por Marshall e Klaus (1993) com a presença de uma Doula juntamente com a parturiente foram obtidos resultados bastante significativos. Estes autores relatam que cabe ao papel de Doula, segurar, tocar e massagear conforme a necessidade e vontade da parturiente.

Nós na função de Doula, além das atitudes descritas pelos autores acima mencionados, realizamos uma assistência que procurava minimizar o sofrimento frente a situação e tentar atender as necessidades da mãe, como: segurando na mão da parturiente, acariciando o rosto, massageando os locais mais tensos, conversando, ouvindo as conferências de seus medos, apoiando, incentivando, elogiando e lhe trazendo conforto emocional, procurando localizar onde a parturiente está e levá-la onde deseja ir.

08 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1. Relato das Facilidades Encontradas

Nosso trabalho apesar de ter havido muitas dificuldades, encontramos algumas facilidades. Uma delas foi uma equipe de enfermagem que nos acolheu num momento muito especial, apoiou, abrigou e nos auxiliou no desenvolvimento deste trabalho maravilhoso. Não podemos esquecer que houveram também alguns obstetras plantonistas que aceitaram nosso trabalho e favoreceram o desenvolver do mesmo.

Acreditamos ainda que os dois pontos fortes para desenvolver o nosso trabalho foi a aceitação dos acompanhantes e das parturientes, que foram tratados com todo nosso empenho e carinho.

8.2. Relato das Dificuldades Encontradas

Apesar de ser este um novo trabalho na região, acreditávamos que não haveria impedimento para iniciá-lo na

Maternidade Carmela Dutra . Mas a maior dificuldade foi acreditar no que fora colocado para justificar a recusa. Desesperadamente saímos a procura de um novo local, pois o tempo corria e poderíamos perder o semestre se não conseguíssemos realizar o estágio.

Ao iniciarmos no Hospital Regional Homero De Miranda Gomes houve ainda a não aceitação do nosso trabalho por alguns obstetras plantonistas que nos colocavam os mesmos impedimentos mencionados anteriormente na Maternidade Carmela Dutra, tais como: estrutura física onde desenvolvemos o papel de “Doula” quando o centro obstétrico estava tumultuado e os leitos todos ocupados; quando favorecíamos a presença do acompanhante colocávamos-o de frente para sua companheira, ou seja, de costa para as outras parturientes, e solicitávamos para sair quando era necessário, respeitando a privacidade das outras parturientes; nossa falta de conhecimento também foi questionado, mas conversando informalmente com esses obstetras verificavam que havíamos nos preparado com embasamento teórico de diversos autores; o despreparo dos acompanhantes foi bem trabalhado através de orientações minuciosas e pré-requisitos para evitar qualquer transtorno no centro obstétrico e centro cirúrgico.

Observamos que o Hospital Regional Homero de Miranda Gomes é um dos maiores da Região e a demanda relativamente grande em todas as especialidades. Mas que para nossa frustração por um hospital já com muitos anos de funcionamento, não possui um histórico de sua instituição para fornecer a população e aos estagiários. Mas acreditamos que esta instituição têm uma história rica e dados a fornecer porém ainda não descritos.

Não podemos deixar de salientar que o marco teórico por nós selecionado, não contemplou as nossas necessidades mesmo considerando que Wanda de Aguiar Horta vê o ser humano como um todo, ela torna o indivíduo divisível ao separar as necessidades biológicas das psicológicas, sendo a última com pouca ênfase.

8.3. Sugestões para a Instituição

Ao chegar no final deste trabalho, acreditamos que a formação profissional foi bem conduzida, apesar das dificuldades encontradas.

Durante todo o período de estágio, buscamos rever nossa atuação.

Sendo assim, sugerimos:

- aperfeiçoar os profissionais;
- despertar os profissionais para a importância do título “Hospital Amigo da Criança”;
- contratar pessoal de enfermagem;
- elaborar um histórico contendo dados da instituição;
- conscientizar os profissionais frente a necessidade da humanização do nascimento;
- conscientizar os profissionais sobre a importância da presença do acompanhante;
- oportunizar os profissionais através da reciclagem permanente e aprofundamento principalmente as que se refere ao vínculo.

09 - CONCLUSÃO

Após desenvolvermos o projeto e executá-lo na prática, vimos que foi relevante a prévia familiarização com a área física e rotinas da unidade, permitindo um levantamento das dificuldades e facilidades teóricas e práticas que poderiam suceder no decorrer do estágio.

Mediante levantamento, o grupo pode iniciar o estágio propriamente dito, com mais segurança e conhecimento das rotinas.

O fato de termos feito uma revisão bibliográfica relacionada com trabalho de parto, parto e puerpério, abrangendo assim o conhecimento científico e com uma visão holística sobre todo o processo, nos forneceu um suporte teórico que alicerçou nossa prática no transcorrer do estágio.

Estabelecemos um marco teórico baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta seguindo seus conceitos e princípios, sendo esta a teoria que fundamentou todo o projeto assistencial.

Observamos ser de fundamental importância a presença do acompanhante na sala de pré-parto. A segurança que o mesmo transmitia à parturiente era visível se comparássemos com outra parturiente que encontrava-se sozinha.

Sabemos que nos momentos difíceis ou temerosos pelos quais passamos ou passaremos, buscamos sempre alguém com

quem temos afinidades, para que esta pessoa transmita-nos apoio, compreensão, carinho, para nos sentirmos seguros. A segurança é algo necessário, pois é através dela que conseguimos compreender o que se passa no momento e então cooperar em busca de se achar a solução mais rápida, fácil e eficiente. E assim sendo, o novo ser que chega ao mundo, poderá ter maior probabilidade de receber segurança e proteção da mãe e acompanhante já nos primeiros minutos de vida.

Este trabalho contou com a presença de vinte e uma parturientes-puérperas/recém-nascidos e nove acompanhantes, sendo também realizado o papel de “Doula”.

Com o conhecimento científico adquirido, temos certeza de que a enfermagem pode conquistar novos espaços, abrir novos caminhos e atuar com um nível de assistência que possa ver o ser humano com uma “Visão Holística”.

10- BIBLIOGRAFIA

10.1 Referenciada

01. Anais do Primeiro Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo, ABREP, 1993.
02. FELISBINO, Janete. Experiência Assistencial de Enfermagem com clientes da UTL e seus familiares a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Dissertação (mestrado de Enfermagem), UFSC, Florianópolis, 1990.
- 03.. HORTA. Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1979. 99p
04. KLAUS & KENNEL. Pais/Bebê: A formação do apego. Porto Alegre, Artes médicas, 1993.
05. LANGER, Marie. Maternidade e Sexo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

06. MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da Gravidez. Rio de Janeiro, Vozes, 1984. 163p. 6ª ed.
07. MARCONDES, Eduardo. Pediatria Básica. 8ª ed. São Paulo: Ed. Servier, 1992. 1.V.
08. MONTAGU, ASLEY. Tocar: O Significado Humano da Pele. São Paulo: Summus, 1988. 427p. 4ª ed.
09. PIZZATO, Mariana G., POIAN, Vera R. L. da. Enfermagem Neonatológica. 2ª ed. Porto Alegre: Luzzoto, 1988.
10. REZENDE, Jorge e MONTENEGRO, C. Obstetrícia Fundamental. 6ª ed. Koogan, Guanabara, 1922.
11. SANTOS, Odaléia M. Bruggemann. Org. Mecanismo do Parto. Apostila utilizada na 7ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, SD.
12. SILVA, Lorena Machado. Org. Contração Uterina. Apostila utilizada na 7ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, SD.
13. WINNICOTT, D. W. Da Pediatria à Psicanálise: Textos selecionados. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
14. ZIEGUEL, E. , CRANLEX, M. Enfermagem Obstétrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986.

10.2. Consultada

01. ABEPF (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar). Planejamento Agora. São Paulo, Ano XI (256), fevereiro 95.
02. BALASKAS, Janet. Parto Ativo: Guia prático para o parto natural. São Paulo, Ground, 1993.
03. CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo, Cultrix, 1982.
04. CREMA, Roberto. Introdução à Visão Holística: Breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. São Paulo, Summus, 1989.
05. GEORGE, Julia B. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre, Artes médicas, 1993.
06. Grandes Temas da Medicina. Gravidez e Parto. São Paulo, Nova Cultural, 1986.
07. JORNAL SAÚDE PARA TODOS. Informativo da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, janeiro 1995.
08. MINISTÉRIO DA SAÚDE SNPES/DINSAMI. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
09. OMS. Recomendações da Conferência Internacional para o Parto. Fortaleza, 1985.

10. OMS, UNICEF. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis; Genebra, 1989.
11. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, V.14, N 1, p. 34-39, janeiro, 1993.
12. SABATINO, H. & DUNN, P. M & BARCIA, R. C. Parto Humanizado: Formas alternativas. São Paulo, UNICAMP, 1992.
13. SHIMITZ, Edilza M. Enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

11 - ANEXOS

ANEXO 01

ENTREVISTA COM A PARTURIENTE

- 01 - Apresentação das Acadêmicas.
- 02 - Analisar dados contidos no prontuário da parturiente.
- 03 - Explicar sobre o trabalho.
- 04 - Explicar a função do acompanhante.
- 05 - Obter opinião da parturiente sobre o trabalho.
- 06 - Saber se a cliente deseja um acompanhante (Sim/ Não).
- 07 - Porque quer o acompanhante?
- 08 - Quem é o acompanhante desejado?
- 09 - Porque foi este o acompanhante escolhido?
- 10 - Dados sobre o acompanhante.
- 11 - Grau de afinidade com o acompanhante.
- 12 - Disponibilidade do acompanhante (horário e aceitação para acompanhar).
- 13 - Como localizá-lo?

ANEXO 02

DADOS DA PARTURIENTE

Dados Pessoais:

Número do prontuário:

Data:

Nome:

Cor:

Idade:

Data de nascimento:

Religião:

Estado civil:

Grau de escolaridade:

Profissão:

Local de trabalho:

Procedência:

Local de nascimento:

Naturalidade:

Endereço residencial:

Responsável pela internação:

Grau de parentesco:

Endereço do responsável pela internação:

Em caso de urgência avisar à:

Fone de contato:

Médico assistente:

Médico residente:

Tempo de permanência (dias):

Data de saída:

Dados Obstétricos:

Antecedentes:

Familiar:

Pessoais:

Ginecológicos:

D.U.M:

Número de gestas:

Número de paras:

Número de abortos:

Movimentos ativos do feto aos ____ meses.

Evolução na gestação (número de semanas):

Data provável do parto:

Diagnóstico médico:

Exame físico da parturiente:

Estado geral:

Facies:

Altura:

Peso:

Biótipo:

Mucosas visíveis:

Pêlos:

Pele:

Edemas:

Varizes:

Exame clínico (aparelhos):

P.A:

Pulso:

Temperatura:

Dados referentes a gestação:

Grupo sanguíneo: Fator RH:

Gestações anteriores:

Nascidos vivos:

Atualmente vivos:

Abortos:

Doenças anteriores:

Gestoses nesta gravidez:

Mamas:

Lactação anterior:

Pré-Natal:

Trabalho de parto:

Duração do trabalho de parto:

Data e hora:

Dilatação do cólo em cm:

Membranas:

Rotura / horas antes:

Cor do líquido:

Batimentos cardíaco-fetais:

Secundamento:

Mecanismo:

Placenta:

Cordão:

Períneo:

Rotura:

Episiotomia:

Analgesia/anestesia:

Diagnóstico médico:

Operação:

Médicos:

Duração da gestação:

Duração do trabalho de parto:

Apresentação:

Posição:

Drogas administradas:

Motivos, se foi operatório:

Complicação:

Recém-nascido:

Sexo:

Cor:

Peso:

Altura:

Perímetro cefálico:

Perímetro torácico:

Apgar: Primeiro minuto:

Quinto minuto:

Discriminação de sinais importantes:

Impressão geral:

Observações:

Transfusões:

Alergias:

Hábitos e preferências:

Medos e expectativas:

ANEXO 03

ENTREVISTA COM O ACOMPANHANTE

- 01 - Apresentação das acadêmicas.
- 02 - Explicar sobre trabalho e checar pré-requisitos do acompanhante.
- 03 - Explicar a função do acompanhante.
- 04 - Obter a opinião do acompanhante.
- 05 - Falar sobre a opinião da parturiente.
- 06 - Perguntar se gostaria de acompanhar e o por quê.
Caso seja positiva a resposta:
- 07 - Colher os dados de registro do acompanhante:
 - Nome:
 - Sexo:
 - Idade:
 - Religião:
 - Estado civil:
 - Grau de escolaridade:
 - Profissão:
 - Local de trabalho:
 - Horário de trabalho:
 - Procedência:
 - Local de nascimento:
 - Endereço residencial:
 - Grau de afinidade com a parturiente:
- 08 - O que sabe sobre parto.
- 09 - Orientar sobre trabalho de parto.
- 10 - Orientar sobre os procedimentos da equipe e seu comportamento na sala de parto:
 - Procedimentos da equipe:
 - * Episiotomia.
 - * A equipe sabe o que deve fazer, cada membro sabe sua função.

* A equipe permanecerá paramentada durante todo o período.

* O recém-nascido receberá atendimento imediato pela equipe como: aquecimento, aspiração e identificação.

* Após este atendimento, o recém-nascido será colocado em contato com a mãe para amamentação.

* Depois o recém-nascido será encaminhado para o berçário.

Comportamento do acompanhante:

* Manter-se afastado dos campos cirúrgicos e pessoas paramentadas.

* Permanecer ao lado da parturiente.

* Sair da sala de parto o mínimo possível.

* Comunicar às acadêmicas, caso esteja acontecendo algum problema. .

* Perguntar às acadêmicas tudo que sentir necessidade.

* Evitar permanecer em local de trânsito da equipe.

* É proibido comer, beber e fumar em sala de parto.

* Manter um nível de conversação semelhante ao da equipe, usando um tom de voz baixo e agradável.

OBSERVAÇÃO: Mesmo estando em sala de parto, o acompanhante poderá ser convidado a se retirar, sendo assim acompanhado por uma acadêmica.

ANEXO 04

PRÉ-REQUISITOS PARA SELEÇÃO DO ACOMPANHANTE

A FAVOR

01. PARTURIENTE

- Desejo da parturiente.
- Afinidade com a parturiente.
- Idade acima de quinze anos.
- Nível de compreensão das informações.
- Equilíbrio emocional.
- Participação no pré-natal.

02. EQUIPE

- Consentimento da equipe.
- Recursos humanos suficientes.

03. ESTRUTURA

- Alojamento conjunto.

04. LEIS / POLÍTICAS / PROPOSTAS.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

OBSERVAÇÃO: Avaliação do contexto, relacionado aos critérios, para cada caso.

PRÉ-REQUISITOS PARA SELEÇÃO DO ACOMPANHANTE

CONTRA

01. PARTURIENTE

- Desejo da parturiente.
- Alcoolizado.
- Drogado.
- Portando armas.
- Doenças cardíacas e hipertensão.
- Em crise respiratória.
- Claustrofobia.
- Parto de risco e/ou com intercorrências.
- Experiências negativas com sangue e/ou outros partos.
- Fumante inveterado.
- Puramente curiosidade.
- Alegação de falta de condições psicológicas de ambas as partes.

02. EQUIPE

- Falta de pessoal.
- Veto de alguns elementos da equipe.

03. ESTRUTURA

- Greve.
- Movimento acentuado.
- Falta de roupas.

04. LEIS / POLÍTICAS / PROPOSTAS

OBSERVAÇÃO: Avaliação do contexto, relacionado aos critérios, para cada caso.

ANEXO 05

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE/FILHO (NO PUERPÉRIO)

Postura da mãe com o recém-nascido:

* Embala o recém-nascido:

() Sim () Não

* Olha diretamente para o recém-nascido:

() Sim () Não

* Troca as fraldas do recém-nascido:

() Sim () Não

* Acaricia o recém-nascido:

() Sim () Não

* Conversa com o recém-nascido:

() Sim () Não

* Tenta permanecer mais tempo com o recém-nascido:

() Sim () Não

* Reconhece o recém-nascido como seu filho:

() Sim () Não

Preocupação da mãe com o recém-nascido em relação a:

* Frio

() Sim () Não

* Fome

() Sim () Não

* Sono

() Sim () Não

* Molhado

() Sim () Não

* Dor

() Sim () Não

Preocupação da mãe sobre o cuidado com o recém-nascido em relação a:

* Cordão umbilical

* Amamentação

* Alimentação

* Chupeta

* Banho

* Vestimenta

Rejeições expressas pela mãe em relação ao recém-nascido:

Observação das acadêmicas:

ANEXO 06

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE
WANDA DE AGUIAR HORTA
(ADAPTADA PARA SALA DE PARTO
PRIORIZANDO AS NECESSIDADES AFETADAS)**

01. ABRIGO
02. ACEITAÇÃO
03. AMBIENTE
04. AMOR
05. APRENDIZAGEM
06. ATENÇÃO
07. AUTO-ESTIMA
08. AUTO-IMAGEM
09. AUTO-REALIZAÇÃO
10. COMUNICAÇÃO
11. CRIATIVIDADE
12. CUIDADO CORPORAL
13. ÉTICA
14. ELIMINAÇÃO

15. ESPAÇO
16. EXERCÍCIO E ATIVIDADES FÍSICAS
17. GREGÁRIA
18. HIDRATAÇÃO
19. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA
20. INTEGRIDADE FÍSICA
21. LAZER
22. LIBERDADE
23. LOCOMOÇÃO
24. MECÂNICA CORPORAL
25. MOTILIDADE
26. NUTRIÇÃO
27. OXIGENAÇÃO
28. ORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO
29. PARTICIPAÇÃO
30. PERCEPÇÃO: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa
31. RELIGIÃO

32. RECREAÇÃO

33. REGULAÇÃO: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular

34. SEGURANÇA

35. SEXUALIDADE

36. SONO E REPOUSO

37. TERAPÊUTICA

OBS: Os itens acima citados serão priorizados conforme as necessidades afetadas, para cada cliente afetada.

