

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA REDE CEGONHA**

OSENIR PEREIRA BARROS

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM
SÃO LUÍS - MA**

**SÃO LUÍS-MA
2018**

OSENIR PEREIRA BARROS

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM
SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de conclusão de curso, modalidade Projeto de Intervenção, apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstetrícia Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca

**SÃO LUÍS-MA
2018**

OSENIR PEREIRA BARROS

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM
SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de conclusão de curso, modalidade Projeto de Intervenção, apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstetrícia Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Orientadora (UFMA)

Profa. Dra. Poliana Pereira Costa Rabelo
UFMA

Profa. Dra. Clara de Jesus Marques de Andrade/
Profa. Anézia Madeira
UFMG

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado, primeiramente, a Deus por ter me dado o dom da vida e forças para chegar aonde cheguei;

Ao meu filho, Luís Gabriel, pelos finais de semana de ausência para assistir as aulas do curso;

A minha mãe, Nizete, por ter me dado as ferramentas, educação e conselhos para me transformar na mulher que sou.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof^a Lena Maria Barros Fonseca, pela orientação indispensável à elaboração deste trabalho.

A todo o corpo docente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pelos conhecimentos repassados.

Aos colegas do curso, por este período de convivência, companheirismo e dificuldades que passamos juntos.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

“Você pode saber o que disse, mas nunca saberá o que escutou”.

Jacques Lacan

RESUMO

INTRODUÇÃO: O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto, sendo um excelente recurso visual da evolução da dilatação cervical e da descida da apresentação do feto. A ferramenta citada serve como um “ sistema precoce de aviso” e ajuda numa decisão antecipada em transferir, conduzir e finalizar o trabalho de parto. Ela também aumenta a qualidade e a regularidade de todas as observações da mãe e do feto, possibilitando o reconhecimento precoce de problemas com eles. **OBJETIVO GERAL:** Implantar o partograma na assistência ao parto, na maternidade Benedito Leite, no município de São Luís - MA. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Capacitar profissionais médicos e enfermeiros para o preenchimento do Partograma na assistência ao parto; Implantar protocolo de rotina para preenchimento do partograma; Reduzir a incidência de cesarianas na maternidade. **MÉTODO:** Trata-se de uma Proposta de Intervenção implantada no período de fevereiro a novembro de 2017 na Maternidade Benedito Leite, em São Luís-Ma. **RESULTADOS:** Nos meses de setembro a novembro foram realizados 1.955 partos no total, sendo 1.352 normais (69%) e 603 cesarianas (30%). Foi encontrado o partograma preenchido em 115 prontuários de partos normais e em 80 prontuários de partos cesarianos. Observou-se que o uso sistemático do partograma não foi satisfatório, tendo como pontos facilitadores/favoráveis a presença de dois enfermeiros obstetras no plantão, experiência do examinador, apoio da gestão; pontos dificultadores/limitadores, mal preenchimento do partograma, inexperiência do examinador, resistência dos profissionais em utilizar a ferramenta, parturiente admitida em período expulsivo, tempo, burocracia administrativa. **CONCLUSÃO:** Esse Projeto de Intervenção evidenciou que essa ferramenta foi pouco utilizada pelos profissionais ligados a assistência a parturiente, embora preconizada pelo MS, ainda não se encontra totalmente institucionalizada na maternidade Benedito Leite, devendo ser incluída como rotina na mesma. Apesar do baixo número de partogramas preenchidos, foi registrado um decréscimo no número de cesáreas, de 39% para 30% em relação ao ano anterior, porém não podemos atribuir isso a utilização do partograma porque não foi feita uma análise estatística, sendo necessária estudos mais aprofundados para investigação. Há necessidade de maior sensibilização dos profissionais que assistem as parturientes para que estes percebam a importância da utilização do partograma no acompanhamento do trabalho de parto e passe a utilizá-lo com mais frequência, além de cobranças dos gestores aos profissionais no uso desta ferramenta, estabelecendo indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência, fazendo assim com que a estratégia da Organização Mundial de Saúde para o uso do partograma, alcance patamares desejados.

Palavras-chaves: Partograma. Assistência ao parto. Trabalho de parto.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The partograph is the graphical representation of labor and is an excellent visual resource for the evolution of cervical dilatation and decreased fetal presentation. The tool cited serves as an "early warning system" and helps in an early decision to transfer, conduct, and terminate labor. It also increases the quality and regularity of all observations of the mother and the fetus, enabling the early recognition of problems with them. **GENERAL OBJECTIVE:** To implant the partogram in the delivery assistance, in the maternity Benedito Leite, in the municipality of São Luís - MA. **SPECIFIC OBJECTIVES:** To train medical professionals and nurses to fill out the Partogram in childbirth care; Implement routine protocol to fill the partograph; Reduce the incidence of cesarean sections in the maternity ward. **METHOD:** This is an Intervention Proposal made in the period from December 2016 to November 2017 at Maternidade Benedito Leite. **RESULTS:** From September to October, 1,955 total deliveries were performed, of which 1,352 were normal (69%) and 603 were cesarean sections (30%). The partogram was found in 115 charts of normal deliveries and 80 charts of cesarean deliveries. It was observed that the systematic use of the partograph was not satisfactory, having as facilitator / favorable points the presence of two obstetrician nurses in the on-call, experience of the examiner, support of the management; difficult points / limiters, poor completion of the partograph, inexperience of the examiner, resistance of the professionals to use the tool, parturient admitted in the expulsive period, time, administrative bureaucracy. **CONCLUSION:** This Intervention Project evidenced that this tool was little used by professionals related to parturient assistance, although recommended by the Ministry of Health, is not yet fully institutionalized in the Benedito Leite maternity ward and should be included as a routine in the same. Despite the low number of partogramas completed, a decrease was recorded in the number of cesarean, from 39% to 30% in relation to the previous year, but we cannot attribute that to the use of partogram because a statistical analysis was not done, being further research needs to be studied. There is a need for greater awareness among the professionals who assist the parturients in order to understand the importance of the use of the partogram in the follow-up of labor and to use it more frequently, as well as the managers' charges to the professionals in the use of this tool, establishing indicators that allow to evaluate the quality of care, thus making the strategy of the World Health Organization for the use of the partograph, reach desired levels.

Key-words: Partogram. Delivery assistance. Labor.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Curva de evolução da cérvico-dilatação.....	14
Figura 2 - Curva média de dilatação para o parto em nulíparas.....	15
Figura 3 - Inter-relações entre a descida da apresentação e o padrão de desenvolvimento da dilatação concomitante em nulíparas.....	15
Figura 4 - Partograma recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, baseado no modelo de Philpott e Castle.....	16
Figura 5. Percentil 95 da duração cumulativa do trabalho de parto desde a admissão, para nulíparas com gestação a termo de feto único, com início espontâneo de trabalho de parto vaginal, com desfechos neonatais normais.....	17
Figura 6 - Modelo de ficha preenchida, com partograma e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto.	22
Tabela 1 - Distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir das linhas de ação..	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização da situação	10
2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
5 ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA	18
5.1 Identificação das distócias.....	19
5.2 Fase Ativa Prolongada	20
5.3 Parada Secundária da Dilatação	20
5.4 Parto Precipitado	21
5.5 Período Pélvico Prolongado.....	21
5.6 Parada Secundária da Descida	21
6 OBJETIVOS	23
6.1 Geral	23
6.2 Específicos	23
7 METAS	23
8 METODOLOGIA.....	24
8.1 Tipo de Estudo	24
8.2 Local.....	24
8.3 Público-alvo.....	24
8.4 Período.....	24
8.5 Estratégias de Implantação.....	24
8.6 Custos.....	25
8.7 Cronograma das atividades	26
9 RECURSOS HUMANOS.....	26
10 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	26
11 RESULTADOS PRELIMINARES	27
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE	30
ANEXO.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização da situação

A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso do partograma há mais de 20 anos, no entanto, a maternidade Benedito Leite não tem feito o uso dessa ferramenta, de grande utilidade no acompanhamento do trabalho de parto. Apesar de encontrar-se presente nos prontuários, o desenvolvimento de habilidades no uso do partograma é pouco explorado pois ainda não se encontra institucionalizado na unidade, o que caracteriza falta de comprometimento com a qualidade na assistência ao parto.

