

# SISTEMATIZAÇÃO DA CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO

**Maria da Conceição F. Lancia<sup>1</sup>, Eder R. Moraes<sup>2</sup>, Maria Belen S. Posso<sup>3</sup>**

<sup>1,3</sup> Universidade do Vale do Paraíba/ Faculdade de Ciências da Saúde/Av.Shishima Hifumi, 2911Urbanova - São José dos Campos – SP mcflancia@uol.com.br/ mbelen@terra.br

<sup>2</sup> Universidade do Vale do Paraíba/ IP&D– Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento/Av.Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova - São José dos Campos – SP

**Resumo** Este estudo tem o objetivo de estudar a sistematização prévia da cardiocografia intraparto. Foram selecionadas 40 parturientes, com idade gestacional a partir de 37 semanas, no período de outubro 2005 a fevereiro 2006, em uma maternidade do vale do Paraíba, excluindo gravidez gemelar e mau formação fetal. Empregou-se um formulário com dados sócio demográficos, antecedentes obstétricos, Sistematização Prévia, Laudo Cardiocográfico e índice de Apgar. Na Sistematização Prévia foi dado um escore de 0 a 20 e feito uma classificação: 0 a 10 insuficiente, 10 a 16 regular, 16 a 20 bom. Nesta pesquisa podemos observar que as pacientes que tiveram uma melhor qualificação na sistematização prévia da cardiocografia intra parto estavam no grupo de parturientes que obtiveram na Sistematização Prévia escore regular. Assim a assistência em saúde entendida como atendimento de necessidades, deve ser priorizada como essencial para existência da vida com qualidade, dando segurança no uso da tecnologia.

**Palavras-chave:** trabalho de parto, cardiocografia intraparto, apgar, enfermagem.

**Áreas de Interesse:** Ciências da Saúde

## Introdução

Muitos estudos têm analisado as relações existentes entre as alterações observadas nos traçados da frequência cardíaca fetal e os resultados perinatais, entretanto não encontrei na literatura estudo que orienta o enfoque para a confiabilidade da sistematização prévia na reprodutividade do método. Este trabalho surgiu da experiência como enfermeira obstétrica trabalhando em centro obstétrico, acompanhando alunos em estágio da disciplina de enfermagem em saúde da mulher, onde pude observar que nem todos os exames de cardiocografia realizados durante o trabalho de parto realizavam a sistematização prévia recomendada pela referencia bibliográfica e quando feita não era documentada; despertou-me então a curiosidade de realizar um estudo sobre a aplicabilidade da sistematização prévia da cardiocografia intraparto.

O objetivo da cardiocografia é identificar precocemente a depressão fetal, permitir procedimentos oportunos e terapêuticos fetal para evitar dano neurológico e morte perinatal, antecipar o parto, decidir a via e o tipo de parto (Schimer J; Fustinoni, 2004). A sistematização prévia da Cardiocografia é de suma importância para assistência ao parto; As ações de cuidar da enfermagem compreendem atividades que enfocam as necessidades físicas e de tratamento do paciente, como orientações, cuidados prévios eficazes para realização de determinados exames com qualidade, que entre outros aspectos compõem a sistematização de Enfermagem na cardiocografia intraparto.

Antes da realização da cardiocografia uma breve explicação sobre o procedimento deve ser realizada; o que faz reduzir o seu grau de ansiedade, que pode causar taquicardia fetal(CARVALHO, 1990). A gestante deve estar alimentada nas ultimas horas, se for tabagista deve abster-se do fumo pôr, no duas horas, antes da realização do exame A medicação habitual em uso deve ser mantida, é recomendado que o exame seja realizado pouco antes da próxima dose.

A paciente deve ser colocada em posição de semi folwer (semi-sentada caso não seja possível, posicione a parturiente em decúbito lateral ou semi-lateral oposto ao dorso fetal(KUNH;GUARCIA,2005).Outra posição que poderá ser utilizada para realização da cardiocografia é sentada em uma poltrona reclinável, com cuidado para assegurar que esteja inclinada para esquerda a fim de evitar a síndrome de hipotensão em decúbito dorsal (GABBE;DRUZIN,1999). A palpação deve ser realizada em tempo prévio obrigatório para confirmação da apresentação e da posição fetal, evitando procura demorada do foco. A verificação da pressão arterial deve ser realizada antes do exame e durante a realização deste, Aferição do pulso é importante devido poder estar associado à bradicardia ou taquicardia fetal (Mariani Neto,1999).

## Materiais e Métodos

O estudo foi desenvolvido dentro de uma abordagem quantitativa descritiva, realizado em um hospital de uma cidade do Vale do Paraíba nos setores Maternidade e Centro de Parto

Normal. A amostra compôs-se de 40 gestantes em trabalho de parto com idade gestacional a partir de 37 semanas, com feto vivo. Foram excluídas parturientes com gravidez gemelar e grávidas com má formação fetal. Foi atribuído um escore de 0 a 2, para cada cuidado da sistematização prévia, se o cuidado fosse realizado de acordo com o referencial teórico era dado 2, se não, era atribuído zero. Foi também dado um conceito: para sistematização prévia da cardiocardiografia com escore de 0 a 10 era considerada insuficiente, de 11 a 16 regular, de 17 a 20 considerada bom. Antes do início da coleta dos dados, a parturiente recebeu orientação a respeito da finalidade do estudo, ressaltando-lhe o aspecto sigiloso da entrevista e opção de participar ou não da pesquisa. Os resultados foram armazenados em planilhas word e feita análise estatística descritiva, apresentadas em frequência absoluta e índices percentuais.