ANEXO 07

RELATÓRIO DA SEMANA

03.04.95 à 09.04.95

O estágio não foi iniciado em sala de parto da Maternidade Carmela Dutra, como havíamos previsto pelo fato de não possuímos autorização do corpo clínico. Neste período permanecemos analisando e completando itens pendentes dos instrumentos, em anexo, que serão utilizados durante a realização do estágio.

Durante o plantão, as acadêmicas apresentaram-se a enfermeira e equipe do plantão (conforme os locais mencionados anteriormente no cronograma), explicando sobre o trabalho a ser desenvolvido e o motivo da não presença em sala de parto e puerpério, pela necessidade do aval do corpo clínico a ser concebido em 10/04/95.

Durante a permanência no local de estágio as acadêmicas realizaram reconhecimento da estrutura física da sala de parto, unidade de puerpério e centro cirúrgico. Devido ao tempo de permanência no local, houve ambientação do local, afim de proporcionar maior segurança e agilidade no iniciar do estágio.

Visitamos o posto da Lagoa da Conceição, com o propósito de saber e conhecer o trabalho desenvolvido pelo médico "Pedrão". Ouvimos atentamente os relatos de suas experiências (causos) de parto domiciliar. Ficamos encantadas e comovidas pela forma de como desenvolve a humanização do parto.

No sábado (pela manhã), as acadêmicas Ana Lúcia e Maria Elisa participaram da Feira da Saúde realizada no Largo da Alfândega a qual comemorava o Dia Mundial da Saúde, fornecendo orientações acerca de planejamento familiar, parto

súbito, trabalho de parto e aleitamento materno, percebendo claramente a grande carência da população de forma geral a respeito dos assuntos abordados.

Como finalizar da semana, houve a reunião das acadêmicas como momento de crescimento enquanto grupo através da troca de experiências vivenciadas, ensaio e adaptações para reapresentação do teatro, já ocorrida anteriormente na UFSC com a finalidade de expor o projeto a ser desenvolvido.

RELATÓRIO DA SEMANA

10.04.95 à 15.04.95

Iniciamos a semana com a apresentação do projeto ao corpo clínico da Maternidade Carmela Dutra, optamos por apresentá-lo sob forma de teatro como havíamos feito na Universidade. Debates a respeito do mesmo, sendo ao final realizada uma votação pelo corpo clínico, os quais decidiram por unanimidade a não realização do projeto nesta instituição, alegando motivos como: falta de espaço, despreparo do acompanhante e das acadêmicas, experiências negativas vivenciadas pelos médicos em relação ao acompanhante na sala de espera e pelo fato deste projeto não ser de pesquisa e sim assistencial.

Discutimos com a orientadora a respeito da não aceitação do projeto na Maternidade Carmela Dutra e decidimos procurar outro campo de estágio ou até mesmo a mudança do projeto. Em comum acordo com a orientadora decidimos paralisar as atividades da semana e reiniciá-las na semana seguinte, visto que houve um grande desgaste emocional.

Durante o decorrer da semana, individualmente as acadêmicas refletiram e trabalharam sobre o momento vivenciado e procuramos alternativas para desenvolver o projeto.

Entramos em contato com o médico "Pedrão" para viabilidade de ser desenvolvido o projeto no posto da Lagoa da Conceição. Para nossa frustração, a enfermeira do posto estava afastada por tempo indeterminado, não havendo substituta no momento.

RELATÓRIO DA SEMANA

17.04.95 à 22.04.95

Retomamos as atividades iniciando pela procura de um campo de estágios na Policlínica de Referência Regional de Florianópolis e no PAM do centro, sendo que não obtivemos sucesso, pelo fato de não possuir supervisora em ambas as instituições e atividades desenvolvidas na área de obstetrícia.

Em reunião com coordenadora da fase e orientadora, levantou-se a hipótese de ir em busca de campo de estágio no Hospital Regional de São José, com a proposta de modificação em relação ao acompanhante, sendo que as acadêmicas fariam o papel de “Doulas” até a aceitação da equipe referente a permanência do acompanhante em sala de parto.

Realizamos a visita à instituição juntamente com a coordenadora da fase e apresentamos o projeto para a enfermeira responsável pelo Centro Obstétrico e enfermeira de plantão da unidade de puerpério. Fomos bem aceitas pela equipe. Desta forma reiniciamos o estágio na referida instituição.

Realizamos dois dias de estágio pela manhã para ambientação e adaptação ao novo campo. Em sala de parto as acadêmicas acompanharam os procedimentos realizados nas parturientes, já iniciando o papel de “Doula” em parto cesárea. Havendo a todo instante troca de informação entre acadêmicas e equipe nas duas unidades.

Na unidade de puerpério houve participação das acadêmicas na palestra sobre aleitamento materno e planejamento familiar. Sendo fornecido apoio emocional e orientação a uma puérpera de recém-nascido prematuro.

Conhecemos durante a permanência, as normas e rotinas adotadas por ambas as unidades, havendo a todo instante troca de informações entre acadêmicas e equipe.

Na reunião realizada no final de semana entre o grupo, foi exposto a motivação de cada uma das acadêmicas referente a aceitação do projeto.

ANEXO 08

UMA GRAVIDEZ INDESEJADA

E. F., 21 anos, solteira, católica, procedente de Monte Cristo e natural de Florianópolis, é do lar, 1º grau incompleto. A parturiente chegou a triagem obstétrica às 20h30, acompanhada por sua mãe, apresentando o diagnóstico de trabalho de parto. Esta é sua 1ª gravidez, nega tabagismo, alcoolismo, alergias, transfusões e/ou complicações durante a gestação. Seu grupo sanguíneo é AB, tendo como fator RH+. Calculamos a data provável do parto que seria em 29/04/95. Relata ter sentido os movimentos ativos do feto aos 04 meses. Realizou duas consultas pré-natal. Deu entrada no Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra, apresentando 03 cm de dilatação do colo uterino. Após preenchimento de todos os formulários necessários, foi-lhe explicado o trabalho a ser desenvolvido pelas acadêmicas, neste momento as acadêmicas fariam o papel de “Doula” pelo motivo de esta ser a primeira parturiente a ser acompanhada em tempo integral e pelo motivo de melhor interação das acadêmicas com a equipe antes da permanência de um acompanhante. A parturiente, manifestando sua aprovação mencionou: “Acho legal a idéia de vocês, sinto medo de que alguma coisa saia errada”. Tentando trabalhar um pouco este medo manifestado pela parturiente, soubemos que esta foi uma gravidez indesejada, e ao falar de seu namorado, refere-se ao mesmo com palavras pejorativas: “cachorrão e canalha que nunca verá a criança”. Após seu pai ter ficado sabendo sobre a gravidez, rompeu a relação pai e filha, sendo que a parturiente encontra-se com medo por possível rejeição ao neto, também. Tentando minimizar suas preocupações, medo, angústia, cansaço e dor, foi realizada massagem de conforto e visualização criativa, onde a parturiente imaginou seu quarto, especificamente sua cama, e nela estava repousando com toda tranquilidade. Neste momento, a parturiente dormiu por cerca de 30 minutos, acordando devido a uma contração

mais forte. Seu trabalho de parto durou aproximadamente 11 horas, sendo que fez uso de syntocinon, hidralazina e plasil pois a parturiente apresentou dois episódios de vômitos em média quantidade, líquido biliar. Nos momentos que procederam ao parto, as acadêmicas permaneceram todo tempo ao seu lado, segurando sua mão e orientando sobre as etapas do trabalho de parto. Atingindo a dilatação total, foi encaminhada a mesa obstétrica. Deu-se o início do período expulsivo, sendo que a parturiente foi encorajada e apoiada pelas acadêmicas. Após o nascimento, a parturiente rapidamente disse: "É menino ou menina, meu bebê?" Uma acadêmica respondeu: "É um menino". E ela perguntou: "Está tudo bem com ele? Por que ele não chorou ainda? Quero ver ele". As acadêmicas responderam: "Calma, E. , ele está recebendo os cuidados necessários, após isto, ele será colocado em seu colo. Pesou 3.550 g, com apgar de 3 e 7 no 1º e 5º minuto respectivamente, sendo explicado estes números tão baixos pelo fato de que o bebê aspirou grande quantidade de mecônio. Por este motivo, foi colocado o recém-nascido junto a mãe, por pouco tempo para ser logo encaminhado ao berçário. A mãe, ao olhar para seu filho que foi colocado em seu colo, perguntou: "O que é isso na cabeça dele"? As acadêmicas explicaram ser bossa sangüinolenta, causada pela permanência prolongada do recém-nascido no canal do parto. Explicaram ser normal e que seria absorvido com o tempo, porém mesmo assim a parturiente solicitou a opinião de uma funcionária, obtendo a mesma fornecida pelas acadêmicas. Mostrou-se mais confiante. A mãe suspirou aliviada e começou a acariciar seu bebê, afastou o cobertor que estava envolvendo o bebê para ter uma visualização ampla. Sem mencionar qualquer palavra, beijou suas mãozinhas e rosto. Chorou ao ser separada de seu filho, sendo o mesmo encaminhado ao berçário.

Deu entrada na unidade de puerpério as 10h15 não ocorrendo nenhuma anormalidade. Após contato com o berçário as acadêmicas souberam que o recém-nascido levaria mais algum tempo para ser liberado, informando a mãe do acontecido em sala de parto a respeito do mecônio. A mãe ouviu atentamente e

questionou: “Ainda vai demorar muito tempo? Ele está bem mesmo?” As acadêmicas tentando tranquilizá-la, disseram: “Não sabemos ao certo o horário que ele vai vir, porém a enfermeira do brerçário falou-nos que ele está só aguardando a liberação do médico”. A mãe mencionou: “Ai que bom assim eu fico mais tranqüila, pensei que tinha acontecido alguma coisa de ruim com ele”. Questionou a respeito dos cuidados com o recém-nascido, coto umbilical, vacinação, teste do pezinho e assaduras. Foi orientada sobre as indagações acima citadas e a respeito de aleitamento materno e cuidados com a episiorrafia. Na despedida das acadêmicas-puérpera, ouvimos as seguintes palavras: “Achei muito legal vocês ficarem comigo todo esse tempo, se não fossem vocês, meninas, não sei se conseguiria suportar aquelas dores horríveis”.

O PRIMEIRO ACOMPANHANTE

R. B. K., 22 anos, casada, católica, procedente de Forquilhas, natural de Florianópolis, 2º grau completo, trabalha de auxiliar de classe em creche da Polícia Militar Feminina. A parturiente chegou a triagem obstétrica às 15h00, para cesárea eletiva sendo motivo macrossomia fetal, estava acompanhada de seu marido e tio. Ao chegarmos no Centro Obstétrico a parturiente encontrava-se tranqüila e aguardava resposta da equipe médica a respeito da possibilidade de seu tio entrar no Centro Cirúrgico para filmar o parto cesárea. Conversamos com a parturiente explicando sobre o trabalho desenvolvido por nós (acadêmicas). Obtivemos como resposta da parturiente “sim” e a declaração que acredita ser de suma importância a presença de um acompanhante na sala de parto por transmitir segurança, apoio emocional, e acredita que todas deveriam ter a mesma oportunidade. Esta é a sua 2ª gestação, tendo uma cesárea há 4 anos, amamentando na ocasião até os 4 meses o bebê. Na gestação atual, sentiu os movimentos ativos do feto aos 4 meses. Data da última menstruação 27/07/94, data provável do parto 14/05/95, evolução da gestação 40 semanas e 1 dia, fez 8 consultas de pré-natal, com a presença do pai em todas as consultas. Fumante de 3 cigarros ao dia há \pm 6 anos, nega doenças anteriores e gestoses na gravidez, grupo sanguíneo O +. Iniciamos o trabalho sendo mediadoras para conseguir a entrada de seu tio no centro cirúrgico. Este foi o primeiro parto que conseguimos colocar um acompanhante, sendo facilitado pelo fato do mesmo ser da área da saúde (Enfermeiro formado há 15 anos e conhecer a equipe do Hospital Regional), trabalha no hospital Colônia Santana e Hospital Universitário. No pré-parto foram orientados sobre os procedimentos e a rotina do centro cirúrgico em relação ao parto cesárea. Já no centro cirúrgico a parturiente recebeu anestesia peridural dando início ao parto cesárea, sendo filmado todo o processo. Durante toda a cesárea, a parturiente observava tudo

atentamente pelo foco central que refletia como espelho. Ao ver seu filho sendo retirado de seu ventre, começou a chorar juntamente com o bebê, e em soluços exclamou: "Muito obrigada, meu Deus! Deu tudo certo". O bebê recebeu os primeiros cuidados, sendo que a mãe não desviava o olhar do filho. O tio, retirou o bebê do berço, colocou-o em seu colo, levando-o até a mãe, com a seguinte frase: "Como ele é grandão, vai ser um alemão igual ao que você deixou em casa". A mãe concordando com o tio disse: "Deixa só ele ver o bebê, não vai ter quem tire ele de perto". Fixou seu olhar no bebê, pediu para que o mesmo fosse mais aproximado, cheirou e beijou na bochecha. O recém-nascido era vigoroso, ativo, sexo masculino, peso 4.500 g, apgar no 1º e 5º minuto 9. Foi encaminhado para o berçário sendo beijado e acariciado pela mãe onde a mesma se emocionou e chorou ao ser separada do bebê. Ao término da cirurgia nos despedimos do acompanhante que agradeceu a ajuda. A puérpera foi acompanhada pelas acadêmicas até a sala de recuperação onde recebeu todos os cuidados de pós-operatório e período de Greenberg.

No puerpério a mãe encontrava-se no leito, sendo retirado fluidoterapia e encaminhada para banho de aspersão, onde recebeu auxílio das acadêmicas. Referiu seu desejo de rever o bebê e permanecer com ele. Recebeu visita do marido que filmou emocionado e sorridente a chegada do bebê ao quarto; a mãe pegou o bebê no colo com afago, acariciou e conversou com ele, e o reconheceu como seu filho dissendo: "Ele é branquinho como eu, lourinho como o avô, mas o rostinho é do pai". E o pai pegou-o no colo, acariciou, beijou as mãozinhas e testa e embalou aconchegando em seu colo. A mãe trocou o bebê, colocando as roupinhas que trouxe, depois deu de mamar mas o bebê não sugou.

Puérpera e marido receberam orientações sobre cuidados com o recém-nascido; mãe sendo estimulada e orientada ainda sobre aleitamento materno. Deixamos ao casal, e o mesmo agradeceu sobre a presença do acompanhante; nossos cuidados e orientações, e pelo apoio emocional que havíamos proporcionado também à parturiente- puérpera.

