



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/ESCOLA DE ENFERMAGEM-  
UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPEPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM –  
CCS/DEPEnf  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE  
CEGONHA – CEEO II**

**JOSÉ MARTINS COELHO NETO**

**IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA MATERNIDADE  
CARMOSINA COUTINHO EM CAXIAS-MA**

**TERESINA - PI  
2018**

**JOSÉ MARTINS COELHO NETO**

**IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA MATERNIDADE  
CARMOSINA COUTINHO EM CAXIAS-MA**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à Coordenação do Curso de Especialização de Enfermagem Obstetrícia – Rede Cegonha (CEE0 II), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito ao título de enfermeiro obstetra.

Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

## RESUMO

**Objetivo:** Implantar/Implementar o partograma no acompanhamento das mulheres em trabalho de parto na Maternidade Carmosina Coutinho (MCC) em Caxias – MA.

**Metodologia:** Trata-se de uma Intervenção na abordagem qualitativa, com a implantação e implementação de um partograma na Maternidade Carmosina Coutinho em Caxias – MA.

**Resultados:** Para a coleta de dados, foram usados os prontuários das puérperas internadas, assistidas em trabalho de parto, no período de 01 de setembro a 30 de outubro de 2017, e realizou-se uma análise descritiva dos dados. Observou-se que dos 134 partos, apenas 32 (23%) foram acompanhados pelo partograma, sendo que desses, todos foram preenchidos de forma parcial, sendo dilatação cervical em 25 (78%) partogramas, condição da bolsa 22 (69%) e Batimentos Cardíofetais 21(65%), e a dinâmica uterina em 9 (28,12%) dos prontuários avaliados. O uso de ocitocina, que corresponde ao registro de uso ou não de ocitocina durante o trabalho de parto, em 10 (31,25%) dos partogramas houve registro, já em 27 (84,37%) dos prontuários não houve registro do uso de medicamentos, fluídos e anestesia. A identificação da gestante teve seu registro em apenas 19 casos (59,37%). O dia de início, correspondente ao registro da data de início do trabalho de parto, teve seu registro totalmente preenchido em 17 (53,12%).

**Considerações Finais:** O uso do partograma sozinho não traz a solução de todos os problemas dentro da assistência obstétrica por parte da instituição de saúde e dos profissionais, contudo, certamente manterá uma eficiência ampliada na assistência ao parto e em saúde da mulher e do RN.

**Palavras-Chave:** Partograma, Assistência ao parto, Enfermagem Obstétrica.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	4
1.2 OBJETIVOS	6
1.2.1 Objetivos geral	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 JUSTIFICATIVA	7
<b>2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO	12
4.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO	12
4.3 PÚBLICO-ALVO	12
4.4 PROCEDIMENTOS PARA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO	12
4.5 METAS REALIZADAS E O QUE SE ESPERA	13
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	13
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>21</b>
<b>MODELO DE PARTOGRAMA IMPLANTADO</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>22</b>
CARTA DE AUTORIZAÇÃO E ANUÊNCIA DA DIREÇÃO	22
<b>APÊNDICE</b>	<b>24</b>
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	24

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. (BRASIL, 2017)

Sobre o nascimento no Brasil, Carvalho e Brito (2016) ressaltam que o modelo obstétrico atual não tem permitido que esse evento ocorresse de forma natural, independentemente da classe econômica das parturientes. No serviço público, o parto vaginal em geral é marcado pela dor e excesso de intervenções; por sua vez, no serviço privado impera a cultura da cesariana de rotina sob a justificativa de diminuir o sofrimento das mulheres. Tal realidade provoca questionamentos sobre a qualidade da assistência.

As taxas de cesariana variam consideravelmente devido a diversos fatores, associados ou não, como gestação de alto risco, fatores culturais, sociais, entre outros. A cesariana é realizada em maior número nas populações de maior poder aquisitivo, com planos de saúde privados, na zona urbana, com mais acesso ao atendimento médico especializado em obstetrícia. Tal procedimento vem aumentando nos últimos anos, principalmente na Região Sul do Brasil, com proporções acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de até 15% dos partos realizados (FREITAS; MARTINS; MAGALHÃES, 2012).

Vale ressaltar que no ano de 2016 a Maternidade Carmosina Coutinho (MCC) em Caxias – MA, teve média de 49% de partos cirúrgicos, porcentagem esta, também longe dos níveis aceitáveis. Segundo recomendações da OMS, apenas cerca de 15% dos partos apresentam indicação para a cesariana, devendo os 85% restantes serem efetuados pela via vaginal (OMS, 2013).

Segundo Leal et al. (2014) a atenção à saúde materna e infantil requer a oferta de serviços de qualidade, que garantam acesso facilitado por meio do cumprimento dos protocolos estabelecidos para uma assistência baseada nas melhores evidências científicas que proporcione intervenções oportunas para

garantir a saúde do binômio. A cobertura da atenção com qualidade ao parto das mulheres faz com que os profissionais de saúde utilizem técnicas que consigam identificar precocemente algumas das complicações que podem ocasionar o aumento das taxas de mortalidade materna.