Vale ressaltar que o equipamento utilizado na pesquisa foi um cardiocardiográfico Toitu, MT325, de procedência japonesa de última geração com função de monitorizar medidas de batimento cardio-fetais, movimentos fetais, e contrações uterinas simultaneamente, através de ultra-som por doppler, usado para medidas de FHR e FM, além de esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro.

## Resultados e Discussão

A tecnologia usada em saúde deve abranger características tais como: satisfazer necessidades de saúde reais, presentes e futuras; colocar ênfase nos aspectos preventivos e de promoção de saúde; favorecer seu emprego de uma forma humanizada; facilitar o acesso à saúde de toda a sociedade, ser eficaz, eficiente, viáveis, segura, e aceita pela comunidade (CLIMENT, 1987).

Tabela 1. Sistematização Prévia

Escore	0	2	Total
Orientação do Procedimento	Não 35,0 %	Sim 65,0%	100%
Fumante	Sim 10%	Não 90%	100%
Posição	Dorsal 2,5%	Semi-fowler 97,5%	100%
PA / antes	Não 30,0 %	Sim 70,0%	100%
PA/ durante	Não 100,0 %	sim	100%

PA / após	Não 100,0 %	sim	100%
Pulso	Não 100,0 %	Sim	100%
Alimentação horas antes	duas Não 17,5 %	Sim 82,5%	100%
Medicação durante o exame	Sim 92,5 %	Não 7,5%	100%
Ocorrência	Sim 35,0 %	Não 65,0%	100%

Este estudo mostra que das 40 parturientes pesquisadas 15(37,5%) não receberam orientação sobre o exame e 25(62,5%) receberam orientação. A mulher deve ser orientada sobre o procedimento, deve ser ouvida suas preocupações, favorecendo a diminuição da sua ansiedade (BURROUGHS, 1995)

Das 40 parturientes pesquisadas 18(45,0%) fizeram o exame sentado na poltrona; 22(97,5%) realizaram em posição de semi fowler;. Cordioli, Kuhn; Garcia (2003) cita que a paciente deve ser colocada em posição semi fowler, caso não possível posicione em decúbito lateral ou semi-lateral oposto ao dorso fetal. Outra posição que poderá ser utilizada para realização da cardiocardiografia é sentada em uma poltrona reclinável, com cuidado para assegurar que esteja inclinada para esquerda a fim de evitar a síndrome de hipotensão em decúbito dorsal(DRUZIN;GABBE,1999).

Nesta amostra, foi verificado a PA antes da realização do exame em 28(70,0%) das parturientes;12(30,0%) não verificaram a PA antes da realização do exame. Em nenhuma parturiente foi verificado PA e pulso durante a realização do exame. A PA deve ser verificada antes da realização do exame e durante o exame, principalmente se o registro exibir padrão anormal. A verificação do pulso é importante devido estar associado a bradicardia ou taquicardia fetais. Hipertermia materna provoca taquicardia fetal<sup>(12)</sup>. Das 40 parturientes estudadas 12(30%) apresentaram algum tipo de intercorrência durante a realização do exame; tais como vômito, hipertensão, mecônio, náuseas e escurecimento de vista; 28 (70%) das parturientes não apresentaram nenhum tipo de intercorrência. O vômito é comum durante as fases ativa e de transição do trabalho de parto. O posicionamento da gestante é importante para facilitar o escoamento. Pode haver conteúdo gástrico até 36h após a ingestão de uma refeição(BURROUGHS, 1995).

## Conclusão

A ciência vem gerando conhecimentos e tecnologia de forma rápida e muitos setores como o da saúde, têm incorporado com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência e diminuir a mortalidade materna infantil; no entanto é necessária uma qualificação no uso do equipamento utilizado como auxílio diagnóstico. Nesta pesquisa podemos observar que as pacientes que tiveram uma melhor qualificação na sistematização prévia da cardiocografia intra parto estavam no grupo de parturientes que obtiveram na Sistematização Prévia escore regular. Assim a assistência em saúde entendida como atendimento de necessidades deve ser priorizada como essencial para existência da vida com qualidade, dando segurança no uso da tecnologia.

## Referências

- Burroughs A. Uma Introdução a Enfermagem Materna, Porto Alegre: Artes Médica; 1995
- Carvalho, G. M: Enfermagem em Obstetrícia, São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária Ltda., 1990.
- CORDIOLI, E; AVRITSCHER, A. P. SANTOS, J. F. K. Cardiocografia intraparto. In: CAMANO, L. SOUSA, E. SASS, N. MATTAR, R. Obstetrícia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina 1º ed. São Paulo: ED. Manole, 2003.
- CLIMENT, G. I. Tecnologia apropriada em obstetrícia. Rev. Saúde Pública 21: 413- 1987
- Gabbe SG, Druzin M L. Avaliação Fetal Pré parto. In: Obstetrícia, gestações normais & patológicas. Rio de Janeiro, 1999. 3º ed. p.245-274
- . Kunh J., Guarcia G. 26º Curso Intensivo teórico-prático. Instituto Brasileiro de Cardiocografia. (IBC). 5 e 6 de março 2005. 104 f. Notas de aula. Slide.
- Neto C. M: Comparação entre a análise visual e a computadorizada de registros cardiocográficos ante parto em gestações de alto risco. 1999. 111f. Tese (Doutorado em Toco ginecologia). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1999..
- SchimerJ; Fustinoni S, M. Curso de Cardiocografia e Partograma. UNIFESP/EPM, Departamento de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, 7 de novembro, 2004. 13f. Notas de aula. Slide.
- Zugaib M, Miyadahira S, Steinman D. S, Ruano R, Francisco R. P. V, Nomura R M, Y. Variabilidade Inter-Observadores na análise da Cardiocografia Ante parto de Repouso. Revista de Ginecologia & Obstetrícia. V3, nº