O CASAL NOTA 10

L. M., 24 anos, casada, católica, do lar, tem o 2º grau incompleto. É procedente de Barreiros e natural de Florianópolis. Esta é sua 1ª gestação, tendo sentido os movimentos ativos do feto aos 05 meses de gestação. Não sabe ao certo o último dia de sua menstruação, e pela USG encontra-se hoje com 39 semanas e com cesárea eletiva. Nega doenças anteriores e gestoses na gravidez. Realizou oito consultas de pré-natal, sendo que o médico que acompanhou-a era o mesmo que estava de plantão naquela noite. Assim sendo, ao saber sobre o desenvolvimento deste projeto mostrou a grande vontade de fazer parte, alegando: "durante as minhas consultas de pré-natal sempre pedi ao médico que deixasse meu marido me acompanhar na hora da cesárea, sendo que ele argumentava: não posso, lá existe normas que tem que ser cumpridas, e se eu deixar seu marido entrar, as outras mulheres também vão querer". Assim sendo, a parturiente relatou que foi se acostumando com a idéia, mas quando ouviu a outra (parturiente) comentando que o marido dela ia entrar com ela, solicitou as acadêmicas que seu marido também entrasse. Após este depoimento, conversamos com a parturiente na tentativa de que compreendesse a nossa proposta de trabalho, ou seja, conversaríamos antes com a parturiente, a partir da sua aceitação em fazer parte de nosso trabalho, orientaríamos a mesma e seu acompanhante, então permaneceríamos junto aos dois em todo o período do trabalho de parto e parto. Mas isto já tinha ocorrido, pois ao conversarmos com a 1ª parturiente, a mesma aceitou a idéia e demos início ao trabalho com a introdução do acompanhante (seu marido). À L. M., foi explicado sobre a hipótese de se fazer o trabalho com duas parturientes na mesma noite, porém necessitaríamos de tempo. Mas toda a conversa parecia ser em vão,

pois a parturiente queria a todo custo o marido a seu lado. Ao realizarmos o trabalho com a 1ª parturiente da noite, iniciamos as orientações à L.M. e seu esposo, R.R. de 30 anos, pedagogo, funcionário da Polícia Rodoviária Federal. O acompanhante possuía conhecimento, por ter realizado treinamento devido a profissão e conta ter feito um parto sozinho, pois estava trabalhando e não dava tempo de chegar a um hospital. Achou ótimo ter a oportunidade de permanecer junto a esposa dizendo: “É um momento tão difícil para ela por ela não saber nada sobre o que vai acontecer lá dentro e além disso ela deposita muita confiança em mim e sente medo quando não estou por perto”. O esposo após ser orientado, entrou no Centro Obstétrico, quando viu sua esposa foi imediatamente ao seu encontro, pegou em sua mão, beijou sua testa, e disse: “Viu só, eu vou ficar do teu lado, fique bem calma, vai dar tudo certo”. Já na cesárea, o esposo ao ver que o médico iria fazer a anestesia disse: “Querida você vai sentir um geladinho nas costas, é a anestesia, fique bem quietinha que vai dar tudo certo”. No decorrer da cesárea, todo instante o acompanhante ficou tocando no rosto de sua esposa, sem se ausentar e mencionava o seguinte: Está indo tudo bem, logo, logo vai acabar, agora eles vão retirar o bebê”. Neste momento, ao ver o bebê sendo retirado da mãe a emoção o contagiou e o esposo beijou-a emocionado dizendo: “É uma menina toda perfeitinha, parabéns querida”. E a parturiente disse: “Vai lá querido, vai lá ver ela e venha me contar como é”. Ele dirigiu-se até o berço e a esposa disse a uma acadêmica: “Ele está feliz, eu pensei que eu fosse ver antes que ele meu filho, mas não posso fazer isso, deixa ele lá, ele tá feliz, olha como ele sorri”. Ao voltar acariciou o rosto de sua esposa, e no momento em que a acadêmica trouxe o bebê pra perto da mãe e pai, houve grande momento de emoção e os dois choraram expressando a alegria. O recém-nascido pesou 3.780 g, com apgar 9 e 9, encontrava-se ativo, vigoroso e eupneico. Este clima permaneceu até o término da cesárea, sendo que a esposa foi levada à sala de recuperação junto com uma acadêmica, e a outra despediu-se do acompanhante ouvindo: “Muito obrigado, eu nunca vou esquecer o que vocês fizeram pra

mim, estou bastante emocionado, participar do nascimento de minha filha foi demais, penso que quando ela crescer vou ter orgulho de contar pra ela como foi esse momento. É uma pena que eu não trouxe máquina para fotografar tudo. Esse trabalho de vocês é maravilhoso e devia ser norma do hospital que ficasse alguém junto com elas na hora do parto. Minha esposa estava bem calma e isso ocorreu porque eu estava lá. É difícil descrever tudo o que senti, mas uma coisa vocês podem ter certeza estou muito feliz e devo isto à vocês, espero que não parem com este trabalho tão lindo e que mais pessoas possam sentir parte do que sinto agora". A parturiente agradeceu a todo instante a oportunidade cedida, falando: "Tanto que eu pedia pro meu médico deixar ele ficar comigo e ele não deixava, aí chego aqui e ele consegue entrar graças a vocês. Nem sei explicar como estou me sentindo, só sei dizer que estou muito feliz".

A puérpera foi encaminhada à sala de recuperação e após a unidade de puerpério. Ficou em apartamento onde o marido permaneceu o tempo todo ao seu lado. Recebeu visita da mãe e da sogra, ambas juntamente com o marido foram ao berçário ver o bebê. Ao retornarem mostravam a euforia por terem visto o bebê e tentavam comparar com os familiares, ou seja, o olho é todo da mãe, o nariz é do avô paterno, cabeludo igual ao pai, etc. E a mãe, ficou mais ansiosa ainda para ver seu bebê. Apesar de que iria vê-lo somente à tarde, conforme rotina para puérpera de cesariana, pois o bebê recebe alta do berçário conforme o estado da mãe. As avós do bebê comentaram que a mãe havia referido, anteriormente, a felicidade de ter sido acompanhada pelo marido. Ao final da manhã, as acadêmicas despediram-se de todos e ouviram vários agradecimentos. Levantaram a hipótese de ambos (pai e mãe) comparecerem na apresentação final do relatório e realizarem um depoimento sobre o momento vivenciado. Ambos aceitaram dizendo que fariam com todo prazer. As acadêmicas, contentes com a aceitação referente ao depoimento, pegaram endereço completo e telefone para contato, agradeceram e despediram-se.

UM MEDO SUPERADO

A. C. R., 29 anos, casada, católica, procedente do Kobrasol, natural de Florianópolis, trabalha no laboratório do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, como auxiliar de laboratório. A parturiente chegou na triagem obstétrica às 20h00 para cesárea eletiva, estava acompanhada de seu marido. Esta é sua terceira gestação, possui um filho vivo e teve um aborto espontâneo. Através de cálculos, foi encontrado como data provável do parto dia 18/05/95, pois a data de sua última menstruação foi 11/08/94. Ao chegar no Centro Obstétrico as acadêmicas explicaram o trabalho a ser desenvolvido, obtendo imediatamente a sua aceitação, mencionando: "Acho ótimo este trabalho que vocês estão querendo desenvolver, com certeza todas vão querer alguém do seu lado. Não sei a reação do meu marido, porque ele tem medo dessas coisas, mas eu ia adorar que ele ficasse comigo". Após este depoimento, procuramos seu marido, explicando o trabalho e a vontade manifestada por sua esposa. Desta forma, ele reagiu dizendo-nos: "Se esta é a vontade da minha esposa eu vou e fico com ela, mas não posso ver sangue". As acadêmicas questionaram a respeito de sua vontade independente da manifestada por sua esposa, foi quando nos falou: "eu acho legal, mas não me sinto preparado". Orientamos todos os procedimentos realizados numa cesariana deixando-o bem a vontade para manifestar suas dúvidas e opção quanto ao tempo de permanência dentro do Centro Cirúrgico. Obtivemos como resposta: "Se é desta forma quero entrar". Acompanhante A.B., 42 anos, casado, estudou até a 5ª série do 1º grau e atualmente é comerciante. O levamos até sua esposa, que o recebeu com alegria e surpresa. Complementamos as orientações e aguardamos a sua chamada. Neste momento manifestaram sua preocupação em relação a uma microcalcificação a nível de

intestino do feto, observada através da ultra-sonografia, e ainda não esclarecida. Conforme seu médico do pré-natal após o nascimento seria expelido com as fezes. Tentamos tranqüilizá-los e a parturiente comentou que queria que o recém-nascido fosse fisicamente perfeito. No Centro Cirúrgico, no momento de anestesia, a parturiente começou a chorar sendo amparada por uma acadêmica. Teve início o procedimento cirúrgico já com a presença do acompanhante. Em determinado momento ele solicitou para se retirar por não estar se sentindo bem, foi acompanhado por uma acadêmica, após sua melhora e simultaneamente ao ouvir o choro de sua filha manifestou a vontade de vê-la. Ao entrar na sala, foi direto observar sua filha. Observou atentamente a mesma recebendo os cuidados imediatos. Ficou maravilhado com a situação, sorridente e com lágrimas nos olhos, aproximou-se de sua esposa, beijando-a e informando-a: "Nosso bebê é lindo e todo perfeitinho". E a esposa, começou a chorar como forma de desabafo e alívio. O esposo emocionado, secou suas lágrimas, aproximou-se do rosto da esposa, beijou-a novamente e acariciou seu rosto. O recém-nascido era do sexo feminino, peso 4.230 g, e com apgar 8 e 9. Ao ser retirada do berço, foi colocada no colo do pai que a embalou, aconchegou, acariciou e aproximou-a de seu rosto para beijá-la. Mostrou à mãe que chorando novamente pediu para senti-la em seu rosto. Os médicos, presenciando este momento de tanta emoção, elogiaram as acadêmicas pela assistência diferenciada. O bebê foi encaminhado ao berçário. Para a surpresa, o marido observou sua esposa sendo suturada sem ter nenhuma reação de mal estar, o que provocou uma imensa alegria, visto que superou o medo de ver sangue. Após o término, uma acadêmica acompanhou a puérpera até a sala de recuperação, onde a mesma agradeceu a oportunidade proporcionada desejando sucesso no decorrer do estágio. A outra acadêmica, ao se despedir do acompanhante ouviu as seguintes palavras: "É excelente o trabalho que vocês estão desenvolvendo. Estar junto da pessoa a quem ama e transmite muita segurança, é bem pior para quem fica lá fora. Eu não sabia quase nada a respeito de parto e imaginava muitas coisas, diferentes, entre elas que o

Centro Cirúrgico era enorme, cheio de aparelhos e uma correria de toda a equipe. Em relação a permanência ao lado de minha esposa senti muita emoção, acho que até a criança sentiu essa coisa positiva, sendo ela um pedaço do pai e da mãe. Quando ouvi o chorinho de minha filha, a única coisa que pensei era pegar ela no colo, para esquentar e ouvir o seu chorinho. Me sinto realizado por ter estado ao lado da minha esposa neste momento tão importante e por ver as coisas diferentes do que eu pensava”.

Na manhã seguinte, no puerpério, a mãe encontrava-se bastante ansiosa, aguardando a chegada de seu filho. Devido ao problema citado anteriormente com o recém-nascido, o mesmo estava sendo avaliado minuciosamente no berçário, e não seria liberado até serem completados os exames solicitados. Aproveitando a oportunidade, foi esclarecido à puérpera os cuidados referentes a amamentação, cicatrização do coto e cuidados com o recém-nascido, e em todo o decorrer do tempo, foi-se tentado tranquilizar a mãe. Foi auxiliada no banho de aspersão como tentativa de relaxamento e melhor bem estar. Ao retornar, a mesma demonstrou menos ansiedade. O recém-nascido não havia subido para a unidade até a despedida das acadêmicas à puérpera.

JA NASCEU QUERIDA!

E. M. G., 38 anos, amasiada, católica, estudou até a 4ª série do 1º grau, empregada doméstica, procedente de Ponte de Imaruí e natural de Siderópolis. Essa é a sua 6ª gestação, teve 5 partos normais e atualmente tem três vivos e dois natimortos. Fez quatro consultas pré-natal, tendo sentido os movimentos ativos do feto aos 4 meses, data da última menstruação 03 de agosto de 1994, data provável do parto 10 de maio de 1995, havendo tido nesta gravidez hipertensão. Chegou ao centro obstétrico às 21h30 com 3 cm de dilatação. Conversou-se e expôs o objetivo e pré-requisitos do trabalho, a equipe de enfermagem e médico plantonista, que aceitaram a presença do acompanhante. As acadêmicas se apresentaram à parturiente e a colocaram a par do trabalho desenvolvido e obtiveram seu consentimento, dizendo: “Pra mim me sentir mais segura e pro meu marido ver tudo o que a gente passa aqui dentro”. Uma acadêmica saiu em busca do acompanhante. Ao encontrá-lo foi exposto os objetivos do trabalho e avaliado os pré-requisitos a favor e contra sua presença. Não havendo qualquer impedimento, foi orientado e encaminhado até o centro obstétrico, ao encontro de sua companheira. Acompanhante, N. M. J., 49 anos, acredita em Deus não freqüentando nenhuma igreja em específico, 1º grau completo, procedente de Ponte de Imaruí (Palhoça) e natural de Siderópolis. Já ajudou em partos quando trabalhou na Polícia Militar, atualmente trabalha como ajudante de transportes. Ao chegar junto a sua companheira, disse: “Como é que esta neguinha, agora eu estou aqui”, beijou a testa de sua esposa com afeto e segurou forte sua mão. A parturiente recebeu seu companheiro com sorriso e um suspiro fundo como se sentisse um alívio por não se sentir mais sozinha. O acompanhante permaneceu todo momento acariciando e conversando com sua companheira, a mesma em nenhum segundo largou sua mão. Por ser múltipara

alcançou rapidamente dilatação total e sendo encaminhada para a sala de parto. Na sala de parto a parturiente ficou um pouco nervosa e agitada, nesse instante seu companheiro segurou firme sua mão, dizendo: "Nega ele tá quase nascendo, falta pouco, não vai se desesperar agora, eu estou aqui". A parturiente estava recebendo anestésico para fazer episiotomia, sem ter sido terminado a episiotomia, veio a última contração que traria ao mundo seu filho. O acompanhante, neste instante, permaneceu estimulando e apoiando sua companheira, que deu à luz a uma menina. O pai ao ver sua filha entre as pernas de sua companheira, exclamou: "Já nasceu querida! Foi rápido, viu?" O bebê foi levado para o berço aquecido para receber os primeiros cuidados, peso 2.300 g, apgar 8/9. O pai não desviava o olhar de sua filha e relatava tudo o que faziam para sua companheira. Pegou o bebê, beijou-o e acariciou seu rosto e mãos, embalou por alguns minutos em seguida colocando-a sobre o corpo de sua companheira, que ao pegar sua filha no colo exclamou: "Como ela é miudinha e levinha, pai! Mas é tão bonitinha!" Beijou as mãozinhas da nenê que em seguida foi levada para o berçário por uma acadêmica. O pai se despediu também sorridente de sua filha. Permaneceu em todo período de Greenberg com sua companheira e acadêmicas, após se despediu de sua companheira com um beijo na testa e das acadêmicas com as seguintes palavras: "Não tenho palavras para agradecer as senhoras". Nos despedimos dele e agradecemos também a experiência e seus agradecimentos.

Na manhã seguinte, no puerpério, a mãe se encontrava no leito, sentada com sua filha no colo e nos aguardando. Ao nos ver, exclamou: "Que bom que vocês chegaram". A mãe permaneceu embalando sua filha, beijando-a e quando amamentou, olhava-a com carinho e conversava com a mesma. Solicitou informações sobre o aleitamento materno, coto umbilical, sendo orientada e informada sobre suas dúvidas. A mãe agradeceu as informações, apoio, auxílio na sala de parto e a presença de seu companheiro do seu lado. Agradecemos e nos despedimos desejando tudo de bom para ela, sua filha e sua família.

O ÚNICO NÃO

Conversando com a enfermeira do plantão, soubemos que a parturiente J. L. I., era, no momento, a menos adiantada em relação a dilatação uterina. Assim sendo, conversamos com os médicos responsáveis pelo plantão a respeito do nosso trabalho, obtendo por parte deles a aprovação em relação a permanência do acompanhante em todo o trabalho de parto. Após exposição do trabalho, indagamos-a sobre sua opinião, e obtivemos como resposta: “Não”. As acadêmicas se entre olharam, e uma rapidamente perguntou-lhe: “Por quê não”? Ela respondendo com toda segurança falou: “Eu me sinto constrangida; a outra vez que eu tive o bebê também queriam que meu marido entrasse, e eu não quis”. As acadêmicas tentando encontrar uma saída, comentaram sobre a possibilidade das mesmas desenvolverem o papel de “Doula” e assim aguardaram sua resposta, sendo manifestada da mesma forma. Esclarecemos seu direito referente a não participação deste trabalho, respeitando a vontade manifestada e agradecemos, ainda um pouco frustradas, pelo tempo, a nós cedido. As acadêmicas permaneceram no Centro Obstétrico, aguardando a internação de outras parturientes, sendo que não houve em todo o decorrer do plantão.