O partograma exige a presença do profissional a cada 01 hora ao lado da parturiente, o que requer tempo e disponibilidade, fato que o torna um indicador da qualidade da assistência. Verificou-se também que a maioria das gestantes admitidas com idade gestacional ≥ 41 semanas de gestação foi realizado o procedimento cirúrgico, não optando pela indução do trabalho de parto para tentativa do parto normal, aumentando a incidência de cesarianas na unidade.

A utilização dessa ferramenta constitui um diferencial de segurança e qualidade na tomada de condutas no processo parturitivo, bem como na prevenção de intervenções inadequadas, como a cesariana, contribuindo assim para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal.

A partir daí surgiu o interesse neste Projeto de Intervenção visando melhoria na qualidade da assistência ao parto e redução na incidência de cesarianas na maternidade, uma vez que os profissionais utilizar-se-ão em suas condutas, uma ferramenta validada e segura para as boas práticas na assistência às parturientes e ao parto.

Assim, implantamos o partograma na assistência ao trabalho de parto na maternidade Benedito Leite, em São Luís - MA, e a seguinte questão norteadora foi colocada: quais fatores considerados facilitadores/favoráveis e dificultadores/limitadores para o preenchimento do partograma?

2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A maternidade Benedito Leite, localizada no município de São Luís-Ma, teve sua inauguração em 21 de julho de 1940, pelos senhores Benedito Clementino de Sirqueira Moura e Carmelito Amaral de Mattos, que muito trabalharam em benefício deste hospital e recebeu esse nome em homenagem ao então governador da época Benedito Leite. Com sede inicial na Rua do Norte, Centro; posteriormente, em 2014, mudou-se para o bairro da Cohab.

É uma instituição estadual, de médio porte, gerenciada pelo Instituto ACQUA, que presta atendimento de urgência/emergência e também aos partos de baixo habitual. Possui 74 leitos distribuídos nos seguintes setores: 08 leitos no pré-parto, 58 leitos no Alojamento Conjunto, sendo 32 no Alcon normal e 26 no Alcon cesárea, 08 leitos na Observação/Curetagem. Há ainda 04 leitos na SRPA no Centro Cirúrgico Obstétrico, onde as puérperas ficam em observação após o parto cesáreo, e são liberadas para o Alcon após 3 horas.

A maternidade oferece ainda os serviços de vacinação, ultrassonografia, testes do pezinho, da orelhinha e do coração, registro civil, Grupo Sentinela para planejamento reprodutivo, programas Primeiro Olhar e Pequeno Maranhense, atendimentos a vítima de violência sexual, entre outros, totalizando 7.396 procedimentos mensais, 1.805 média de consultas mensal e 409 média de partos/internação mensal.

Especificamente, o local de realização do projeto é no pré-parto, o qual possui 08 leitos, 02 salas de parto e uma sala de cuidados neonatais. Além disso, tem como porta de entrada 01 sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e 01 sala de avaliação obstétrica. Atualmente, possui uma equipe formada por 12 Enfermeiros Obstetras e 54 médicos obstetras.

A equipe que presta assistência à parturiente no pré-parto é constituída por 03 médicos obstetras, 02 enfermeiros (as) obstetras, 02 neonatologistas e 04 técnicos de enfermagem, em escala de 12 horas de plantão. No alojamento conjunto, a equipe de enfermagem é composta de uma enfermeira e três técnicos de enfermagem por turno de trabalho.

São Luís, capital do estado do Maranhão, localizada na região Nordeste, tem uma população aproximada de 1.082.935 habitantes (Estimativa do IBGE 2016) e, em relação ao Sistema Único de Saúde, funciona como Gestão Plena do Sistema, tendo como gestor a Secretaria Municipal de Saúde.

O município de São Luís atualmente conta com 95 Equipes de Saúde da Família e está dividido em 07 distritos, sendo o distrito do Tirirical o qual a maternidade faz parte, com 16 Unidades de Saúde da Família vinculadas. A gestante que faz acompanhamento do seu pré-natal em uma dessas unidades já é referenciada para a maternidade pelo programa Rede Cegonha, realizando visitas in loco.

3 JUSTIFICATIVA

A maternidade Benedito Leite realizou 4.426 partos, de janeiro a novembro de 2016. Destes, 60,2% (2.664) foram partos normais e 39,8% (1.762) parto cesariano excedendo, portanto, em mais de 27% o limite de partos cirúrgicos para estabelecimentos de saúde, conforme preconizado pela Portaria nº 426, de 04 de abril de 2001, a qual define para o Distrito Federal e os estados que não aderiram ao Pacto na forma proposta na Portaria GM/MS/Nº 466, de 14 de junho de 2000, o limite de cesáreas; dos 1.762 partos cesáreos, 1.001 deixaram de ser faturados acarretando prejuízos financeiros para a maternidade.

Propusemos-nos a elaborar este projeto de intervenção, a partir da observação do alto índice de cesarianas ocorridas na maternidade no período citado. Na tentativa de diminuir esses índices, pretende-se implantar o uso do partograma, como estratégia para alcançar esse objetivo, uma vez que esta ferramenta permite avaliar todo o desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter no mínimo as informações preconizadas pela OMS: a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e a analgesia. O exame completo de todas essas variáveis permite conhecer a evolução do parto e os fatores etiológicos responsáveis pela sua evolução normal e intervenções de atendimento à parturiente (BRASIL, 2005).

Uma experiência realizada pela OMS na Indonésia, Malásia e Tailândia constatou a efetividade e o baixo custo da realização do partograma. Nesse estudo, a proporção do trabalho de parto superior a 18 horas caiu pela metade, após a implantação do partograma e o índice de cesarianas que foi reduzido em quase 50% (LAVENDER; HART, SMYTH, 2013).

Apesar de extremamente útil para a paciente, para o feto e para os próprios profissionais, no Brasil a maioria das instituições não pratica o método, de grande utilidade para o controle da grande epidemia de cesáreas, da qual o país é líder mundial.

A utilização do partograma apresenta-se como uma excelente ferramenta, extremamente barata, de fácil manejo e apresentação gráfica para anotação da evolução do trabalho de parto, não devendo ser o seu uso desestimulado.

Espera-se que, com a implantação desse projeto se possa instituir uma rotina para utilização do partograma, melhoraria na qualidade da assistência obstétrica e redução da incidência de cesarianas na maternidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

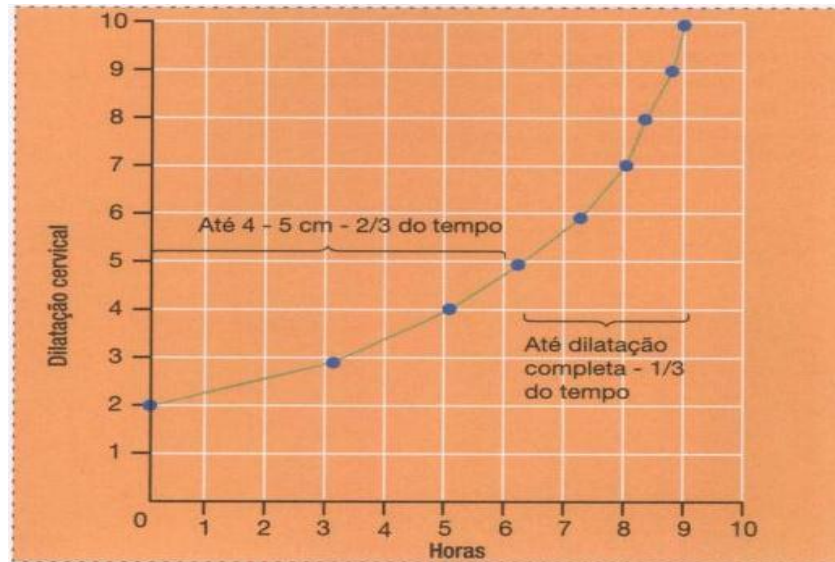
Essa modalidade de registro surgiu com Emanuel Friedman, em 1951, ao analisar a evolução do trabalho de parto em primíparas, e observou uma relação entre o tempo do trabalho de parto e a dilatação cervical. O autor se baseou em extenso estudo de dilatação da cérvix uterina no trabalho de parto, estabelecendo curva padrão de normalidade, amplamente aceita nos dias atuais. E concluiu que essa relação descrevia graficamente uma curva com características próprias. Assim, transformou o que era subjetivo em ciência preditivo, dando o nome de partograma (FRIEDMAN, 1954).