... DEU CERTO O QUE A GENTE TINHA PLANEJADO

L. B. M. M., 22 anos, casada, do lar, 1º grau completo, natural de Ijuí (Rio Grande do Sul), procedente de Flor de Nápolis. É sua segunda gestação. Sentiu os movimentos ativos do feto aos 3 meses. Data da última menstruação, 01 de agosto de 1994. Data provável do parto 08 de maio de 1995. Duração da gestação 42 semanas. Tipagem sanguínea B+. Nega doenças anteriores e gestoses durante a gravidez. Amamentou o primeiro filho até o sexto mês. Fez 12 consultas de pré-natal, sendo acompanhada pelo marido em 11 delas. Deu entrada na triagem obstétrica às 20h15 do dia 19 de maio de 1995, com 4 cm de dilatação, sendo encaminhada ao centro obstétrico com diagnóstico de trabalho de parto. Foi recebida pelas acadêmicas e orientada sobre as normas e rotinas da instituição e da unidade. Fomos conversar com o médico sobre a possibilidade da presença do pai na sala de pré-parto e parto; não havendo qualquer restrição e sim apoio, pois o pai já havia referido ao médico durante o pré-natal a grande vontade em acompanhá-la durante todo o processo. Conversamos com a parturiente sobre o trabalho desenvolvido por nós acadêmicas e se gostaria da presença de seu marido, a mesma respondeu que sim e nos falou que quando ganhou seu primeiro filho, o marido iria assistir ao parto, ele estava se trocando no banheiro e foi tudo tão rápido que quando ele chegou o bebê já estava no seu colo. Mas ele achou o máximo tudo aquilo e o desejo ainda continuou, que bom que agora há possibilidade. Perguntamos o que a presença dele ali ia trazer à ela, e ela nos respondeu: “A presença dele me trará tranquilidade e segurança”. As acadêmicas foram ao encontro do acompanhante. Ao encontrá-lo explicamos sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido. O mesmo não parava de sorrir, tamanha era sua felicidade de poder acompanhar a sua esposa. “Que bom que desta

vez vou poder presenciar todo o nascimento do meu filho, da outra vez foi tudo muito rápido, quando eu cheguei, meu filho já tinha nascido, mas mesmo assim, achei que foi muito legal. A gente planejou a gravidez tudo certinho, acompanhei todo o pré-natal só não fui em uma consulta por ter que viajar por causa da firma onde trabalho. Participei de toda essa gravidez e quando a gente chega aqui é barrado. Poxa, nós planejamos tudo certinho para o bebê nascer no inverno para enchermos ele de roupinha de lã, essas roupinhas bem lindas para ficar bem fofinho”. Não havendo nenhuma restrição, apenas fatores que favorecessem sua presença, o pai no centro obstétrico foi orientado sobre normas e rotinas da instituição e sua postura dentro do centro obstétrico. Ao encontrar sua esposa na sala de pré-parto beijou-a emocionado e ela o abraçou com afeto. Os dois estavam bastante emocionados pela conquista e possibilidade. A parturiente suspirou fundo como se sentisse um alívio pela presença de seu marido ao seu lado. Durante todo o processo, o acompanhante tranquilizava e apoiava a parturiente, fazia carinho em seu rosto e em suas mãos. Chegou aos 8 cm de dilatação e foi rompida a bolsa, escoando líquido claro com grumos, após este momento se aproximava o parto. O momento final foi muito importante sendo este o mais dolorido relatado pela parturiente que agarrava as mãos e o ombro do acompanhante. A parturiente deu à luz a uma menina, peso 4.030 g, apgar 1º minuto 9 e 5º minuto 9, vigoroso, eupnéico. O pai chorou emocionado com a cena e permaneceu em todo momento ao lado da esposa, apoiando e encorajando-a. O pai pegou em seu colo sua filha e olhava com ternura e carinho a mesma, sua esposa não foi esquecida que recebeu com carinho e afeição um beijo em sua face com a seguinte fala do pai: “Ela é linda e perfeitinha”. A mãe beijou o bebê e chorou emocionada. O bebê permaneceu durante mais ou menos dez minutos com os pais e depois foi levado ao berçário por uma acadêmica. O acompanhante permaneceu em todo o período de Greenberg com a puérpera e acadêmicas. Durante este período, pai e mãe agradeciam constantemente as acadêmicas pela experiência vivenciada. A puérpera disse: “A presença de vocês foi muito

importante. Se não fosse esse trabalho, não sei se meu marido teria conseguido entrar!” Olhou para ele e sorridente mencionou: “Estou muito feliz, sei que você está também, deu certo o que a gente tinha planejado!”

No puerpério, a mãe esperava ansiosa a chegada do bebê. Ao ver as acadêmicas entrando, sorridente falou: “Eu estava aguardando por vocês, já tomei banho e café, agora quero ver meu filho”. Uma acadêmica entrou em contato com o berçário e desceu para buscá-lo, pois já havia sido liberado. Ao entrarem no quarto, acadêmica e bebê, o pai ao lado da mãe, aproximou-se da acadêmica para pegá-la. Levou-a ao encontro do seu peito, observando-a disse: “Ela é a minha cara, pelo menos essa nasceu parecida comigo”. A mãe retrucando imediatamente. “Deixe eu ver também, pensa que ela é só tua”. A mãe pegou-a no colo, olhando-a diretamente, mencionou: “Ela não é só parecida com você, a boquinha é igual a minha e tem sombrancelhas grossas igual meu pai”. Permaneceram por longo tempo observando, acariciando e conversando entre si e com o bebê. As acadêmicas ficaram afastadas, observando o vínculo afetivo, até a despedida.

O DEMORADO PROCESSO DO NASCER

M. R., 22 anos, solteira, católica, procedente de Coqueiros, natural de Florianópolis, do lar. A parturiente chegou a triagem obstétrica às 16h40 em trabalho de parto. Gesta I para 0. Chegou ao Centro Obstétrico com 4 cm de dilatação. Explicamos nosso projeto para os médicos de plantão solicitando autorização para a entrada do acompanhante, a qual nos foi negada. Explicamos à parturiente o projeto a ser desenvolvido e perguntamos à mesma se aceitava nossa presença, onde faríamos o papel de "Doula". A parturiente aceitou e pediu-nos para que não a deixássemos sozinha em nenhum momento. Realizamos toda a avaliação da parturiente durante o trabalho de parto, sendo que de uma em uma hora avaliavam os batimentos-cárdio-fetais e de três em três horas, fazíamos o dinâmica uterina. Foi instalado fluidoterapia onde houve aumento das contrações uterinas, levando a parturiente a um estado de agitação, onde realizamos visualização criativa. Perguntamos a parturiente onde ela gostaria de estar naquele momento. Ela respondeu que gostaria de estar num campo. Orientamos para que ela se transportasse para aquela situação, vista que a mesma proporcionava um certo alívio. Explicamos o porquê das contrações e qual a melhor maneira de conduzi-la durante o processo, para facilitar o nascimento de seu filho. Após oito horas de acompanhamento deu-se início ao período expulsivo e a parturiente foi encaminhada para a sala de parto, ficando as acadêmicas todo o tempo ao seu lado.

A parturiente expressando bastante ansiedade para ver seu filho colaborou com as orientações do obstetra. Chorou emocionada ao escutar o choro do bebê dizendo: "Deixa eu ver meu filhinho. Quero ver se ele é perfeito". O obstetra entregou o bebê a uma acadêmica que o mostrou à mãe e imediatamente o levou ao

berço aquecido onde prestou os primeiros cuidados. O bebê nasceu ativo, vigoroso, do sexo masculino, pesando 3.160 g. Foi levado para a mãe que estava muito emocionada, dizendo: “Meu filhinho, como tu és lindo! Obrigada, meu Deus!” Após, o recém-nascido foi levado ao berçário por uma acadêmica. Prestamos assistência a puérpera em todo o período de Greenberg, sendo encaminhada para a unidade de puerpério após uma hora.

Na manhã seguinte, a puérpera encontrava-se no leito aguardando a chegada do bebê e manifestou a vontade de fazer sua higiene mencionando: “Tenho que ficar limpa e cheirosa paara receber meu filho”. Assim sendo, foi auxiliada no banho de asperção, realizado curativo na episiorrafia e orientada sobre os cuidados com a mesma. Uma acadêmica deslocou-se ao berçário, retornando com o bebê. Ao chegar no quarto, a mãe recebeu o filho em seu colo, embalando-o em seguida. O bebê começou a chorar e a mãe sem saber o que fazer perguntou: “Acho que ele está com fome, dou de mamar?” As acadêmicas incentivaram e ajudaram a mãe na postura correta de amamentar. A mãe sorrindo, permaneceu observando seu filho tentando sugar. Não fez nenhum questionamento, pois observava atentamente seu filho e estava maravilhada com a situação. As acadicas se despediram e a mãe agradeceu o apoio e incentivo que recebeu em todo momento da sala de parto e agora no puerpério, dizendo: “Foi maravilhosa a ajuda que vocês me deram, obrigada.”

ATÉ A HORA DO NASCIMENTO

Ao chegarmos no Centro Obstétrico, percebemos que o plantão, ainda em seu início, encontrava-se calmo. Assim sendo, fomos conversar com os médicos plantonistas a respeito do trabalho, e os mesmos concordaram com o trabalho. Desta forma, falavam que tínhamos todo o apoio deles para pôr um acompanhante no centro Obstétrico ou no Centro Cirúrgico.

Assim sendo, nos dirigimos à parturiente em trabalho de parto, e explicamos nosso trabalho. A parturiente achou válida a idéia mencionando: "Acho importante que alguém ficasse do meu lado, iria me deixar mais calma, gostaria que fosse meu marido ou minha cunhada". As acadêmicas perguntaram como localizá-los, e a parturiente disse: "Eles ficaram ali no corredor, disseram que iam embora só depois que soubessem notícias minhas. Uma acadêmica saiu para procurá-los, porém retornou sem saber o paradeiro dos mesmos, provavelmente retornaram para casa, pois a parturiente estava completando quase seis horas de internação. A parturiente mencionou: "Ia ser ótimo que um dos dois pudesse entrar aqui e ver todo o nascimento deste bebê". E lamentando disse: "É uma pena. Eu ia ficar muito feliz". As acadêmicas tentando não deixá-la chateada argumentaram que eles deveriam ter ido embora pelo cansaço ou fome. Explicaram o papel de "Doula" e a parturiente contente exclamou: "Vão ficar comigo o tempo todo? Até na hora do nascimento?" As acadêmicas afirmando tal questionamento, iniciaram a assistência.

A parturiente E. A. B., 17 anos, amasiada, católica, estudou até a 2ª série do 2º grau, do lar, é procedente de Biguaçu e natural de Chapecó. Esta é a 1ª gestação, nega complicações antes e durante esta gravidez, sentiu os movimentos ativos do feto ao 5º mês. Realizou seis consultas de pré-natal. Internou com bolsa íntegra e 4

cm de dilatação. Permanecemos ao seu lado em todo o período de pré-parto orientando, explicando, apoiando e incentivando. Três vezes a parturiente solicitou água para tomar, e as acadêmicas embebiam gases na água e passando em seus lábios. Quando estava por fim o período de dilatação a mãe angustiada exclamou: “Isso nunca chega no fim. Não agüento mais. Se eu soubesse que ia ser assim, tinha escolhido fazer cesariana”. As acadêmicas tranqüilizaram-na, e após realizada a amniotomia, a qual antecipou o período expulsivo, levamos a parturiente para a sala de parto. A parturiente conseguiu fazer este momento, menos tenso, quando iniciava as contrações usava sua força, que ainda restava, até o fim. Quando as mesmas passavam, relaxava e se preparava para a seguinte. Durante o nascimento, E. A. colaborou para que o período expulsivo se procedesse de maneira adequada. Ao ver sua filha na mão do médico, respirou aliviada, relaxou na mesa obstétrica e colaborou com o obstetra. Uma acadêmica permaneceu ao seu lado enxugando o suor de sua face e segurando em sua mão. A outra, recebeu o bebê, levou-o ao berço aquecido e prestou os cuidados imediatos. O recém-nascido era do sexo feminino, com 3.250 g e apgar 8 e 9 no 1º e no 5º minuto, respectivamente. A acadêmica colocou o bebê no colo da mãe e a mesma questionou: “Ela é perfeitinha?” A acadêmica respondeu: “Fisicamente ela não tem nenhum problema, depois ela será levada para o berçário para que o pediatra examine. Vamos colocá-la no colo? A mãe expressando seu cansaço, relatou: “Não, estou muito cansada, agora eu quero dormir, amanhã eu fico com ela”. A acadêmica solicitou que a mãe se despedisse da filha. A mãe o fez, e o bebê foi encaminhado ao berçário. Sua evolução no período de Greenberg, ocorreu sem anormalidades. Acompanhamos a mãe até a unidade de puerpério onde logo adormeceu. Permanecemos junto a ela, por algum tempo. Na manhã seguinte, após sua higienização, a puérpera alimentou-se, e logo recebeu o bebê trazido por uma acadêmica. Recebeu-o sorridente e com afago o manteve em seu colo, embalando e acariciando constantemente. Durante toda a manhã, não colocou-a no berço. Trocou suas fraldas e colocou-a para mamar.

No início, o bebê não conseguia sugar, mas devido a insistência, sugava as mamas fazendo som com a boca. A mãe questionou-nos e foi orientada referente a roupa para o bebê, incluindo o uso de faixa no coto umbilical, banho e curativo no coto, aleitamento materno e alimentação da mãe. Já no final da manhã, nos despedimos da mãe e do bebê, ouvindo o seguinte: “Foi muito bom a presença de vocês”.

A ANSIEDADE EM VER O BEBÊ

Neste dia observou-se que os leitos se encontravam cheios e ao conversar com a equipe de enfermagem e médica viu-se que era inviável a presença de um acompanhante, visto que estava tumultuado aquele plantão. Sendo assim, optamos por desenvolver o papel de “Doula”.

Iniciamos então o papel de “Doula mediante a provação da parturiente em relação ao trabalho desenvolvido.

S. K. C., 22 anos, casada, mormon, procedente do Saco dos Limões e natural de Florianópolis, do lar, tendo freqüentado até a segunda fase de psicologia em Itajaí. Chegou na triagem obstétrica às 17h50 e com bolsa rota, há duas horas. Não houve nenhuma intercorrência durante a gestação, é gesta I, para 0 e aborto 0. Sentiu os movimentos ativos do feto aos três meses gestacionais, tendo feito cinco consultas de pré-natal. Permanecemos em todo o período de pré-parto informando, apoiando e encorajando nos momentos que solicitava. No decorrer do trabalho, a parturiente expôs as suas angústias em relação ao desconhecimento à perfeição física de seu bebê. As acadêmicas tentando tranquilizá-la comentaram não ser este o momento adequado para tantas dúvidas, pois em pouco tempo estaria com ele em seus braços, e como tentativa de se atingir maior relaxamento com a parturiente, realizamos visualização criativa onde a mesma se imaginou no quarto do bebê, trocando e embalando-o até o bebê dormir. Isto fez com que a parturiente desligou-se das dores causadas pelas contrações, dormindo por mais ou menos uns trinta minutos. Acordou devido a uma contração forte. Em seguida a parturiente relatou: “Como foi gostoso, quando eu me imaginei no quarto que eu preparei para o meu filho, parecia tudo tão real, mas logo adormeci”. O trabalho de parto evoluiu rapidamente, sendo que a parturiente estava fazendo uso de Syntocinon E. V. Já na mesa obstétrica a parturiente foi orientada sobre a respiração e

posicionamento. A mesma em todo momento não largou a mão de uma acadêmica. Ao ver o seu bebê nascer entre suas pernas, suspirou e sorriu aliviadamente mencionando: “Graças a Deus que acabou. Eu já não tinha mais forças. É menino ou menina?” A acadêmica informou que era uma menina, perfeita fisicamente. Levou o recém-nascido ao berço e onde prestou os cuidados imediatos, pesou 3000 g, apgar 6/8. Pediu que trouxesse o seu filho perto dela e as acadêmicas o colocaram em seu colo. A mãe abraçou-se ao filho na tentativa de tentar aquecê-lo pois as acadêmicas informaram que o bebê havia se resfriado com muita facilidade. Acariciou, beijou-o e falou para as acadêmicas que poderiam levá-lo, pois agora já estava mais tranqüila ao ver o bebê.

Uma acadêmica levou o bebê ao berçário enquanto que a outra permaneceu ao lado da mãe. No período de Greenberg permaneceram ao seu lado logo encaminhada após, para a unidade de puerpério. Pela manhã, encontramos a puérpera aguardando nossa presença, já havia tomado banho e solicitou que fôssemos buscar seu filho logo, para ficar com ela. Uma acadêmica deslocou-se ao berçário trazendo a notícia de que o bebê ainda não havia sido liberado, pois aguardava a visita do pediatra, mas soube que estava tudo bem com o bebê e que o berçário avisaria à unidade a sua liberação. A mãe, ao saber, ficou um pouco frustrada dizendo: “Aí que pena, não vejo a hora de cuidar dela, colocar as roupinhas que fiz. Acho que vão ficar grande, ela é tão miudinha”. Após algum tempo, ligaram do berçário e a acadêmica foi buscá-lo. Ao entrar no quarto, a mãe sorridente a recebeu em seu colo, permaneceu algum tempo embalando e conversando com a sua filha, dizendo: “Oi filhinha, é a mamãe”. Manifestou a vontade de trocá-la, sendo auxiliada pelas acadêmicas. Ficou satisfeita ao ver sua filha com as roupinhas feitas por ela, constatando não ter ficado tão grande como imaginava. Após isso, pegou-a em seu colo, na tentativa de dar de mamar. Foi auxiliada e orientada pelas acadêmicas em relação ao aleitamento materno, cuidados com as mamas e episiorrafia, banho do bebê e coto umbilical. Nos despedimos, e a mesma agradeceu o trabalho desenvolvido.

DEIXA DE SER CURIOSA

V. E., 26 anos, casada, procedente de Abraão, natural de Florianópolis, trabalha numa academia como professora de Educação Física, é gesta IV, para II e ab. I. A parturiente chegou a triagem obstétrica as 20h30 para cesariana eletiva. Estava acompanhada de seu marido e uma amiga acadêmica de medicina. Ao chegar no Centro Obstétrico, a acadêmica de medicina já sabendo do trabalho a ser desenvolvido pelas acadêmicas, solicitou que realizássemos o mesmo com sua amiga. Explicamos o trabalho a ser desenvolvido à parturiente e a mesma nos referiu: “Meu marido é formado em Educação Física e tem conhecimento de Anatomia e Fisiologia e tenho certeza que ele vai adorar assistir”. Após a conversa, procuramos o marido explicando-lhe sobre o projeto e a vontade que sua esposa manifestou em tê-lo ao seu lado. “Estou louco para acompanhar o nascimento do meu filho, será que eu vou ter essa oportunidade. Não se preocupem que eu vou me comportar bem”. Orientamos sobre os procedimentos que seriam realizados na sala de cirurgia e o comportamento que o mesmo deveria assumir dentro do Centro Cirúrgico. Abrimos espaço para o mesmo manifestar suas dúvidas. Após o levamos até sua esposa que a recebeu com alegria. Complementamos as orientações e aguardamos a transferência da paciente. No Centro Cirúrgico a parturiente, já sabendo sobre os procedimentos, cooperou com o anestesista dando início a cesariana. O marido permaneceu o tempo todo dentro da sala de cirurgia, observando todos os procedimentos com bastante curiosidade. A todo momento a parturiente perguntava: “Onde está o J.”? Ele respondia: “Estou aqui vendo tudo”. E ela: “Não acredito que tu estejas aí vendo tudo, deixa de ser curioso”. No momento do nascimento o pai fotografou o recém-nascido, sendo que o mesmo estava bastante emocionado e não conseguia sequer falar,

expressando toda sua emoção em seu rosto, com os olhos cheios de lágrimas. A obstetra, neste momento ergueu o bebê para que a mãe pudesse vê-lo. A mãe muito emocionada falou: “Que amor! Como ela é perfeita! Com quem tu achas que ela é parecida? Comigo ou com o pai?” Após o pediatra atender o recém-nascido, entregou ao pai, onde este mostrou à mãe, e a acadêmica fotografou o momento. O recém-nascido é do sexo feminino, com peso de 3.040 g, vigoroso e ativo, recebendo apgar 9 e 9. O pai com o bebê no colo dizia: “É a minha cara!” E a esposa respondia: “Tás muito convencido. Será que nem a orelhinha é parecida com a minha! É, vou te dar esta chance”. Foi encaminhado ao berçário onde recebeu os primeiros cuidados. Após o término, a puérpera foi levada para a sala de recuperação acompanhada pela acadêmica, onde a mesma agradeceu a oportunidade de ter junto de si o seu marido durante todo o processo. Conversando com seu marido, o mesmo agradeceu emocionado pela oportunidade.

Na manhã seguinte, no puerpério a puérpera encontrava-se ainda no leito em fluidoterapia devido ter-se submetido a uma anestesia, porém estava bastante feliz e ansiosa pela chegada de seu filho. A puérpera foi orientada sobre os cuidados que deveria realizar com o bebê.

A FALTA DE SENSIBILIDADE DO OBSTETRA

M. S., 18 anos, amasiada, católica, procedente de Ponte de Imaruí, trabalha como empregada doméstica e estudou até a 6ª série do 1º grau. Esta é sua 3ª gestação, tendo tido dois abortos espontâneos. Sentiu o movimento ativo do feto aos 4 meses. Internou em trabalho de parto com bolsa íntegra e 4 cm de dilatação. Encontra-se com I. G. de quarenta semanas e três dias. Não apresenta nenhuma intercorrência gravídica. Realizou consulta de pré-natal. Após ser explicado o trabalho desenvolvido pelas acadêmicas, a parturiente relatou que sua sogra fez a internação, porém já havia ido embora e o companheiro trabalhava à noite. Desta forma as acadêmicas propuseram-se a desenvolver o papel de “Doula”, cuja parturiente aceitou. Todo o pré-parto transcorreu de maneira bastante tranqüila, devido as explicações e orientações dadas pelas acadêmicas à parturiente. A mesma sentiu-se confiante com a presença contínua das acadêmicas. Durante o trabalho de parto teve momentos de repouso e sono, interferido pelas contrações e sabendo neste momento lidar com as mesmas como: respiração, posição no leito, deambulação e o qual facilitou na compreensão do processo que estava ocorrendo em relação a mãe/bebê. Estava dormindo, sendo acordada para realização de novo toque, sendo que o obstetra rompeu a bolsa amniótica, dando início ao período expulsivo, foi encaminhada imediatamente à mesa obstétrica. Como já se encontrava em adiantado período expulsivo não foi possível realizar anestesia, sendo então feito a episiotomia.

A mãe olhando entre suas pernas, viu seu filho nascer. Com lágrimas nos olhos disse: “Eu sabia que ia ser um homem! É todo bonitinho! É a cara do pai! Está tubo bem com ele?” As acadêmicas respondendo ao questionamento, lembraram à parturiente que o bebê receberia os primeiros cuidados e que após isto, seria fornecido informações do seu estado. O bebê nasceu

vigoroso, pesou 3.560 g e com apgar 9 e 9. Foi logo colocado no colo da mãe e esta beijou e acariciou-o constantemente. O obstetra iniciou a anestesia para iniciar a episiorrafia.

Neste momento, ocasionado pela dor, houve modificação de todo o comportamento apresentado até então. Suas reações foram diversas, entre elas: choro, insultos e agitação. O obstetra não compreendendo a situação tornou-a pior ainda, solicitando que as acadêmicas se afastassem da parturiente. As mesmas não achando a atitude correta, permaneceram segurando sua mão e conversavam com a parturiente na tentativa de amenizar tanto sofrimento.

O bebê foi levado, por uma acadêmica, ao berçário. A outra, conforme a episiorrafia estava sendo feita, ouvia da mãe: “Tá doendo muito, eu não agüento mais, pede a ele para fazer mais anestesia, eu tô sentindo a picada”.

A acadêmica, como mediadora, informou ao obstetra, a dor referida pela mãe, sugerindo a necessidade de mais anestésico. O obstetra, não sensibilizado com a dor manifestada pela paciente afirmou: “Isto é porque vocês ficaram paparicando ela muito tempo, já fiz a anestesia como devia”. Olhando para a paciente, retulou: “Você é muito manhosa”. As acadêmicas buscaram suas forças interiores no encontro de estabelecer o equilíbrio, para auxiliar, apoiar e transmitir segurança nesse momento tão difícil. Acabada a episiorrafia, a puérpera foi retirada da sala onde permaneceu cerca de uma hora no Centro Obstétrico. Neste período relatou estar sentindo ainda um pouco de dor.

Dormiu e depois foi acompanhada até a unidade de internação.

No puerpério a encontramos sentada no leito, com semblante transmitindo tranqüilidade e alegria manifestada pelo sorriso contínuo. Foi parabenizada pelo desempenho no pré-parto, e ao comentar sobre o momento do parto a mãe disse: “Eu sentia uma dor insuportável, pedia a Deus para que terminasse logo: Esperei tanto para ter meu filho em meus braços e na hora em que tava ali, eu nem pude curtir ele”. Referiu ainda muita dor no local da incisão, sendo medicada conforme prescrição médica.

As acadêmicas concordaram com a colocação da puérpera frente ao acontecimento vivenciado e elogiaram pela postura adotada.

O bebê já havia sido liberado do berçário, mas a mãe solicitou que o bebê permanecesse lá, pois gostaria de ficar sozinha para pensar e descansar, alegando ter um desgaste muito grande e não esperado.

Na despedida, agradeceu a companhia e apoio das acadêmicas em todo o momento, comentando: “Se vocês não estivessem lá comigo, eu ia perder a cabeça e ia xingar todo mundo, principalmente aquele médico”.

COMO É UM PARTO NORMAL?

A parturiente A. S., 21 anos, amasiada, estudou até a 8ª série, trabalhando atualmente como empregada doméstica. É procedente de Forquilha e natural de Florianópolis. Esta é sua 2ª gestação, sendo a 1ª, parto cesárea. Não teve abortos anteriormente. Nega fumo, álcool, drogas, alergia, transfusão, doenças anteriores e/ou gestoses, informa que seu companheiro é tabagista. Realizou 7 consultas de pré-natal, sem acompanhante. Não sabe ao certo a data de sua última menstruação, porém no seu cartão de pré-natal constava tipagem sanguínea A+ e uma ECO realizada no dia 03 de Junho de 1995 com IG de 33 semanas. O obstetra através do cálculo, informou-a que a data provável do parto seria 21 de Junho de 1995. Sentiu os movimentos ativos do feto aos 5 meses gestacionais. Foi trazida ao hospital por seu companheiro por volta das 00h15. Chegou no Centro Obstétrico com o Diagnóstico de Período Expulsivo com dilatação total e bolsa íntegra, sendo que na triagem não foi realizado tricotomia nem enema. Foi encaminhada com urgência para a sala de parto. Imediatamente, olhou para a acadêmica ao seu lado e pronunciou as seguintes palavras: “Por favor, não me deixe sozinha, fique aqui ao meu lado.” Agarrou fortemente a mão da acadêmica. A parturiente na tentativa de explicar tanto nervosismo relatou: “Já tenho um filho, foi por cesárea, pois não tive dilatação suficiente e falaram que meu filho tinha feito cocô. Não sei como é um parto normal, não sei o que tenho que fazer, estou com muito medo”. As acadêmicas explicaram, na medida do possível, sobre os procedimentos relacionados ao parto normal. Em seguida ela perguntou: “Aqui vocês fazem anestesia?” Sim, aqui é feito anestesia e depois um corte pequeno para facilitar a passagem do bebê, respondeu uma acadêmica. Ela rapidamente disse: “Vai doer quando eu for receber

a anestesia”? A acadêmica disse-lhe: “Dói um pouco, sim. Você vai sentir a picada. Nesse momento você não deve se mexer”. Uma nova contração teve início e as acadêmicas orientaram a parturiente em relação a respiração, posição das mãos e queixo. Realizada a episiotomia e em seguida teve o início o nascimento. Neste momento, as acadêmicas encorajaram e apoiaram-na para que continuasse com todo o empenho até o término do nascimento. Uma das acadêmicas recebeu o bebê, que encontrava-se com o corpo envolto com mecônio, informando o sexo do bebê à mãe. Em seguida, uma acadêmica realizou todos os cuidados imediatos, incluindo aspiração oro e naso-traqueal. Colocou-o em contato com a mãe. A mesma emotivamente, abraçou e beijou-o. Questionou sobre o estado de seu filho, sendo informada que o bebê tinha um dedinho a mais na mão direita (Polidactilia). E ela exclamou: “Eu também tinha só que era no pé, tiraram assim que eu nasci”. Ela desenrolou o bebê e observou atentamente sua mãozinha e demais partes do corpo. Foi tranqüilizada pelas acadêmicas, médica e uma funcionária, no sentido de que poderia ser retirado com bastante facilidade sem alterar anatômica e fisiologicamente a mão. O bebê era do sexo masculino, foi avaliado como eupneico, vigoroso, com 3.100 gramas, recebendo apgar no 1º e 5º minuto 9. Foi encaminhado ao berçário. Após o período de Greenberg, foi encaminhada para a unidade de puerpério e informada quanto a continuação do trabalho. Na unidade de puerpério, a puérpera encontrava-se sentada no leito tomando seu café da manhã, quando nos apresentamos e a mesma nos indagou quando seu filho iria vir para o quarto. Após terminado o café, encaminhamos e auxiliamos a puérpera ao banho de aspeção. Em seguida, realizamos seu curativo perineal e verificamos os sinais vitais. Fomos informados que o recém-nascido estava liberado do berçário, então fomos até o mesmo e pegamos o recém-nascido da puérpera que estávamos acompanhando e também o de sua companheira de quarto. Ao chegar com o bebê no quarto o colocamos no berço, abrimos sua roupa e conferimos o sexo e as pulseiras, conforme as da mãe. Em seguida, o mesmo começou a chorar. A mãe nervosa, perguntou: “O

que é que eu faço?” A acadêmica pegou o bebê, colocou-o no colo da mãe e esclareceu que a mesma deveria ficar tranqüila. Orientou sobre aleitamento materno e como o estado emocional da mãe influencia na produção do leite. A partir deste momento a mãe começou a conversar e acariciar seu bebê. Colocou-o no peito e ele começou a mamar. A acadêmica perguntou à mãe como estava se sentindo. Ela respondeu: ”Realmente, deu pra ver que se eu me acalmar, meu filho fica calmo também e ele consegue mamar. Eu tenho que ter paciência né?”

Orientamos a puérpera quanto aos cuidados com o bebê, a alimentação, banho e vacinação.

Na despedida, a mãe agradeceu as orientações e apoio recebido, e comparou esta experiência vivenciada (parto normal) com a anterior (parto cesárea) dizendo: “Da outra vez eu fiquei deitada, sentia bastante dor, já não agüentava ficar mais na cama, fiquei três dia no hospital, e agora, já tomei banho, pude comer e andar e, já vou embora amanhã com meu filho”.

APROVEITA A OPORTUNIDADE

E. G. R. C., 22 anos, casada, católica, balconista, procedente de Palhoça. Chegou ao centro obstétrico em cadeira de rodas com diagnóstico de prolongamento do trabalho de parto mais taquicardia fetal, com cesárea eletiva. Conversamos com a obstetra que iria realizar a cesárea, falamos a respeito do trabalho e a mesma referiu que já tinha conhecimento do mesmo e que não teria problema algum em colocarmos o acompanhante. Falamos com a parturiente e explicamos sobre o trabalho e a mesma indagou: “Eu gostaria muito, só que eu acho que meu marido não tá preparado pra assistir”. Deixamos claro que o objetivo do acompanhante seria o de dar apoio emocional transmitindo segurança e carinho à gestante e que não precisaria ficar assistindo a cesárea. Procuramos o acompanhante, que se encontrava em frente a capela com sua mãe. Esclarecemos ao acompanhante a vontade de sua esposa, onde ele expressou suas dúvidas e sua mãe falou: “Vai rapaz, deixa de ser bobo, aproveita a oportunidade. Bem que eu gostaria de ir.” Explicamos como ele deveria se comportar e quais os procedimentos que seriam realizados no centro cirúrgico. Ele aceitou acompanhar sua esposa. Ao entrar na sala de parto sua esposa o recebeu com surpresa dizendo: “Que bom que estás aqui, tivesse coragem de entrar?” E ele: “Eu tô aqui pra ficar do teu lado. Vou te dar todo o apoio que precisares”. Ficamos com o casal até o momento da parturiente ser transferida para o centro cirúrgico. No centro cirúrgico deu-se início a anestesia e conseqüentemente a cesárea. O acompanhante permaneceu atento e tranqüilo durante todos os procedimentos realizados. No momento do nascimento, o casal muito emocionado agradeceu a Deus. Apesar do diagnóstico inicial o bebê nasceu bem, sexo masculino, pesando 2.750 g, vigoroso, ativo com apgar 9/9. O pai acompanhou todos os procedimentos do pediatra e ao receber seu filho nos braços,

emocionado agradeceu a Deus, mais uma vez, levando-o em seguida para sua esposa que beijava o bebê todo momento e dizia: “Que lindinho que é o meu filhinho”. Em seguida o pediatra levou o bebê para o berçário e aguardamos o término da cesárea. A puérpera foi levada a sala de recuperação onde permaneceu até sua liberação para o alojamento conjunto. O acompanhante se despediu de sua esposa e as acadêmicas o acompanharam. O mesmo se despediu e agradeceu muito pela oportunidade que lhe foi dada.