Em 1972, na Rodésia-África coube a dois pesquisadores estabelecerem duas linhas, uma chamada “linha de alerta” e a outra de “linha de ação”, definindo claramente a evolução anormal do trabalho de parto. As linhas tinham a finalidade de orientar as parteiras quanto ao encaminhamento dos partos disfuncionais para o hospital. Com base nos conhecimentos originais da dilatação cervical, construíram uma linha de alerta, que servia para identificar as pacientes com parto de risco. Quando a dilatação cervical cruzava a linha de alerta, a paciente deveria ser encaminhada ao hospital. Num intervalo de 4 horas, padronizaram a linha de ação, paralela à de alerta, porque este era o tempo de transporte da parturiente para centros médicos, onde se efetuavam partos operatórios (NÁPOLES et al. 2004).

Para compreender a evolução do trabalho de parto, é necessário o conhecimento prévio da fisiologia da dilatação cervical. De acordo com o Centro Latino americano de Perinatologia-CLAP (Schwarcz et al. 1983), a curva de dilatação cervical se processa de forma ascendente, de início com menor velocidade de dilatação. No final, essa velocidade aumenta, ou seja, o parto se desenvolve mais rapidamente a partir dos 4 cm de dilatação. A diferenciação na velocidade da cérvico-dilatação caracteriza a fase latente (inicial) e a fase

ativa (final), de interesse na evolução do trabalho de parto e na construção do partograma (Figura 1).

Figura 1 – Curva de evolução da cérvico – dilatação.

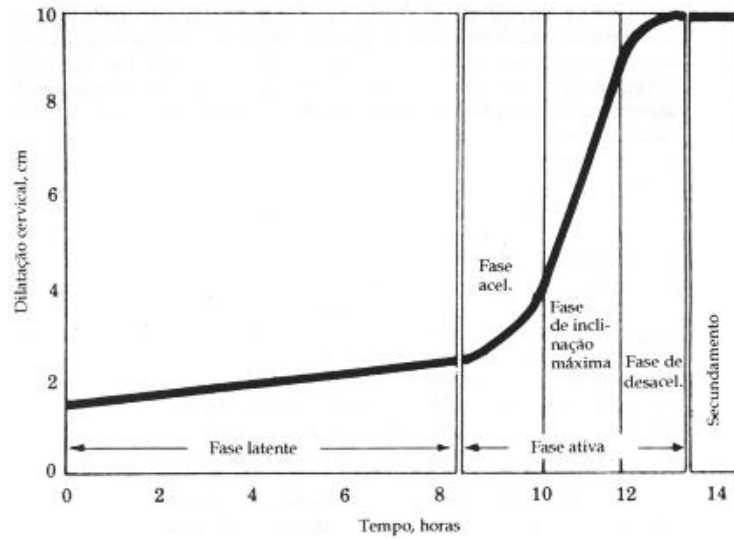


Extraído de: Schwarcz et al. 1996

Friedman estabeleceu, desde a década de 1950, uma correspondência entre os períodos clássicos, especificamente entre os períodos de dilatação e o expulsivo, e as denominadas “divisões funcionais” do parto. Considerou o período de dilatação subdividido em duas fases – a preparatória e a de dilatação propriamente dita. O período expulsivo passou a ser considerado por esse autor como período pélvico, ou seja, período em que se processam os fenômenos mecânicos do parto (BRASIL, 2001).

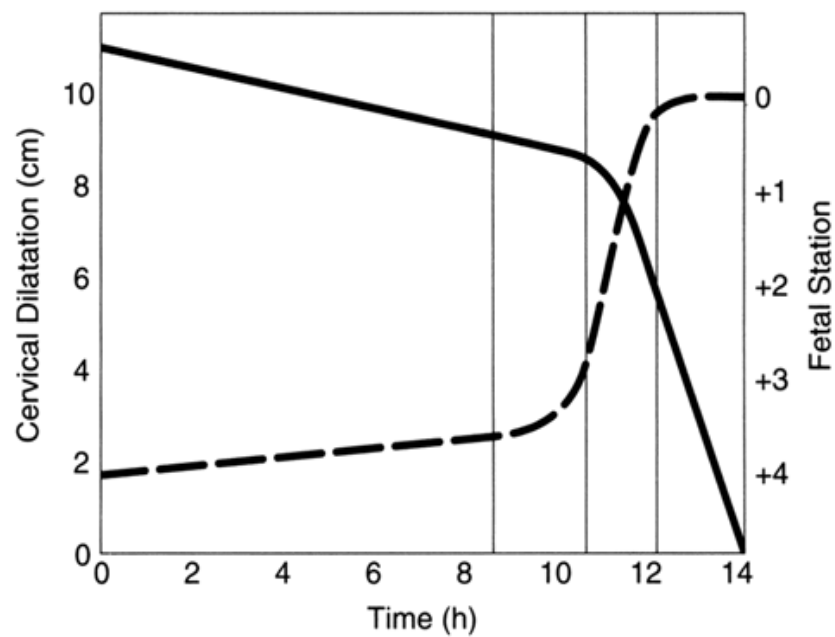
Com base nessas observações de nulíparas em trabalho de parto hospitalar, foram construídas curvas de médias (fig. 2 e 3) para os períodos do trabalho de parto e, baseados nessas curvas de “normalidade”, foram propostos diversos partogramas.

Figura 2 - Curva média de dilatação para o parto em nulíparas.



Extraído de: FRIEDMAN, 1978

Figura 3 - Inter-relações entre a descida da apresentação (linha sólida) e o padrão de desenvolvimento da dilatação concomitante (linha tracejada) em nulíparas.



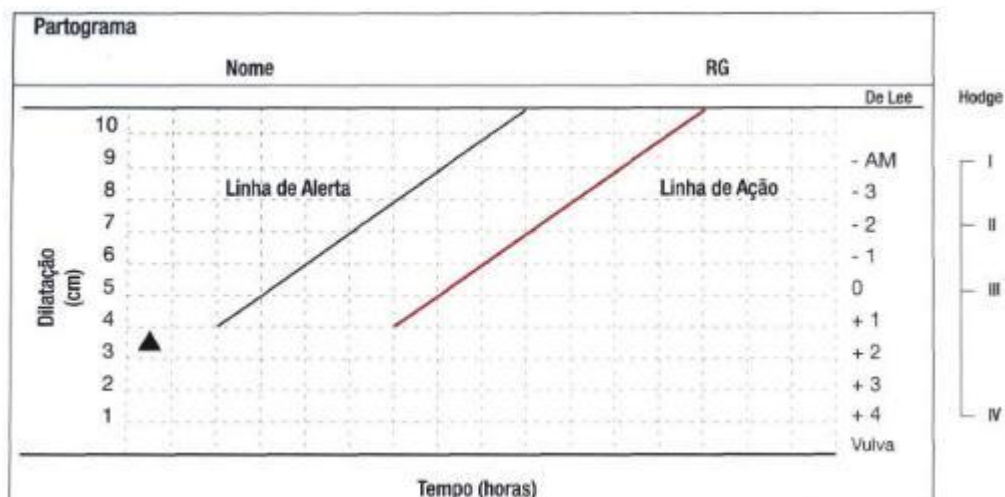
Extraído de: FRIEDMAN, 1978

É importante lembrar que, para o acompanhamento do trabalho de parto, a fase ou divisão funcional de interesse na aplicação do partograma é a dilatação (Friedman, 1978) ou a fase ativa (Schwarcz et al., 1983), com velocidade de dilatação cervical mínima de 1 cm/hora. A abertura do partograma na fase latente ou no início da dilatação (menor que 3-4 cm) implicaria em intervenções não só desnecessárias, mas também iatrogênicas.