Na manhã seguinte, no puerpério, fomos recebidas com bastante entusiasmo pela mãe e marido, que ressaltaram a preocupação em saber sobre o estado do filho. Sugerimos a possibilidade do pai de entrar no berçário para ver o bebê. Porém, o pai disse: “Não, acho que não devo ir lá, sei que está lá sendo bem cuidado e posso atrapalhar. No momento em que ele estiver bem, ele vai ficar aqui com a gente. Vamos aguardar, teremos todo o tempo do mundo para curtir nosso nenê”. Orientamos à puérpera referente aos cuidados pós-cesárea e realizamos alguns deles. Foi ligado para o berçário a fim de obter esclarecimentos sobre o bebê, obtendo a informação de que o mesmo estava liberado, porém dependia da recuperação da mãe para que a mesma o atendesse. Transmitimos as informações para mãe e pai, e ambos, compreenderam a situação e aguardariam a recuperação da mãe. No momento da despedida, agradeceram o auxílio e orientações e desejaram sucesso no decorrer do trabalho.

A EXPECTATIVA

Ao chegar no centro obstétrico, as acadêmicas se apresentaram, como de costume, à equipe de enfermagem e médica, aproveitando neste momento para saber se havia possibilidade de colocar um acompanhante. Ouvidas pela equipe médica e de enfermagem sendo apoiadas pela iniciativa, escolhemos a parturiente D. S., 17 anos, solteira, freqüentou os bancos escolares até a 6ª série, católica, do lar, procedente de Florianópolis e natural da mesma. Sendo sua primeira gestação, onde realizou nove consultas de pré-natal. Data da última menstruação 15 de setembro de 1994 e tendo como data provável do parto 25 de junho de 1995. Afirmar ter sentido movimentos ativos do feto ao 2º mês e com maior intensidade no 4º mês. Nega doenças durante a gravidez e gestoses. Foi encaminhada para cesárea pela Maternidade Carmela Dutra com o diagnóstico de macrossomia fetal. Dando entrada no centro obstétrico às 21h00 com 6 cm de dilatação. O médico avaliou a paciente e afirmou que deixaria evoluir o parto para o normal. As acadêmicas se apresentaram à parturiente e explicaram sobre o trabalho desenvolvido. A parturiente aceitou o trabalho, mas nos colocou que ao ser trazida ao hospital pela ambulância da Maternidade Carmela Dutra. Não teríamos com localizar os familiares. Sendo assim, as acadêmicas desenvolveram o papel de "Doula" com esta parturiente, pois não houve mais nenhuma internação e já havia sido feito vínculo afetivo com a mesma, além disso, as parturientes que se encontravam no centro obstétrico estavam no estágio final do trabalho de parto. Iniciamos o papel de "Doula" orientando a parturiente sobre as diferenças do parto normal e cesárea, pois a mesma não queria parto normal devido as dores que estava sentindo durante as contrações e ainda devido a expectativa que foi deixada a ela pelo diagnóstico e

encaminhamento para cesárea. Após as orientações, auxílio e apoio, a parturiente demonstrou maior aceitação pelo parto normal, mais afirmava que não agüentava mais as dores e que as contrações estavam mais freqüentes e intensa. Solicitamos ao médico que reavaliasse sua dilatação que com surpresa constatou que já estava com 8 cm de dilatação, neste momento foi rompida a bolsa às 21h45 , aspecto do líquido era claro e com gomos. Após este procedimento a parturiente se queixava que não agüentava mais as dores e agarrava-se fortemente às mãos de uma acadêmica. Colocou que estava com muito calor e solicitou que fosse abanada pela outra acadêmica. Acadêmicas abanaram-a e massagearam suas costas na tentativa de proporcionar conforto e relaxamento. A parturiente agradeceu e disse que havia sentido um alívio. Quando foi novamente avaliada, já estava totalmente com o colo dilatado, mais a apresentação estava um pouco alta. Já instalado Syntocinon, EV e ela recebeu ainda Fenegan mais dolantina, para proporcionar analgesia das percepções dolorosas, favorecer o relaxamento da musculatura facilitando assim a descida da apresentação. Durante este momento final, a parturiente exclamava: “Meu Deus, me ajuda, eu não agüento mais”. Se agarrava fortemente ao apoio das acadêmicas que tentavam tranqüilizá-la e orientá-la sobre a respiração e postura adotada no parto para facilitar o nascimento de seu filho. Foi encaminhada para sala de parto rapidamente às 23h55, neste momento a paciente estava tranqüila e guardando suas forças para a última contração que traria ao mundo seu filho. Deu à luz a um menino com peso de 4.760 g, apgar 8/9. Sorrindo, as lágrimas afloravam e emocionada ao ver seu filho, disse: “Como ele é grandão, que lindo! Está tudo bem com ele?” Acadêmicas a informaram que ele estava recebendo os primeiros cuidados e sendo aquecido, pois agora ele não tinha mais seu ventre para aquecê-lo. O recém-nascido foi levado ao colo da mãe, que ao senti-lo, abraçou e beijou-o, colocando-o em seguida para mamar. Não sugou, mais a mãe foi orientada sobre a importância do aleitamento materno. Em seguida o recém-nascido foi levado ao berçário após despedir-se da mãe e recebeu um beijo em suas mãozinhas.

Na manhã seguinte, a puérpera estava no leito relatou ter perdido muito sangue à noite e que não estava se sentindo muito bem, se sentia fraca. As acadêmicas conversaram com a enfermeira e médicos de plantão sobre o fato relatado. Em seguida, a parturiente foi medicada e avaliada pelo médico. Durante a manhã, a puérpera permaneceu no leito, pois não se sentia bem, mas demonstrou interesse em saber do estado do seu filho, onde recebeu informações sobre o mesmo e ele só viria quarto, após a estabilização de seu quadro clínico. A mesma achou correto, visto que não se encontrava bem. Foi orientada sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê quando solicitou. As acadêmicas se despediram e ouviram elogios e agradecimentos da puérpera, sendo agradecida também pela aceitação e desenvolvimento do trabalho.

É TUDO AQUILO QUE NÓS QUERÍAMOS

K. A. L., 21 anos, amasiada, católica, doméstica, procedente de Kobrasol. A parturiente chegou ao centro obstétrico em cadeira de rodas as 10h25 com diagnóstico de rotura alta das membranas, sendo que a mesma referiu estar perdendo líquido Há três dias. Conversamos com os médicos do plantão e solicitamos autorização para a colocação do acompanhante em sala de parto. O que eles nos responderam: “Claro meninas, nosso plantão está aberto para vocês realizarem o trabalho, apesar de hoje o centro obstétrico estar cheio, tenho certeza de que vocês saberão conduzir essa situação”. Conversamos com a parturiente e explicamos a respeito do projeto a ser realizado e questionamos sobre sua vontade em fazer parte do nosso trabalho, tendo um acompanhante ao seu lado. A mesma nos respondeu: “Meu marido estava louco para assistir, até já tínhamos conversado sobre isto, só que o hospital não permite. Agora que tenho a oportunidade de estar aqui com vocês, eu vou adorar se ele puder me acompanhar, só que ele não tá aqui, já foi pra casa”. As acadêmicas mediante as informações da parturiente localizaram seu companheiro em casa, por telefone e, o convidaram para assistir ao parto de sua mulher. O mesmo informou que chegaria logo. Quando ele chegou, recebeu esclarecimentos a respeito do trabalho, onde ficou comovido dizendo: “É tudo aquilo que nós queríamos”. Ao ser questionado sobre qual seria sua reação diante da situação, o mesmo informou que já tinha presenciado algumas situações visto que trabalha no Hospital Infantil Joana de Gusmão. O acompanhante foi levado até sua mulher e foram deixados bem a vontade para questionarem sobre suas dúvidas quanto ao parto. O médico do plantão avaliou K. A. L., e a encaminhou para cesariana, visto que a mesma não teria condições de parto normal. O casal foi preparado sobre como seriam os procedimentos a serem realizados

no centro cirúrgico. Já no centro cirúrgico a parturiente sabendo dos procedimentos cooperou com a anestesia dando assim início a cesariana. O acompanhante permaneceu ao lado de sua mulher observando todo o decorrer da cesárea com muita curiosidade. O momento do nascimento foi bastante emocionante. A mãe com lágrimas nos olhos dizia: “Minha filhinha, não chora, a mamãe tá aqui”. Neste instante a mãe perguntou se sua filha era perfeita. Informamos que sim e após a avaliação do pediatra, colocamos o bebê ao seu lado. O pai acariciava sua filha e agradecia a mãe por aquele momento. O bebê era do sexo feminino, vigoroso, ativo, pesou 3.280 g e recebeu apgar 9/10. Foi levado ao berçário, onde recebeu os primeiros cuidados. Após o término da cesárea, a puérpera foi levada para a sala de recuperação onde permaneceu até que recuperasse seus movimentos das pernas e os sinais vitais. A puérpera referiu-nos que estava muito feliz e que nunca sentiu emoção tão grande na sua vida. O pai nos agradeceu com a alegria e satisfação estampadas em seu rosto. A puérpera foi encaminhada ao alojamento conjunto.

Pela manhã as acadêmicas encontraram a puérpera deitada no leito, conversando com seu companheiro. A mesma comentou que já estava nos aguardando. Inicialmente, relatou a experiência vivenciada no centro cirúrgico, ao lado de seu companheiro: “Foi muito legal, estou satisfeita e feliz. Era tudo o que ele queria, mas a gente não esperava que isso fosse possível. Ele ficou o tempo todo segurando na minha mão. A presença dele e das meninas ao meu lado me deixou tranqüila e segura. No início eu fiquei sozinha, pois tive que me despedir de S., ele ficou lá embaixo sem saber o que estava acontecendo comigo e com o bebê. Eu acho que ele ficou bastante nervoso, e eu não podia falar com ele para dizer que estava tudo bem. Mas depois, tudo ficou diferente, quando as outras duas meninas apareceram e falaram do trabalho e, que meu companheiro podia permanecer do meu lado, eu achei o máximo. Estou super feliz. Pôxa, foi muito legal mesmo”. Durante o relato da mãe, o pai do bebê consentia constantemente com o mencionado. A mãe e o pai questionaram e foram informados sobre: aleitamento materno,

cuidados com o bebê, mobilidade após cesárea, registro do bebê e sobre o estado do bebê, visto que o mesmo encontrava-se ainda no berçário.

ESTOU ME SENTINDO FELIZ

Ao chegarmos no centro obstétrico após conversar com os médicos plantonistas e equipe de enfermagem, obtivemos aprovação para desenvolver o trabalho. Nos dirigimos à parturiente que encontrava-se em início de trabalho de parto. Após termos explicado o trabalho, a parturiente mencionou: “Acho legal, gostaria que ele (companheiro) viesse aqui”. Ao questionarmos sobre a possível opinião de seu companheiro a mesma referiu: “Acho que ele vai gostar de entrar. Durante essa minha gravidez, a gente comentava sobre isso, ele sempre falou que queria ficar junto”. A parturiente em questão é R.S., 25 anos, amasiada, católica, estudou até a 7ª série do 1º grau, do lar, procedente de Forquilha e natural de Florianópolis. Esta é sua 2ª gestação, tendo tido um aborto provocado há mais de quatro anos. Faz uso de mais ou menos 15 cigarros por dia, negando doenças anteriores e gestoses na gravidez. Realizou 9 consultas de pré-natal e sentiu o movimento ativo do feto ao 5º mês. Internou com bolsa íntegra com 2 cm de dilatação. Tendo aceito o trabalho, uma acadêmica permaneceu ao seu lado e a outra foi a procura de seu companheiro, porém não foi encontrado. Ao retornar ao centro obstétrico, a acadêmica relatou não ter encontrado seu companheiro. A parturiente exclamou: “Que pena, achei que ele ainda estaria lá embaixo. Eu ia gostar bastante e ele também”. As acadêmicas explicaram o papel de “Doula” à parturiente e obtiveram sua aceitação. No início, manteve-se calma, aceitando as contrações como um processo normal devido às orientações das acadêmicas. Próximo aos 7 cm de dilatação as contrações estavam aumentando de intensidade e frequência, o que causava muito desconforto e fortes dores. A parturiente não conseguia achar uma posição confortável no leito, alternando com frequência as posições. As acadêmicas tentando amenizar seu desconforto encaminharam-na

para o banho. Ao retornar referiu: “Estou me sentindo mais aliviada”. Ao deitar-se no leito disse: “Agora está mais confortável ficar nessa cama, ainda falta muito pra tudo isso acabar”. As acadêmicas relataram que já estava chegando no final. Foi instalado fluidoterapia com syntocinon e após medicada com buscopam, prometasina e dolosal. Realizado rotura de membrana evoluindo rapidamente para período expulsivo. Na sala de parto o nascimento se deu de maneira pouco dolorosa, sendo que a mãe deu à luz a uma menina de 2.620 g e apgar 8 e 9. A mãe ao ver a criança ser atendida no bercinho, disse a uma acadêmica: “Está tudo bem com ela? Parece ser tão pequena” Foi informada que estava tudo bem com o bebê e que seu tamanho poderia estar relacionado ao fato de ser tabagista. O bebê foi colocado em seu colo, abraçando-a e com carinho beijou seu nariz. Ao ser retirada do colo da mãe, recebeu o último beijo e foi levada por uma acadêmica ao berçário.

As acadêmicas ao entrarem no quarto da puérpera, para surpresa, a mesma encontrava-se no leito amamentando seu filho. Ao ver-nos saudou com entusiasmo e alegria, afirmando: “Estou me sentindo muito feliz, porque agora sou mãe de verdade. Me assustei ontem, quando ela chorou. Mas hoje ela não quer sair da minha teta. Ela é muito querida”. No decorrer da manhã, embalou e acariciou o bebê várias vezes, trocou suas fraldas e deixou-o dormir. Questionou e foi orientada a respeito de: como dar o banho, alimentação e ausência de chupeta. Despedimo-nos da mãe e filha, onde a mesma agradeceu pela companhia e esclarecimentos.

DUAS PARTURIENTES

Ao chegar no Centro Obstétrico, fomos conversar com os dois médicos plantonistas a respeito do trabalho, e eis que ambos impediram a entrada do acompanhante, argumentando que isto não dava certo. Expusemos as experiências vivenciadas que até o momento foram todas positivas comentando a relação parturiente e acompanhante em sala de parto. Um dos plantonistas afirmou que a idéia não é má, mas que isto requer preparo a nível de pré-natal, para o acompanhante. Conversamos por mais algum tempo e chegamos a conclusão de que faríamos o papel de "Doula". Porém o plantão, ainda em seu início, encontrava-se bastante movimentado. Havia duas parturientes em final de trabalho de parto, bastante nervosas e irrequietas, ambas primigestas. As acadêmicas se dividiram e tentaram tranqüilizá-las. P. B., 17 anos, solteira, estudante do 1º grau, logo acalmou-se solicitando: "não me deixe sozinha, fique aqui comigo, por favor". E uma acadêmica permaneceu ao seu lado segurando sua mão, acariciando seu rosto, massageando suas costas afim de tranqüilizá-la e orientou-a sobre o trabalho de parto em si. A outra parturiente, R.C.M., 24 anos, solteira e do lar, ao ser afagada pela acadêmica, logo dormiu. Por este motivo, não realizamos o trabalho com uma parturiente em tempo integral. Na noite, houveram dois nascimentos por parto normal, e as acadêmicas acompanharam fazendo o papel de "Doula" no final do pré-parto, parto e alguns momentos do período de Greenberg.

P.B. deu a luz a uma menina, peso 3.000 g e apgar 8/9 e R.C.M. deu a luz a uma menina de peso 3.310 g e apgar 8/9.

A última parturiente que chegou ao Centro Obstétrico, apresentava o diagnóstico de feto-morto. Internou para cesárea, sendo a mesma transferida para o dia seguinte. Ao investigar com a

mãe as possíveis causas, soubemos que aos três meses de gestação estava ocorrendo descolamento prévio de placenta (DPP) e seu médico de pré-natal orientou-a quanto aos cuidados necessários para se levar a gestação até o final. A parturiente comentou que seguiu todas as recomendações médicas e que há uma semana procurou o hospital com encaminhamento médico para submeter-se à cesariana, porém o médico plantonista desaconselhou, pedindo para aguardar mais um pouco na tentativa de um parto normal. Ao saber da morte de seu filho ainda em seu ventre ficou desesperada. Por longo tempo chorou sem mencionar nada. Após acalmar-se um pouco disse: “Porque isto tinha que acontecer comigo? Como vai ficar meu marido ao saber? Acho que ele não vai agüentar. Sinto uma dor muito forte aqui no peito”, apontando para o mesmo. Por muito tempo acompanhava-se lágrimas de puro sofrimento em seu rosto. Conseguiu dormir por aproximadamente uma hora e meia, acordando ao ouvir o choro de um bebê no berçário. Choros e soluços fortes vinham de seu leito. A acadêmica ao se aproximar dela ouviu “porque meu Deus! Porque tenho que passar por isso? Como vou fazer quando chegar em casa sem meu bebê? Ele foi tão esperado!” Olhou para a acadêmica e suplicando disse: “Por favor, me dê alguma esperança de que meu filho está vivo”. A acadêmica por longo tempo permaneceu ao seu lado mostrando-lhe a realidade, ou seja, que este seu filho estava morto, que seria difícil aceitar, mas que pedisse forças ao nosso pai protetor para superar este momento horrível pelo qual estava passando. Ao chegar a família, que já havia sido avisada, levou a parturiente um pouco mais calma para a unidade de puerpério, onde repousariam em um quarto que estava vago, pois na manhã seguinte a parturiente seria submetida a cesariana.