Os benefícios da interpretação gráfica da evolução do trabalho de parto são inúmeras e o método é simples, podendo ser feita em qualquer folha de papel. Na forma mais comum de montagem do partograma, utiliza-se papel quadriculado, colocando na abscissa (eixo X) o tempo em horas e, nas ordenadas (eixo Y), em centímetros, a dilatação cervical à esquerda e a descida da apresentação à direita. Para a descida da apresentação, considera-se o plano zero de De Lee ou o correspondente plano III de Hodge - espinhas ciáticas no estreito médio da bacia-acima deste ponto estão os valores negativos e abaixo os positivos de De Lee ou, respectivamente, os planos I, II e IV de Hodge (Figura 4).

O partograma atualmente utilizado pela OMS é o baseado no modelo de Phillpott e Castle (Figura 5), que em 1972, com o objetivo de treinar parteiras em Zimbabwe, Philpot, num estudo com 624 mulheres, adicionou outros dados a cervicografia, e também uma linha de alerta, que, quando ultrapassada, indicava a necessidade de transferência da parturiente para um centro onde pudesse receber cuidados obstétricos em caso de prolongamento do trabalho de parto. Mais tarde, Phillpott criou também uma “linha de ação”, que indicava necessidade de intervenção no trabalho de parto, como amniotomia ou ocitocina (BELO HORIZONTE, 2015).

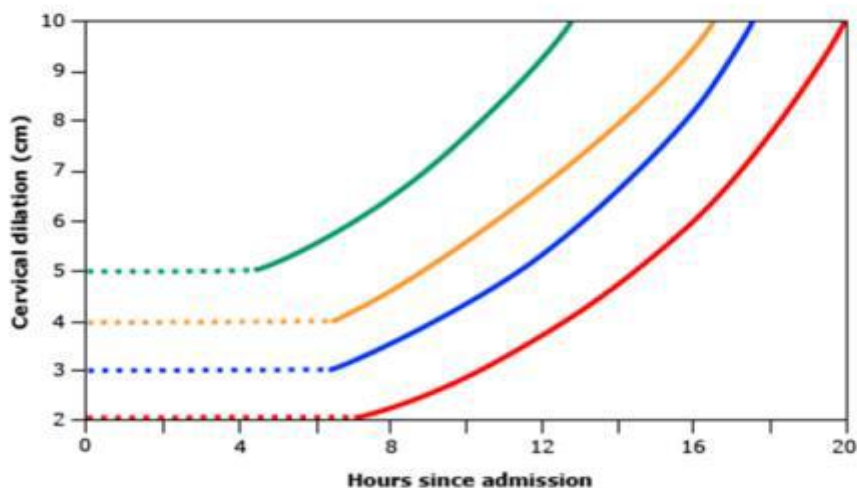
Figura 4 - Partograma recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, baseado no modelo de Philpott e Castle, de 1972.



Estudos mais recentes mostraram que o partograma não é uma ferramenta absoluta para indicação de intervenções no trabalho de parto, uma vez que este não evoluiu da mesma maneira em todas as mulheres. Como o trabalho de parto é um evento fisiológico, variações de normalidade entre indivíduos são esperadas. Variações de acordo com a paridade também são esperadas. Por isso, atualmente, tem sido discutida a validade das curvas de Friedman como padrão de normalidade, uma vez que se refere a um contexto específico de assistência ao parto. Sabe-se, por exemplo, que a posição (se vertical ou horizontal) da parturiente e a condição da bolsa das águas (rotas ou não) influenciam na evolução do trabalho de parto. Há também as informações valiosas das curvas de Zhang et al. (2010), como referência auxiliar para a interpretação correta dos partogramas (Figura 5).

Figura 5 - Percentil 95 da duração cumulativa do trabalho de parto desde a admissão, para nulíparas com gestação a termo de feto único, com início espontâneo de trabalho de parto vaginal, com desfechos neonatais normais.

Contemporary estimates of labor duration by dilation at admission



The 95th percentiles of cumulative duration of labor from admission among singleton term nulliparous women with spontaneous onset of labor, vaginal delivery, and normal neonatal outcomes. Colors represent cervical dilation when women were admitted to the labor unit: green (5 cm), yellow (4 cm), blue (3 cm), red (2 cm).

Adapted from data from: Zhang J, Landy H, Ware Branch D, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1281.

UpToDate®

Extraído: UpToDate

Na figura 5 as cores representam a dilatação do colo à admissão: verde (5 cm), amarelo (4 cm), azul (3 cm) e vermelho (2 cm).

Os valores das curvas de Zhang têm sido considerados valores pragmáticos (ou de “mundo real”, pois, nesse estudo, em torno de 45% das mulheres receberam ocitocina sintética e quase 80% receberam analgesia epidural). Dessa maneira, é importante salientar que a duração do trabalho de parto, em especial a duração do parto sem intervenções, pode não corresponder as curvas de referência.

5 ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA

Diversos modelos de partograma estão disponíveis, e o Ministério da Saúde preconiza um modelo mais simples, uma vez que “o registro do parto é o documento chave para a avaliação do risco e adequada decisão, em tempo hábil durante o trabalho de parto”. (figura 08)

O partograma é feito numa folha de papel quadriculado, onde na abscissa (linha horizontal) coloca-se o tempo em horas e, na ordenada (linha vertical) à esquerda, a dilatação cervical e na ordenada à direita, a descida da apresentação.

- a) Cada coluna equivale a uma hora e cada linha a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação;
- b) Deve-se começar a marcar o valor da dilatação cervical à esquerda na primeira coluna no momento em que as contrações uterinas são efetivas (trabalho de parto ativo), no mínimo 2 em 10' ($\geq 40''$) e dilatação ≥ 4 cm;
- c) Por convenção marca-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectivo desenho da variedade de posição numa circunferência na mesma coluna de acordo com a altura da apresentação;
- d) Inserir a linha de alerta a partir do canto inferior direito da 1ª verificação da dilatação cervical (na fase ativa do trabalho) e a linha de ação, a partir de 04 quadrados à direita, ligando as diagonais dos quadrados, com inclinação ascendente para a direita;
- e) A cada exame de toque vaginal (frequência de realização de acordo com a necessidade da progressão do trabalho de parto) avalia-se dilatação cervical, altura da apresentação, variedade de posição, apagamento do colo, atividade uterina, bolsa das águas, presença ou não de mecônio, frequência cardíaca

- fetal (FCF), presença ou não de desacelerações intraparto. Também deve-se preencher a hora em que foi realizado cada exame no quadrado da hora real;
- f) Em partos de evolução normal a curva de dilatação cervical se processa à esquerda da linha de ação;
- g) Em alguns partogramas há espaços para o preenchimento das seguintes variáveis: hora real do exame, apagamento do colo uterino em percentagem; número de contrações em 10 minutos, durações das contrações (segundos); FCF (antes, durante e após as contrações), detectando-se, portanto, a existência ou não de desacelerações da FCF intraparto (DIP ausente, DIP I- precoce, DIP II- tardia ou DIP III variável), estado das bolsas (íntegras ou rotas); mecônio (não, +, ++ ou +++), local para escrever alguma observação, se necessário, e por último local para identificação do examinador.

5.1 Identificação das distócias

A identificação das distócias é feita pela observação das curvas de dilatação e de descida da apresentação expressas no partograma. As distócias de cada período funcional do parto estão na tabela 1:

Tabela 1- Distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir das linhas de ação.

Períodos do parto	Distócias diagnosticadas
Dilatação	Fase ativa prolongada Parada secundária dilatação Parto precipitado
Pélvico	Período pélvico prolongado Parada secundária dilatação

5.2 Fase Ativa Prolongada

Na fase ativa prolongada ou distócia funcional, a dilatação do colo uterino ocorre lentamente, numa velocidade menor que 1 cm/hora. A curva da dilatação ultrapassa a linha de alerta e, às vezes, a linha de ação. Essa distócia geralmente decorre de contrações uterinas não eficientes (falta motor). A correção é feita inicialmente pelo emprego de técnicas humanizadas de estímulo ao parto normal, por exemplo estimulando-se a deambulação e, se necessário, posteriormente pela administração de ocitocina ou rotura artificial das membranas.

5.3 Parada Secundária da Dilatação

A parada secundária da dilatação é diagnosticada por 2 toques sucessivos, com intervalo de 2 horas ou mais, com a mulher em trabalho de parto ativo. Nesse tipo de distócia, a dilatação cervical permanece a mesma durante 2 horas ou mais, ultrapassa a linha de alerta e, por vezes, a linha de ação.

Há associação frequente com sofrimento fetal agravando o prognóstico perinatal. A causa principal é a desproporção céfalo-pélvica (DCP) relativa ou absoluta. **Desproporção céfalo-pélvica absoluta** traduz tamanho do pólo cefálico maior que a bacia (feto macrossômico) ou feto de tamanho normal e bacia obstétrica inadequada. Na vigência de DCP absoluta, a resolução da gestação é feita por cesárea. Considera-se **desproporção relativa** quando existe defeito de posição da apresentação: deflexão ou variedades de posição transversas ou posteriores. Nestas condições, a deambulação, a rotura artificial da bolsa das águas ou a analgesia peridural podem favorecer a evolução normal do parto. Nos casos de membranas rotas, a deambulação só deve ser recomendada com o polo cefálico completamente apoiado na bacia materna, para evitar a ocorrência de prolapso do cordão umbilical. A resolução por cesárea deverá ser indicada quando esses procedimentos não forem eficientes para corrigir a evolução normal da cérvico-dilatação observada no partograma.

5.4 Parto Precipitado

O parto precipitado ou taquitócito é diagnosticado quando a dilatação cervical e a descida e expulsão do feto ocorrem num período de 4 horas ou menos. O padrão da contratilidade uterina é de taquissístolia e hipersístolia e, caso a placenta esteja no limite de sua função, pode ocorrer o sofrimento fetal. Lacerações do trajeto também são mais frequentes neste tipo de parto, pois não há tempo para acomodação dos tecidos pélvicos, ocorrendo descida e expulsão do feto de modo abrupto. O parto taquitócito pode ser espontâneo em múltiparas, sendo mais raro em primíparas. Também pode acontecer em decorrência de iatrogenia pela administração excessiva de ocitocina. Neste caso, deve-se suspender a infusão de ocitocina até o retorno a um padrão contratural normal. Orienta-se atenção à vitalidade fetal no período de dilatação cervical e revisão detalhada do canal de parto após a dequitação.

5.5 Período Pélvico Prolongado

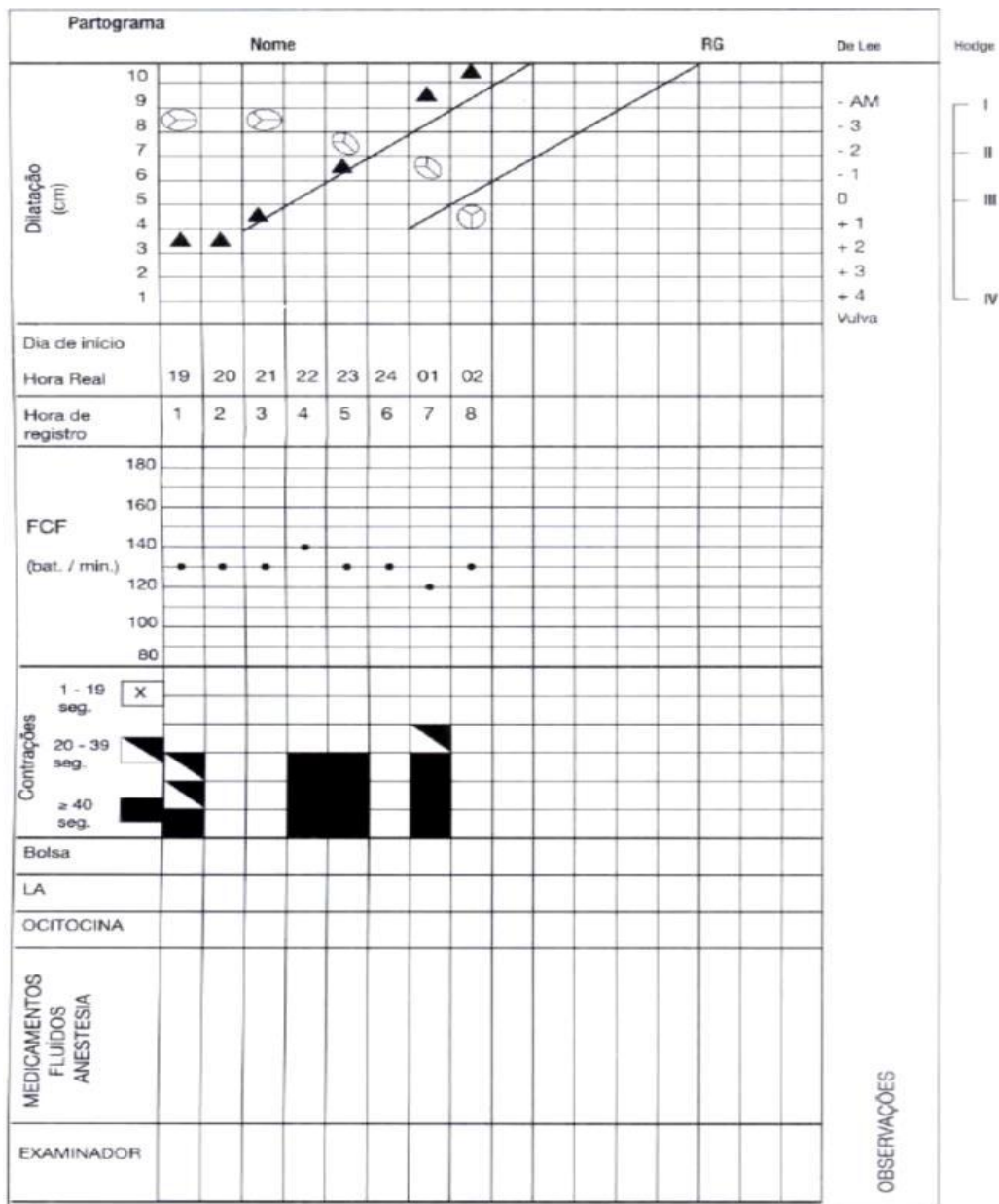
O período pélvico prolongado manifesta-se no partograma com a descida progressiva da apresentação, mas excessivamente lenta. Nota-se dilatação completa do colo uterino e demora na descida e expulsão do feto. Essa distócia geralmente está relacionada à contratilidade uterina deficiente e sua correção é obtida pela administração de ocitocina, rotura artificial da bolsa das águas e, ainda, pela utilização do fórcepe, desde que preenchidos os pré-requisitos para sua aplicação. Também se recomenda a posição verticalizada para favorecer a descida da apresentação.