No puerpério as acadêmicas acompanharam as duas puérperas (R.C.M./ P.B.) e esclareceram as dúvidas manifestadas pelas mães individualmente. Apresentaram dúvidas em comum em relação a: coto umbilical e curativo, episiorragia e aleitamento materno.

JOVEM INEXPERIENTE

A. S. A., 18 anos, casada, católica, procedente de Praia Comprida, natural de Florianópolis, do lar.

A parturiente chegou a triagem obstétrica às 17h00 com diagnóstico de trabalho de parto. Gesta I, para 0, aborto 0, chegou ao Centro Obstétrico com 3 cm de dilatação. Explicamos nosso projeto e qual o objetivo do mesmo para os médicos do plantão, que negaram a entrada do acompanhante. Explicamos à parturiente o projeto que estávamos desenvolvendo e se a mesma aceitava a nossa presença a seu lado para fazermos o papel de “Doula”.

Ao que ela nos respondeu: “Vou gostar muito. Vocês ficam o tempo todo do meu lado?” As acadêmicas responderam que sim.

Por ser uma pessoa jovem inexperiente, nos fez muitas perguntas sobre o parto, as quais respondemos e orientamos sobre a ajuda que ela daria para o bebê se compreendesse o porque das contrações e a necessidade das contrações ficarem mais intensas. Perguntamos se tinha vontade de tomar banho para relaxar, pois no momento as contrações eram fracas. Encaminhamos para o banho, orientamos para o exercício de respiração e visualização criativa, e a parturiente teve um pequeno repouso com período de sono, acordando com uma forte contração. À medida que as contrações aumentavam, a parturiente entrou em pânico dizendo: “Que dor horrível, não agüento mais. Por que vocês não fazem alguma coisa? Me levem para a cesárea. Não quero parto normal. Vocês não fazem nada mesmo, só querem ver a gente sofrer”. As acadêmicas tentaram acalmar, dizendo que a mesma tinha condições de ter um parto normal, e que esta avaliação quanto a cesárea caberia ao médico. Explicamos que estávamos ali para ajudá-la, mas que a parte ativa do processo era dela, e falamos, novamente, o que estava ocorrendo com ela e o bebê. Solicitou nossa ajuda para beambular e nos pediu água. Pegamos uma gase com água e molhamos seus lábios. Sua

fisionomia expressava dor, e as olheiras seu abatimento. Nos disse em um momento; “Meu Deus, não vou conseguir. Quando tudo isto vai terminar?” Nesse momento o médico apareceu, para fazer o toque, rompeu as membranas, falando para a parturiente que estava quase no momento de ir para a sala de parto. Permanecíamos ao seu lado.

Durante uma forte contração a cabeça do bebê coroou e a mesma imediatamente foi levada para a mesa obstétrica.

Teve início o parto, nascendo um bebê do sexo masculino, a qual a mãe falava: “Não acredito, que consegui ter um filho de parto normal, ninguém vai acreditar, deixa eu ver o meu bebê”. O médico mostrou à mãe que emocionada chorava e repetia a mesma frase acima citada. Explicamos que seria dado os primeiros cuidados ao bebê e que em seguida o levaríamos para seu colo. O bebê nasceu às 03h26, pesando 3470 g, a qual a mãe falava: “Que bom! Como é gordinho!” Colocamos o bebê, junto à mãe que o beijava com todo amor, dizendo: “Não vejo a hora de contar para toda a família”.

Prestamos assistência à puérpera durante o período de Greenberg, e após uma hora a mesma foi encaminhada para o alojamento conjunto.

Na manhã seguinte, as acadêmicas encontraram a puérpera abatida, porém feliz. “Quando meu bebê vai chegar?” Perguntou a mesma. As acadêmicas responderam: “Assim que o berçário liberar, iremos buscá-lo”. Perguntamos se ela não queria preparar-se para receber o bebê tomando banho e trocando de roupa. A mesma respondeu que sim. Após todos os procedimentos, deixamos a puérpera, e fomos buscar o bebê.

Quando chegamos o mostramos à mãe, que sorria. Descobrimos todo o bebê mostrando o sexo e conferindo as pulseiras. Perguntamos se queria colocar o bebê para mamar e a mesma respondeu que sim.

Colocamos o bebê em seu colo e orientamos quanto a maneira correta de amamentação, e salientamos a importância do aspecto emocional da mãe em relação ao bebê e ao leite materno. A puérpera nos fez várias perguntas que íamos respondendo à medida

que suas dúvidas eram passadas como: banho e cuidados com o coto umbilical, alimentação, vacina entre outras. A mesma olhava seu filho emocionada acariciando seu rostinho dizendo: “Ainda não consigo acreditar que tive parto normal.”

Ficamos até às 11h30, quando nos despedimos da puérpera desejando a ela e ao bebê muitas felicidades. A mãe mais uma vez nos agradeceu emocionada dizendo: “Espero que vocês sejam muito felizes com esse trabalho que estão fazendo, obrigada”.

O MEDO DO DESCONHECIDO

A. S., 21 anos, amasiada, católica, procedente de Bela Vista, natural de Florianópolis.

A parturiente chegou ao centro obstétrico vinda da triagem, as 16h10. Explicamos nosso projeto aos obstetras de plantão e solicitamos autorização para a entrada do acompanhante, a qual nos foi negada. Assim sendo, conversamos com a enfermeira do plantão para selecionarmos uma parturiente, para darmos continuidade ao projeto. Fomos informadas que a parturiente possuía uma deficiência auditiva “leve” e para conversarmos com ela deveríamos olhar em seus olhos ou falar com um tom de voz mais alto. Fomos até a parturiente e explicamos o motivo de nossa presença ali e o trabalho que iríamos desenvolver. Mediante sua aceitação iniciamos o papel de “Doula”. É gesta I, para 0, aborto 0, nega doenças anteriores e gestoses. Realizou cinco consultas de pré-natal, sendo acompanhada em todas por sua mãe. Internou com bolsa íntegra e 4 cm de dilatação. Todos os procedimentos realizados com a parturiente de maneira que facilitasse sua compreensão. Durante todo o pré-parto a parturiente demonstrou tranqüilidade e satisfação por estarmos juntas a ela, e solicitava a todo momento que não a deixássemos sozinha. A parturiente nos questionava sobre suas dúvidas a respeito do parto. A bolsa amniótica foi rompida as 21h00 pelo obstetra. Suas contrações evoluíram tão rapidamente que as 21h35 foi levada para a sala de parto. Na sala de parto, orientamos a parturiente para que se posicionasse corretamente na mesa. O medo do desconhecido estava estampado em seus olhos. O obstetra iniciou a anestesia dando início ao parto. Explicamos a parturiente como deveria usar sua força, para ajudar a nascer o bebê. Foi tudo muito rápido. Assim que o bebê nasceu a mãe logo curvou-se à frente para ver seu bebê e perguntou: “O que é? Menino ou menina? A acadêmica respondeu que era uma menina. E a mãe continuou: “E

perfeita?” O obstetra mostrou o bebê a mãe e após cortar o cordão umbilical colocou-o em seu colo por alguns instantes. A emoção era tamanha. Uma acadêmica pegou o bebê e levou até o berço para prestar os primeiros cuidados. Após levou o bebê de volta a mãe para que os dois aproveitassem aquele momento ao máximo. Informamos que estava tudo bem com o bebê e que pesava 3.180 g. O obstetra referiu-nos que a paciente estava sangrando além do normal e pediu-nos que levasse o bebê logo para o berçário e que chamássemos o anestesista no centro cirúrgico, pois ele havia detectado rotura da parede lateral direita com prolongamento da episiotomia e rotura da parede lateral esquerda profunda com sangramento abundante, e seria necessário que transferíssemos a paciente. Explicamos a ela os procedimentos que seriam realizados no centro cirúrgico, e a mesma expressando espanto por não saber o que estava acontecendo pediu-nos que não a deixássemos só. Uma acadêmica respondeu-lhe que ela iria dormir um sono devido a anestesia, porém não sairíamos de seu lado até que estivesse acordada. Tudo correu bem durante a pequena cirurgia para suturar as paredes rôtas. Assim que acordou da anestesia a paciente não sabia onde estava. Explicamos o que lhe tinha acontecido e em seguida a levamos para a sala de recuperação onde permaneceu por 45 minutos e após foi encaminhada para a unidade de puerpério.

Na manhã seguinte, na unidade de puerpério encontramos a puérpera deitada no leito. Apresentava palidez cutâneo-mucosa bastante significativa, devido ao sangramento intenso que teve. Questionamos se estava se sentindo bem e a mesma referiu intensa dor no local da incisão e logo foi medicada. Encaminhamos e a auxiliamos no banho de aspersão. Permanecia com fluidoterapia. Apresentava lóquios fisiológicos e útero retraído abaixo da cicatriz umbilical, episiorrafia com equimose a qual foi feita curativo. Mamilos protusos e mama com presença de colostro. A puérpera foi indagada sobre o trabalho que realizamos e respondeu: “Não sei como retribuir o que vocês fizeram pra mim. Espero que vocês continuem tendo sucesso”. O berçário comunicou que o bebê já estava liberado para ir para o quarto. Uma acadêmica desceu para

buscá-lo. De volta ao quarto, entregou o bebê a mãe que não parava de acariciar seu rosto. solicitamos que a mesma trocasse o bebê, e ela: “Pode ser depois, agora eu tô me sentindo fraca, não consigo ficar em pé muito tempo”. Questionamos sobre suas dúvidas e orientamos sobre a amamentação e os cuidados com o bebê. A puérpera foi avisada que sua mãe e seu companheiro viriam um pouco mais tarde. A acompanhamos durante toda a manhã. A mesma nos agradeceu muito e referiu que seu bebê estava muito feliz.

A AMIGA

L. H. S., 26 anos, casada, católica, do lar, 1º grau incompleto, procedente da Colônia Santana. A parturiente chegou ao centro obstétrico as 21h30 com o diagnóstico de trabalho de parto. É gesta II, para I, aborto 0. Fumante, mais ou menos cinco cigarros/dia. Conversamos com os médicos de plantão, os quais já conheciam e aprovavam o nosso trabalho e solicitamos permissão para a entrada do acompanhante. Um deles respondeu: “Meninas, já não precisa nem pedir, a casa é nossa, podem começar já o trabalho de vocês”. Assim sendo, explicamos a parturiente o projeto que estávamos desenvolvendo e se a mesma gostaria de um acompanhante que permanecesse ao seu lado durante todo trabalho de parto e parto. A parturiente sem hesitar aceitou logo, dizendo que estava acompanhada por seu marido, sogra e uma amiga. Perguntamos com quem ela gostaria de ficar no centro obstétrico e a mesma respondeu que preferia o marido, mas tinha certeza que ele não ia aceitar, pois não pode ver sangue que desmaia. Assim sendo, fomos conversar com o marido da parturiente que estava no corredor externo do centro obstétrico. Explicamos tudo a ele e o mesmo respondeu justamente o que sua mulher havia referido. No mesmo instante, a amiga que os acompanhava pediu ao esposo da parturiente que deixasse ela entrar no centro obstétrico e ele permitiu. Questionamos a parturiente sobre a entrada de sua amiga e ela adorou a idéia. Levamos então a amiga M. R. C., 29 anos, servente e procedente da Colônia Santana, até a parturiente. A satisfação e a alegria por poder participar daquele momento estava estampada em seus olhos. Ambas demonstraram muita curiosidade a respeito do parto, e apesar de já terem filhos, aquele momento era novo. Questionaram bastante e todas as suas dúvidas foram sanadas. Por ser secundigesta, a evolução do trabalho de parto foi rápida. O obstetra rompeu a bolsa amniótica as 23h15 e onde a mesma em seguida foi encaminhada a sala de parto. Orientamos e auxiliamos a parturiente durante as contrações sobre a maneira correta de se

posicionar na mesa e quanto a respiração. A amiga observava tudo com curiosidade enquanto a parturiente seguia as orientações. Nasceu o bebê e nesse instante a amiga falou: “É uma menina, é uma menina”. A mãe emocionada perguntou: “Ela é perfeita, é muito pequeninha?” O obstetra respondeu: “Calma mãe que eu já vou te mostrar”, e ergueu o bebê para a mãe ver. A mãe rindo falou: “Ela é bem pequeninha né, mas também com o tamanho que eu tinha, não poderia ser maior”. O bebê, pesando 1.960 g, recebeu os primeiros cuidados, sendo em seguida colocado nos braços da mãe. As acadêmicas perguntaram se a mãe gostaria de amamentar sua filha naquele momento e a mesma disse que gostaria muito, porém não sabia se iria conseguir. Ajudamos então a mãe a se posicionar melhor na mesa obstetra. Colocamos o bebê em seu peito o qual de maneira desajeitada tentava sugar. A mãe neste momento chorou emocionada dizendo: “Meu Deus eu não acredito que tô passando por isso, é muita alegria de uma só vez. Com a outra filha não tive esta oportunidade. Agradeço a vocês por isso”. Explicamos que o ambiente da sala de parto por ser fria teríamos que levar o bebê para o berçário, deixando claro que as duas se veriam na manhã seguinte. Terminada a episiorrafia, prosseguimos com os cuidados à puérpera no período de Greenberg. Sendo em seguida encaminhada para a unidade.

Na manhã seguinte no puerpério as acadêmicas prestaram assistência à mãe, que emocionada e alegre esperava a chegada da filha. Recebemos a liberação do berçário, onde fomos buscar o bebê, que o entregamos à mãe após conferir a pulseira e o sexo do bebê. A mãe admirou a filha e falou: “Como é pequenina, porém perfeita, tenho algumas dúvidas. Vocês podem me orientar?” Respondemos que sim. Suas dúvidas, eram as de todas as mães, sobre o coto umbilical, vacinas e amamentação. Ajudamos a mãe a trocar sua filha, e em seguida colocamos para mamar. O bebê pegou o seio com facilidade para alegria da mãe que disse: “Esta quero que mame por muito tempo, já que para a outra não recebi orientações e achava que meu leite era fraco”. Terminamos as orientações nos despedindo, onde a mesma mais uma vez nos agradeceu.

O ADIANTADO PERÍODO EXPULSIVO

Nesta noite, ao chegarmos no centro obstétrico, encontramos os dois obstetras de plantão que já haviam recusado anteriormente o desenvolvimento deste trabalho. Assim sendo, iríamos desenvolvê-lo através da atuação de "Doula". Porém o pré-parto encontrava-se vazio. Aguardamos a internação de uma parturiente. Após grande demora, recebemos um telefonema da triagem obstétrica, avisando-nos que estava subindo uma parturiente em período expulsivo. J. A. A., 21 anos, solteira do lar, tendo o 1º grau incompleto, natural de Florianópolis e procedente de Forquilha. É gesta I, para 0, aborto 0. Nega doenças anteriores e gestoses. Realizou 04 consultas de pré-natal. Internou com dilatação total e adiantado período expulsivo, sendo encaminhada, deitada na maca, imediatamente, para a sala de parto. Encontrava-se nervosa com a situação, gritando devido a dor. As acadêmicas permaneceram ao seu lado, na tentativa de tranquilizá-la. Conseguiu-se ainda fazer anestesia e posteriormente episiotomia. De maneira rápida e com uma dor única, a mãe conseguiu dar a luz a uma menina. A mãe continuou a ser amparada por uma acadêmica. A outra recebeu o bebê, envolveu-o em panos aquecidos, e a caminho do berço, mostrou-o a mãe. A mesma sorridente mencionou: "Ai minha filhinha, pensei que não ia dar tempo de chegar aqui". Enquanto uma acadêmica prestava os primeiros cuidados ao recém-nascido, a mãe cochilou alguns períodos, sendo acordada para receber em seus braços o bebê. A mãe, tocando o bebê, disse: "Ela é linda, tá tudo bem com ela?" A acadêmica que recebeu o bebê falou: "Sim, está tudo bem, não precisa se preocupar". A mãe permaneceu alguns instantes olhando e acariciando sua filha. Como estava frio, avisamos a mãe que logo o bebê seria encaminhado ao berçário. A mãe beijando sua filha, entregou a uma acadêmica que levou-o para o berçário. O recém-nascido pesou 3.030 g. e tendo apgar 9/9. A mãe dormiu até

o final da epissiorrafia, e em todo o período de Greenberg, sendo acordada para realizarmos os controles. Antes de ser encaminhada à unidade de puerpério, explicamos-lhe o trabalho como “Doula”, perguntando se a mesma gostaria de ser acompanhada, obtendo como resposta: “Sim, sim eu quero.