5.6 Parada Secundária da Descida

A parada secundária da descida é diagnosticada por dois toques sucessivos, com intervalo de 1 hora ou mais, desde que a dilatação do colo uterino esteja completa. Considera-se que há parada secundária da progressão quando ocorre cessação da descida por pelo menos

1 hora após o seu início. Deve ter pronta correção. Há necessidade de se reavaliar as relações feto-pélvicas, pois a causa mais frequente desse tipo de distócia é a desproporção céfalo-pélvica relativa ou absoluta. A presença de desproporção céfalo-pélvica absoluta leva à indicação de cesárea. Na vigência de desproporção relativa, com polo cefálico profundamente insinuado e cérvico dilatação completa, é válida a tentativa de fórcepe de tração ou retração, dependendo da variedade de posição.

Figura 6 - Modelo de ficha preenchida, com partograma e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto.



6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Implantar o partograma na maternidade Benedito Leite, em São Luís-MA.

6.2 Específicos

- Capacitar profissionais médicos e enfermeiros para o preenchimento do Partograma no setor do pré-parto;
- Implantar protocolo de rotina para preenchimento do partograma;
- Reduzir a incidência de cesarianas na maternidade

7 METAS

- Capacitar 100% das enfermeiras obstétricas que atuam no pré-parto e sala de parto;
- Capacitar 100% dos médicos-obstetras que atuam no pré-parto e sala de parto;
- Reduzir os índices de cesarianas na maternidade de 39,8% para 27%, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

8 METODOLOGIA

8.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um Projeto de Intervenção que tem como finalidade a implantação do partograma na assistência ao parto, na maternidade Benedito Leite, São Luís-MA.

8.2 Local

O Projeto de Intervenção será realizado na maternidade Benedito Leite, especificamente no setor do pré-parto.

8.3 Público-alvo

Profissionais médicos obstetras e enfermeira (o)s, envolvidos no cuidado da parturiente desde o pré-parto até a sala de parto.

8.4 Período

Todo o processo de implantação do partograma será desenvolvido de janeiro a novembro de 2017.

8.5 Estratégias de Implantação

Após escolha do tema do Projeto de Intervenção, foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados os artigos para a produção textual entre os meses de dezembro de 2016 a janeiro de 2017. Posteriormente, foi apresentado o projeto ao corpo dirigente da maternidade Benedito Leite, a

coordenadora de enfermagem e o diretor geral, com assinatura do termo de anuência, dando total apoio ao projeto citado.

Foram realizadas as seguintes estratégias para implantação:

1. Realizar uma capacitação sobre o correto preenchimento do partograma, conforme recomenda o Ministério da Saúde, com os profissionais que trabalham diretamente no cuidado as parturientes;

2. Fazer ampla divulgação do Projeto de Intervenção (PI), principalmente entre a equipe médica;

3. Observar, durante os meses seguintes, se o PI está sendo implantado por toda a equipe;

4. Realizar rodas de conversas para discussão em grupo e/ou individualmente acerca do uso da ferramenta, com o objetivo de incentivar e promover as boas práticas obstétricas respaldadas pelas evidências científicas;

5. Monitorar e avaliar o PI.

8.6 Custos

Materiais	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Total (R\$)
Papel A4	02 resmas	14,00	28,00
Cartucho de tinta preta	01	80,00	80,00
Cartucho de tinta colorida	01	100,00	100,00
Encadernação	03	4,00	12,00
Impressos gráficos	40	1,00	40,00
TOTAL			260,00

8.7 Cronograma das atividades

ATIVIDADES	2017												2018
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X								
Apresentação do projeto aos docentes		X											
Apresentação do projeto aos gestores da unidade hospitalar						X							
Capacitação dos profissionais							X						
Implantação do projeto								X	X	X			
Monitoramento do projeto								X	X	X			
Revisão do projeto											X		
Entrega do projeto												X	
Defesa do projeto													X

9 RECURSOS HUMANOS

- Coordenação de Enfermagem e diretores da maternidade como apoiadores na aplicação do Plano de Intervenção;
- Apoio de profissionais (enfermeira e médico) na realização da capacitação.

10 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

O acompanhamento e avaliação do plano foi realizado através de consulta nos prontuários das puérperas durante três meses, após a implantação do projeto, a fim de

verificar se o partograma está sendo preenchido pelos profissionais envolvidos na assistência ao parto.

11 RESULTADOS PRELIMINARES

O processo de implantação iniciou-se em julho de 2017, com uma capacitação ministrada por uma médica obstetra atuante no hospital Universitário Materno Infantil. A mesma ministrou sobre o contexto histórico do partograma, sua importância como indicador de qualidade na assistência ao trabalho de parto, explicou como reconhecer cada distócia identificada pela ferramenta e, por fim, foi realizada a prática do preenchimento. O público-alvo da capacitação foram os enfermeiros e médicos obstetras ligados diretamente à assistência à parturiente, com uma participação de 12 enfermeiros e 03 médicos obstetras.

Foi elaborado um protocolo para implantação do partograma na assistência ao parto na maternidade para consulta pelos profissionais que assistem as parturientes no pré-parto, assim como instituir uma rotina para utilização da ferramenta.

O monitoramento da implantação do projeto iniciou-se nos meses de setembro, outubro e novembro de 2017. Para a busca dos dados foram revistos os prontuários das puérperas atendidas na maternidade nos meses citados.

Nos meses de setembro a novembro foram realizados 1.955 partos no total, sendo 1.352 normais (69%) e 603 cesarianas (30%). Foi encontrado o partograma preenchido em 115 prontuários de partos normais e em 80 prontuários de partos cesarianos.

Em relação ao ano anterior, nos mesmos períodos citados, foram realizados 1224 partos em geral, sendo 735 normais (60%) e 489 cesáreas (40%).

Durante as rodas de conversa sobre o partograma, pudemos debater sobre algumas estratégias para implementar o uso da ferramenta, como acompanhar quatro gestantes por escala, duas para cada enfermeiro e outra capacitação devido ao ingresso de novos profissionais no setor. Foi levantado alguns posicionamentos em relação aos pontos facilitadores/favoráveis e dificultadores/limitadores para o preenchimento do partograma, a saber:

Pontos facilitadores/favoráveis: presença de dois enfermeiros obstetras no plantão, experiência do examinador, apoio da gestão, substitui o registro escrito e auxilia na passagem do plantão.

Pontos dificultadores/limitadores: inexperiência do examinador, resistência dos colegas em utilizar a ferramenta, parturiente admitida em período expulsivo, tempo, burocracia administrativa, rotatividade dos profissionais e mau preenchimento do partograma por parte de alguns profissionais.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantar mudanças não é fácil. Nem todos estão aptos a “quebrar as regras”, a abraçar o novo. Apesar do partograma ser recomendado a mais de 20 anos pela OMS, esse Projeto de Intervenção evidenciou que essa ferramenta foi pouco utilizada pelos profissionais que assistem as parturientes e ainda não se encontra totalmente institucionalizada na maternidade Benedito Leite, devendo ser incluída como rotina na mesma. Apesar do baixo número de partogramas preenchidos, foi registrado um decréscimo no número de cesáreas, de 39% para 30% em relação ao ano anterior, porém não podemos atribuir isso a utilização do partograma porque não foi feita uma análise estatística, sendo necessários estudos mais aprofundados para investigação.

Há necessidade de maior sensibilização dos profissionais que assistem as parturientes para que estes percebam a importância da utilização do partograma no acompanhamento do trabalho de parto e passe a utilizá-lo com mais frequência, além de cobranças dos gestores aos profissionais no uso desta ferramenta, estabelecendo indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência, fazendo assim com que a estratégia da Organização Mundial de Saúde para o uso do partograma, alcance patamares desejados.