No puerpério, a mãe encontrava-se em repouso. Aguardamos seu despertar, aproveitando este tempo para visitar ao bebê no berçário. Retornamos ao quarto, a mãe já havia acordado. Incentivamos e auxiliamos para a higienização e alimentação. O bebê chegou trazido por uma funcionária do berçário, a mãe ao ver sua filha, esticou seus braços para apanhá-la e mencionou: “Vem com a mamãe, filhinha”. No decorrer da manhã, a puérpera foi auxiliada na troca das roupas do bebê e postura correta para amamentar. Foi esclarecido a respeito do banho do bebê, métodos contraceptivos e amamentação.

Na despedida a mãe agradeceu o apoio e orientações.

ANEXO 09

MATERNIDADE DARCI VARGAS

A Maternidade Darci Vargas foi inaugurada em 12 de abril de 1947, possuindo este nome em homenagem ao então governante do país. Encontra-se situada à rua Miguel Couto, s/n, centro - Joinville (SC).

Foi transformada em ponto de referência na prestação especializada de serviços a gestantes e recém-nascidos da região Norte Catarinense. Em 1994, recebeu da UNICEF e OMS o título de HOSPITAL "AMIGO DA CRIANÇA" pelo reconhecimento ao seu trabalho de prioridade ao atendimento humanizado na relação MÃE-FILHO, tendo como destaque o aleitamento materno. A partir de 1993, a direção da Maternidade mudou sua visão de administração e iniciou a implantação da gestão participativa, onde todos os funcionários passaram a contribuir de maneira efetiva, o que acabou gerando a implantação do Programa de Gestão de Qualidade Total em Saúde, sendo a Maternidade a pioneira neste tipo de gestão em Santa Catarina. Este programa visa atender ao binômio materno-fetal (MÃE-FILHO) com qualidade técnica, solicitude e humanidade. Para isso, a Maternidade conta com profissionais qualificados e em permanente atualização, além de serviços especializados. Ainda recentemente, pela sua qualidade técnica e de atendimento, adquiriu por mérito, o direito de formar médicos especializados nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, o que a coloca entre as melhores do País.

É uma instituição prestadora de serviços de saúde e o único hospital da rede municipal de saúde destinado à assistência exclusiva do binômio materno-fetal.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS OFERECIDOS:

- NA MATERNIDADE TODAS AS PACIENTES CONTAM COM ATENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS - Todos os partos são acompanhados por obstetra, corpo de enfermagem, neonatologista, com isso garantindo um atendimento de alto-nível para todas as pacientes independente do convênio.

- ALOJAMENTO CONJUNTO - mãe e filho ficam sempre juntos no mesmo quarto, facilitando o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e do vínculo mãe-filho.

- PARTO SEM DOR (OPÇÃO) - Equipe multidisciplinar que inclui: obstetra, anestesista e pediatra, proporcionando um parto normal com a mãe lúcida, participativa e sem dor.

- SAR-NEO - Serviço Alto Risco Neonatal (UTI) - Conta com médicos pediatras especializados no atendimento de recém-nascidos de alto risco em UTI de plantão 24 horas e com aparelhagem e materiais necessários para atendimento desses recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais (prematuros, patologistas decorrentes do pré, durante e pós-parto). Dentro da SAR-NEO, a Maternidade criou o Programa AMOR PERFEITO, visando a humanização e participação da família na atenção e cuidados com o bebê de alto-risco. A mãe passa a fazer parte da equipe de atendimento e atenção ao bebê. Isso dá segurança e ajuda na recuperação da criança.

- BANCO DE LEITE - O banco de leite da Maternidade, atende gratuitamente a todas as mães de Joinville e Região que necessitam de orientação e auxílio na amamentação. As mães que produzem leite materno em excesso procuram o banco de leite para doação. Esse leite vai ser utilizado, após exames, para a alimentação dos bebês de alto-risco internados.

- GRUPO DE GESTAÇÃO - Profissionais de diversas áreas orientam os futuros pais a respeito das transformações da gravidez e os

cuidados necessários, preparando-os para o parto e recebimento do bebê com amor, carinho e ternura.

- PALESTRA DE ORIENTAÇÃO ÀS PARTURIENTES sobre cuidados com aleitamento materno e com o recém-nascido.

- GRUPO DE MÃES - Reuniões semanais realizadas por equipe multidisciplinar e mães para discutir problemas de amamentação.

- AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO-RISCO - Atendimento especializado por equipe multidisciplinar dirigido especialmente para gestantes portadoras de diabetes, hipertensão, cardiopatias, bem como às gestantes adolescentes, idosas e outras.

- AMBULATÓRIO DE NEONATOLOGIA DE ALTO-RISCO (Programa REVIDE) - Todo recém-nascido internado no Serviço Alto-Risco Neonatal (SAR-NEO/UTI), será acompanhado no que se refere às suas condições clínicas e de desenvolvimento psico-motor (REVIDE).

- SERVIÇO DE MEDICINA FETAL - Destina-se ao diagnóstico e tratamento das doenças do feto intra-útero.

- CENTRO DE DIAGNÓSTICO - Conta com modernos aparelhos de Raio-X, Ultrassom, Cardiotocógrafo, Histeroscópio e Laparoscópio.

A Maternidade, para se integrar à comunidade, conta com serviços de medicina comunitária, realizando programas de assistência domiciliar com equipes multidisciplinares: Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo, Enfermeiros, dentre outros.

Objetivos da Maternidade

- amenizar as preocupações da gestante para que assimile o parto como um momento feliz a ser levado ao ambiente familiar.

- proporcionar os mais altos níveis de qualidade e humanização nos serviços, colocando a Maternidade como referência de atendimento ao binômio materno-fetal para todo norte catarinense.

- oferecer os mais elevados padrões técnicos, científicos e de humanização em nossos serviços, respondendo rápido e sensivelmente às necessidades mutáveis do progresso científico e tecnológico das Ciências da Saúde, visando sobretudo a segurança e a pronta recuperação de nossos clientes.

- manter, expandir e modernizar nossa estrutura física e recursos materiais e humanos de acordo com as necessidades contemporâneas.

- gerenciar a Maternidade da forma mais científica e eficaz, evitando desperdícios de recursos.

ANEXO 10

SCRIPT

- * ORADOR - Optamos por apresentar o projeto sob a forma de teatro.
- * ACOMPANHANTE - Anda mana, anda um pouco mais rápido prá gente não esperar muito.
- * PARTURIENTE - Não dá, dói muito, é uma dor muito forte aqui embaixo, por isso eu tenho que andar tão devagar.
- * ACOMPANHANTE - Mas se a gente não se apressar, o bebê nasce no caminho e, além disso, vamos esperar um monte.
- * PARTURIENTE - Eu tô fazendo o possível, mana.
- * ACOMPANHANTE - Ah! Chegamos. Viu, eu avisei, agora tem um monte de gente na frente. Vai demorar e vamos ter que esperar.
- * PARTURIENTE - Se for pra esperar um pouco e essa dor passar eu espero. O mana eu tô com medo. Tu não vai me deixar sozinha né?
- * ACOMPANHANTE - Claro que não. Eu vou ficar junto contigo... Meu Deus, já faz quarenta minutos que estamos aqui e nada da gente se atendida.
- * PARTURIENTE - “As dores aumentam e P geme”.
- * ENFERMEIRA - A próxima

- * ACOMPANHANTE - Eu; eu não; ela.
- * ENFERMEIRA - A senhora pode entrar.
“Barrar A na porta”. A senhora fica.
- * ACOMPANHANTE - Deixa eu entrar enfermeira, por favor.
- * ENFERMEIRA - Não. Infelizmente não pode.
- * PARTURIENTE - Por favor, deixa ela entrar comigo?
- * ACOMPANHANTE - Eu tenho que entrar, ela é minha irmã.
- * ENFERMEIRA - Não posso deixar porque não tem espaço pra senhora na sala de parto. A sala é muito pequena e já tem gente demais aqui dentro. Sinto muito, a senhora tem que aguardar aí fora.
- * ACOMPANHANTE/PARTURIENTE - Por favor.
- * ENFERMEIRA - A senhora aguarda aí fora que eu trago notícias.
- * CONGELAR
- * ORADOR - No início do curso nos deparamos com algo mágico na enfermagem, o tão idealizado e comentado Holismo. Mas a prática que vimos e que vivenciamos diariamente é bem outra. É uma prática dicotomizada, onde o ser humano é dividido em partes e o holismo é só almejado, mas não praticado. Isto é, uma prática vista e vivenciada em diversas áreas de atuação da saúde.
Enfermagem, como pudemos ver na representação como é a situação na sala de espera e sala de parto em uma maternidade.
Vimos a importância do holismo na VIIª Unidade

Curricular, durante a realização do estágio de Obstetrícia, que nos deparamos com a situação, em que, a parturiente é separada de seu acompanhante.

* DESCONGELAR

* ENFERMEIRA - Mãe, a senhora vai no banheiro, tira a roupa, toma banho, mas não precisa lavar a cabeça, depois coloca a camisola que o médico vai examinar a senhora.

* ORADOR - Passado o exame, o médico ...

* ENFERMEIRA - Agora a senhora me acompanha e deita nessa cama. Deita virada para o lado esquerdo prá dar bastante oxigênio pro teu bebê.

* ACOMPANHANTE - Já faz três horas que eu tô aqui fora sem saber de nada.

* PARTURIENTE - Aí que dor, dói demais enfermeira. Por favor, me ajuda.

* ENFERMEIRA - É seu primeiro filho, não é? É assim mesmo dói bastante.

* PARTURIENTE - Tô morrendo de dor, faz alguma coisa.

* ENFERMEIRA - A senhora vai receber uma medicação no soro que o médico prescreveu e é prá aumentar a dilatação.

* PARTURIENTE - Aguarda enquanto E instala o soro.

* CONGELAR

- * ORADOR - Do momento em que o parto deixou de ser domiciliar e passou a ser hospitalar, a parturiente perdeu seu papel ativo e a família que desempenhava papel importante passou a ser meramente receptora de informações. Às obstetras coube a função de desempenhar o papel ativo do processo do parto.

- * DESCONGELAR

- * ACOMPANHANTE - Não é possível, aconteceu alguma coisa. Já faz seis horas que eu tô aqui e nada de notícias. Assim não dá, eu não agüento mais.
Chama a E.
Aconteceu alguma coisa com a minha irmã? Porque tá demorando tanto?

- * ENFERMEIRA - Calma minha senhora. Está tudo bem.

- * ACOMPANHANTE - Já nasceu?

- * ENFERMEIRA - Ainda não.

- * ORADOR - Enquanto isso, na sala de parto a parturiente pensa ..

- * PARTURIENTE - Meu Deus, que dor. Eu sozinha. Gostaria que minha irmã estivesse aqui nem que fosse só prá segurar a minha mão. Passar por isso tudo sozinha, não é fácil. E ainda mais ficar rodeada por esse monte de gente que eu não conheço, tanta mulher gritando. Isso é horrível. Tô morrendo de sede e de fome. Nunca mais quero ficar grávida.

- * CONGELAR

* ORADOR - Conforme Klaus e Kennell (1993), “é necessário que a mãe tenha uma pessoa com ela ao longo de todo o trabalho de parto e nascimento para orientação e apoio. Uma vez que, uma companhia protetora não se ajusta ao modelo de atendimento; uma vez que, ela vem sendo uma característica universal do nascimento de seres humanos, até este século (como: período de trabalho de parto mais curto, problemas perinatais diminuídos, e interação afetiva mãe/filho aumentada na primeira hora); e porque faz parte do bom senso; existe um perigo real de que a companhia de apoio seja vista como não-científica e menos importante do que as intervenções médicas e que, portanto, não seja proporcionada a todas as mães em todos os hospitais. Por esta razão, é particularmente importante que insistamos em que nenhuma mulher jamais deve passar pelo trabalho de parto ou dar à luz sozinha, sem uma companhia protetora”.

* DESCONGELAR

* ACOMPANHANTE - Meu Deus, não pode, já faz dez horas e nada.
Eu quero ver a minha irmã, ela precisa de miha ajuda.

(Bater na porta em pânico)

Enfermeira eu quero ver a minha irmã.

* ENFERMEIRA - Ela acabou de ganhar o bebê e você não pode vê-la.

* ACOMPANHANTE - Tá tudo bem com ela? E com o bebê? É menino ou menina?

* ENFERMEIRA - Sim, está tudo bem com os dois. É um menino.

* CONGELAR

* ORADOR - É sabido, que nos momentos difíceis ou temerosos pelos quais passamos ou passaremos, buscamos sempre alguém com quem temos afinidade para que esta pessoa transmita-nos apoio, compreensão, carinho, para nos sentirmos seguros.

A segurança é algo necessário, pois é através dela que conseguimos compreender o que se passa no momento e então, cooperar em busca de se achar a solução mais rápida, fácil e eficiente. E, assim sendo, o nov ser que chega aqo mundo poderá ter maior probabilidade de receber segurança e proteção da mãe e acompanhante já nos primeiros minutos.

Por isso, resolvemos fazer este trabalho em uma área onde a enfermagem pode conquistar novos espaços e atuar.

ANEXO 11



ESTADO DE SANTA CATARINA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA
GERÊNCIA DO CORPO DE ENFERMAGEM

Ofício nº 20/95/GE Florianópolis, 27 de Abril de 1995.

Senhora Coordenadora,

Vimos através deste comunicá-la que a proposta de Estágio das alunas de Enfermagem da 8ª fase, "Promovendo vínculo afetivo mãe, filho e acompanhante", por motivos alheios a nossa vontade, foi inviabilizado pelo Corpo Clínico da M.C.D.

Sendo o que tínhamos para o momento, reiteramos protestos de apreço e consideração.

Atenciosamente,

Virginia S. S. Coen

Gerente do Corpo de Enfermagem

Uma. Sra.

MARIA DE LOURDES CARDOSO
Coordenadora de Enfermagem

OK.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Florianópolis, 29 de maio de 1995.

Ofício 045/95.

DA: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
AO: Diretor do Corpo Clínico da Maternidade Carmela Dutra
Dr. Ricardo Nascimento

A modalidade de estágio obrigatório na 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, possui uma característica de ampliação dos horizontes técnico-científicos assim como pessoais do aluno, possibilitando sobremaneira o uso da criatividade sem perder de vista a cientificidade.

Desde a criação da 8ª fase em 1981 no Curso de Graduação em Enfermagem, a área materno-infantil tem sido foco de interesse dos alunos.

Uma vez que é conveniada com a UFSC, a Maternidade Carmela Dutra têm sido eleita pelos alunos como campo de estágio da 8ª fase, além de atender a demanda de outras fases do profissionalizante.

Até o presente momento os estágios da 8ª fase tiveram apoio e incentivo total dos profissionais desta entidade, o que nos gratifica enquanto Escola e nos faz lamentar a inviabilização pelo corpo clínico da proposta de Estágio "Promovendo vínculo afetivo Mãe, Filho e Acompanhante", apresentada em abril do corrente, proposta esta que foi aceita na sua integralidade pelos profissionais da Maternidade do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, onde vem sendo desenvolvida atualmente.

Considerando a importância desta instituição na sociedade, em especial através do atendimento à saúde da mulher e da criança, reafirmamos o nosso desejo de continuar encontrando apoio e incentivo nas atividades do Curso de Graduação em Enfermagem junto à Maternidade Carmela Dutra, tendo em vista o nosso tempo de caminhada lado a lado na relação ensino/assistência, relação esta, alicerçada no diálogo, respeito à ética e competência profissional.

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

PROFª OLGA REGINA ZIGELLI GARCIA
COORDENADORA DO CURSO DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

PROFª. MARIA DE LOUDES CARDOSO
COORDENADORA DA 8ª FASE

OF.Nº 009/95-GC

Florianópolis, 06 de junho de 1995

Senhora Coordenadora:

Em resposta à Vossa correspondência de 29/05/95, como Gerente do Corpo Clínico e, neste momento, seu representante, afirmo que é com satisfação que recebemos a notícia de que temos sido eleitos como principal campo de estágio para os alunos da 8ª fase e outras fases do profissionalizante. E, reafirmo, que pretendemos assim continuar a merecer esta deferência.

Acreditamos que a inviabilização da proposta de estágio seja um episódio que faz parte deste contexto, e que, em nenhum momento, deva constituir-se em solução de continuidade das atividades técnico-científicas, desenvolvidas em conjunto.

Apresentada a proposta de estágio, foi deliberado pelo Corpo Clínico, na presença do grupo de alunos e da Coordenadora do Estágio, que, naquele momento, não estava a Maternidade com suas acomodações adequadas a este tipo de trabalho assistencial.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos, certos de que nossa caminhada lado a lado é perene.

Saudações,

Ricardo Nascimento
RICARDO NASCIMENTO
Gerente Clínico

Ilmª Srª

PROFª OLGA REGINA ZIGELLI GARCIA
DD. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de S. Catarina