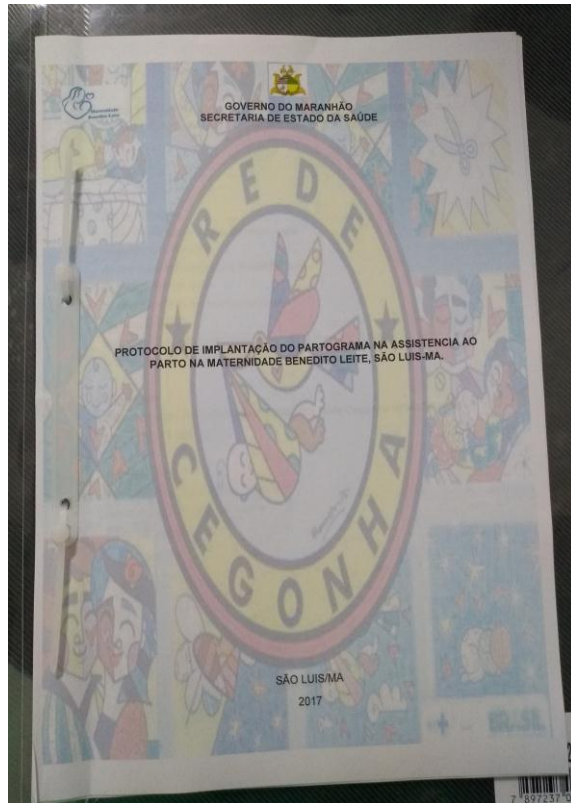
REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF); 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto. Relatório de recomendação**. Brasília (DF), 2016.
3. FRIEDMAN EA. **The graphic analysis of labor**. Am J Obstet Gynecol. v.68, n.6, p.1568-75. 1954.
4. FRIEDMAN, E. A. **Labor: Clinical Evaluation and Management**. 2 ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978. Disponível em: <http://www.glowm.com/section_view/heading/Normal/Labor/and/Delivery/item>. Acesso em: 11 out 2017.
5. LAVENDER T, HART A, SMYTH RM. **Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term**. Cochrane Database Syst Rev. v. 7. 2013.
7. MIRANDA VDZ, MIRANDA PPM, BONAZZI V. **Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar**. Belo Horizonte, 2015. 60 p
8. NÁPOLES MÉNDEZ, D. et al. **El partograma y lãs desviacines del trabajo de parto**. Medisan. v.8, n.4, p.:64-72. 2004.
9. PHILPOTT, R. H.; CASTLE, W. M. **Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour**. J Obstet Gynaecol Br Commonw. v.79, n.7, p.:592-8. jul.1972.
10. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIS DO MARANHÃO. Disponível em <<http://www.saoluis.ma.gov.br/Secretaria Municipal de Saúde>>. Acesso em: 18 de novembro de 2016 às 22h20min h
11. REZENDE J. Obstetricia Fundamental. 12^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012. **Parto: estudo clínico e assistência**. pag 201-221
12. RUDGE MVC, MAESTÁ I, PERAÇOLI JC, CONSONO M. **Distócias do trabalho de parto identificadas no partograma**. Femina 1999;27(9); 703-6.
13. SCHWARCZ, R. et al. Simplified perinatal clinical history. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**. v. 95, n. 2, p. 163-172, 1983.
14. SECRETARIA DE ESTADO DO MARANHÃO. Serviço de arquivo médico e estatística da maternidade Benedito Leite. setembro a novembro de 2017.
15. ZHANG, J.; LANDY, H.J.; BRANCH, D.W. et al. **Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes**. Obstet Gynecol. v.16, p.1281-1287. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Capacitação sobre Partograma

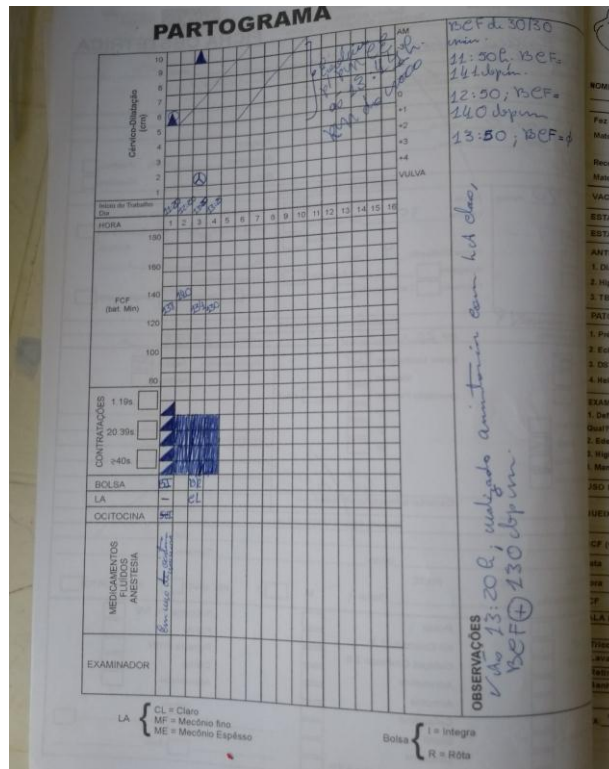




Protocolo para implantação do Partograma na maternidade Benedito Leite



Entrega do protocolo para a Coordenação de Enfermagem



Partograma preenchido



Reunindo com colegas no plantão

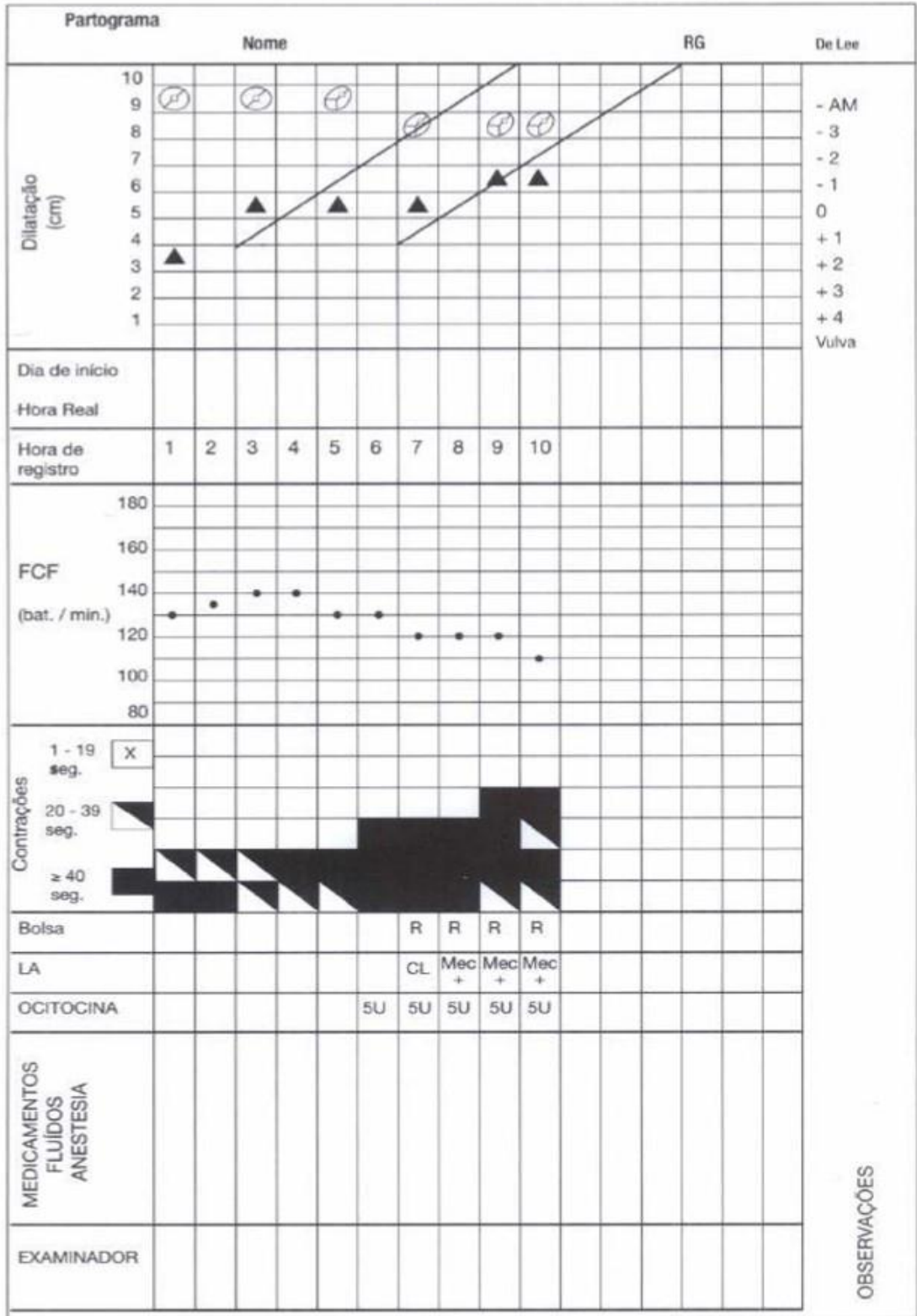
ANEXOS

ANEXO A - Fase ativa prolongada
Figura 6 - Fase ativa prolongada

Partograma		Nome	RG	De Lee										
Dilatação (cm)	10			- AM										
	9			- 3										
	8			- 2										
	7			- 1										
	6			0										
	5			+ 1										
	4			+ 2										
	3			+ 3										
	2			+ 4										
	1			Vulva										
	Dia de início													
	Hora Real													
	Hora de registro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FCF (bat. / min.)	180													
	160													
	140													
	120													
	100													
	80													
	Contrações	1 - 19 seg.	X											
		20 - 39 seg.												
		≥ 40 seg.												
		Bolsa	I	I	I	I	I	I	R	R	R	R	R	R
		LA							CL	CL	CL	CL	CL	CL
		OCITOCINA						SUI						
		MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA												
EXAMINADOR														
													OBSERVAÇÕES	

ANEXO B – Parada Secundária da Dilatação

Figura 7 – Parada secundária da dilatação



ANEXO C – Parto precipitado

Figura 6 – Parto precipitado

Partograma		Nome	RG	De Lee
Dilatação (cm)	10	▲		- AM
	9			- 3
	8	●		- 2
	7	▲		- 1
6			0	
5	●		+ 1	
4	▲		+ 2	
3			+ 3	
2			+ 4	
1			Vulva	
Dia de início				
Hora Real				
Hora de registro				
1 2 3				
FCF (bat. / min.)	180			
	160	●		
	140	●		
	120		●	
100				
80				
Contrações	1 - 19 seg.	X		
	20 - 39 seg.			
	≥ 40 seg.			
Bolsa	I	I	RA	
LA			CL	
OCITOCINA				
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA				
EXAMINADOR				
				OBSERVAÇÕES

ANEXO D – Parto Pélvico Prolongado

Partograma

Dilatação (cm)	Nome										RG										De Lee																																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																		
10	○																				- AM																																																	
9			○																		- 3																																																	
8					▲																- 2																																																	
7			▲																		- 1																																																	
6					○																0																																																	
5	▲																				+ 1																																																	
4														○							+ 2																																																	
3																					+ 3																																																	
2																					+ 4																																																	
1																					Vulva																																																	
Dia de início																																																																						
Hora Real																																																																						
Hora de registro																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>FCF (bat. / min.)</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td>130</td><td>125</td><td>125</td><td>130</td><td>135</td><td>125</td><td>130</td><td>140</td><td>125</td><td>115</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						FCF (bat. / min.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		130	125	125	130	135	125	130	140	125	115																	
FCF (bat. / min.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																		
	130	125	125	130	135	125	130	140	125	115																																																												
<table border="1"> <tr> <td>Contrações</td> <td>1 - 19 seg.</td><td>20 - 39 seg.</td><td>≥ 40 seg.</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						Contrações	1 - 19 seg.	20 - 39 seg.	≥ 40 seg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		X																							
Contrações	1 - 19 seg.	20 - 39 seg.	≥ 40 seg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																															
	X																																																																					
Bolsa																																																																						
LA																																																																						
OCITOCINA																																																																						
MEDICAMENTOS FLUÍDOS ANESTESIA																																																																						
EXAMINADOR																																																																						
OBSERVAÇÕES																																																																						

ANEXO E – Parada Secundária de Descida

Partograma		Nome	RG	De Lee				
Dilatação (cm)	10							
	9			- AM				
	8			- 3				
	7			- 2				
	6			- 1				
	5			0				
	4			+ 1				
	3			+ 2				
	2			+ 3				
	1			+ 4				
				Vulva				
Dia de início								
Hora Real								
Hora de registro	1	2	3	4	5	6	7	8
FCF (bat. / min.)	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
Contrações	1 - 19 seg.	X						
	20 - 39 seg.							
	≥ 40 seg.							
Bolsa	BI	→	BR	→				
LA								
OCITOCINA								
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA			Peridural					
EXAMINADOR								
OBSERVAÇÕES								

ANEXO F – TERMO DE ANUÊNCIA




ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE BENEDITO LEITE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de intervenção intitulado **"IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA MATERNIDADE BENEDITO LEITE, SÃO LUIS-MA"**, da especializanda **OSENIR PEREIRA BARROS** do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonhas (UFMA/UFMG). A orientação do projeto é de responsabilidade da **Prof. Dra. Lena Maria Barros Fonseca**, o qual terá o apoio desta Instituição.

São Luís, 30 de agosto de 2017.


Hilmar Ribeiro Hortegal
Complexo Hosp. Mat. Inf. do MA
MBL - HIJM
Diretor Geral
CPF: 054.622.073-87 - CRM 938

Hilmar Ribeiro Hortegal
Hilmar Ribeiro Hortegal
Diretor da Maternidade Benedito Leite

Kelma H. A. de Lucena
Coord. Enfermagem
COREN-MA 154808


Kelma Henrique Aguiar de Lucena
Kelma Henrique Aguiar de Lucena
Coordenadora de Enfermagem

ANEXO G – FREQUÊNCIA DA PALESTRA DE CAPACITAÇÃO



Maternidade
Benedito Leite

MATERNIDADE BENEDITO LEITE
CAPACITAÇÃO
TEMA: PARTOGRAMA
PALESTRANTE: Dr^a Valeria Leitão



INSTITUTO
ACOUA

17/07/2017- 15:00h

NOME:	TELEFONE:	UNIDADE/FUNÇÃO
Francisca Godefrida dos Reis	98825-7602	MBL / Enfermeira
Paula Maria Frazão Delviana de Azevedo	8161-1693	M 36 / Enfermeira
Adriana Silva P. Costa	988984392	M 37 / Enfermeira
Paula Fidalgo O. de Souza	988431140	MBL / Enfermeira
Luciana Pereira Barros	988340537	MEL / Enfermeira
Patrícia Cristina Pereira de Azevedo	98466904	MBC / Enfermeira
Antônia Lora	98124447X	MBC / Enfermeira
Ana Carolina Monteiro de Figueiredo	484912948	Aluna de graduação
Francimundo Lima Ribeiro Neto	98-988349669	MBC / Enfermeiro
Lucas Augusto Carneiro Romariz	98 98809-9967	MBL / Enfermeiro
Maria Flávia da Costa Paiva	98 98833 1745	Coordenadora de Enfermagem
Paula Maria de A. Silva	98 98824-1039	Enfermeira - Cuidado Integral
Thais Patrícia de Figueiredo	48 949664372	Enfermeira - Cuidado Integral
Elisabete Mendes Pinheiro	989767376	S. Saúde - Enfermeira
Maria Helena de Almeida Brito	988094041	M. A. Brito
Helena Maria de Azevedo	98854835	Enfermeira - BL
Márcia Regina de Azevedo	98116410	Enfermeira - BL
Kelema H. A. de Almeida	98861-2674	MBL / coord. Enfermagem
Márcia Gomes de Azevedo	984375164	Enfermeira
Andriana Karine Romariz S. Oliveira	981477087	Enfermeira
Luciana Carneiro Figueiredo de Azevedo	98717-5462	MBL / Enfermeira Pré Parto
Patrícia Góes de V. Leite	5510-0532	MBC / Enfermeira
Francisca de Azevedo	988659803	MBC / Enfermeira