No intuito de melhorar a atenção à saúde da mulher e recém-nascido surge em 2011 a Rede Cegonha através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a mesma constitui-se de uma estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Tem como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Neste contexto, a OMS recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal, dessa forma seu uso foi classificado como uma prática absolutamente útil e que deve ser estimulada (OMS, 2013).

O partograma consiste na representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo. É um instrumento de comunicação que facilita tomar conhecimento imediato da evolução do trabalho de parto, com o exame de apenas um impresso, pois nele devem estar registrados, também, os batimentos cardíofetais, a dinâmica uterina, os fármacos usados e outros fatores importantes que evitem anotações de descrições extensas (LANSKY et al., 2014)

Além dos benefícios já citados, Vasconcelos et al. (2013) apontam que essa ferramenta também contribui significativamente na segurança dos profissionais de saúde na prevenção de eventos adversos na atenção à parturiente. Sobretudo, possibilita o diagnóstico das possíveis distórcias e norteia o profissional quanto às condutas necessárias e adequadas para a reparação (FERNANDES et al., 2016).

Considerado um documento da paciente, o uso do partograma nas maternidades é obrigatório pela OMS desde 2004. Porém um estudo realizado por Novo et al. (2016), apesar de tê-los encontrado em mais da metade dos casos, nem

sempre estavam completos ou preenchidos corretamente, o que comprova a relativa importância dada a este instrumento.

Os benefícios desta tecnologia não se limitam apenas na vigilância da evolução do trabalho de parto, mas também refletem no controle do uso de métodos farmacológicos que visam o alívio da dor e a aceleração da contração uterina em maternidades, como analgesia e ocitócicos, respectivamente. Além do mais, o partograma interfere na elevada taxa de cesáreas sem indicação, auxilia na troca de plantão e fundamenta sistematicamente a aprendizagem dos novos atuantes em Obstetrícia (FERNANDES et al., 2016).

Na Maternidade Carmosina Coutinho e no decorrer do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica, em diversos momentos foram debatidas e confrontadas questões que circundam essa temática de utilização do partograma sendo considerado fundamental na assistência ao parto, onde a sua não efetivação, desencadeia uma má qualidade na assistência. Diante desta problemática impessoal pode-se intervir com o objetivo de implantar o partograma no acompanhamento das mulheres em trabalho de parto na MCC, que poderá resultar em uma melhor qualidade de assistência ao parto e respectivamente em um avanço na qualidade do serviço, baseado nas evidências científicas.

## 1.2 OBJETIVOS

Com base na problemática e objeto da intervenção foram elaborados os seguintes objetivos:

### 1.2.1 Objetivos geral

- Implantar/Implementar o partograma no acompanhamento das mulheres em trabalho de parto na Maternidade Carmosina Coutinho (MCC)

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Capacitar os profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto quanto ao uso do partograma;
- Discutir com a equipe a contribuição do partograma;
- Instituir de forma sistemática o monitoramento via partograma, das mulheres em trabalho de parto na MCC;

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Enquanto enfermeiros obstetras precisam-se estar qualificados para detecção precoce dos agravos relacionados ao parto e nascimento, bem como para assistir adequadamente à parturiente e o RN, prestando os cuidados imediatos para diminuição da taxa de morbimortalidade materno-infantil e conseqüentemente um parto humanizado.

Na assistência ao parto, a Maternidade Carmosina Coutinho, dispõe hoje de uma equipe de enfermagem constituída de 01 enfermeiro obstetra e 04 técnicos de enfermagem, sendo esse enfermeiro também, responsável pelo serviço do centro cirúrgico, o que dificulta uma ação mais efetiva na assistência ao trabalho de parto.

A assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ainda não é realizada pelo enfermeiro obstetra na maternidade, por questões protocolares, o que diminui ainda mais a responsabilidade e a autonomia nas decisões sobre a assistência ao parto.

Dessa forma, percebemos a necessidade de implantação e implementação do uso do partograma na Maternidade Carmosina Coutinho (MCC) a fim de proporcionar e contribuir com um cuidado sistemático, com redução de danos para a gestante e recém-nascido (RN) e conseqüentemente elevação da qualidade do serviço, como forma de acompanhar e avaliar o processo de parturição. Isto se justifica, à medida que o instrumento baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada que possibilita identificar situações que ameaçam a vida da parturiente e do bebê.



## **2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Inaugurada em 13 de junho de 2008 a Maternidade Carmosina Coutinho (MCC) é a única maternidade pública do município de Caxias- MA, oferece diversos serviços relacionados às gestantes e recém-nascidos (RN) dentre eles: pré-natal de alto risco, sala de vacina, banco de leite, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com 10 leitos, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) com 08 leitos, pré-parto com 10 leitos, 02 salas de parto, centro cirúrgico com 02 salas e uma sala de cuidados imediatos para o RN, Clínica obstétrica com 45 leitos, triagem neonatal com teste da linguinha, da orelhinha e do pezinho, acompanhamento psicológico, central de marcação de exames, e outros.

No ano de 2017, de janeiro a abril, a Maternidade Carmosina Coutinho já atendeu 4.077 solicitações de pronto atendimento, com 1.261 internações, 1.022 partos, com uma média de 48% de partos vaginais.

A MCC é referência para 07 municípios da regional de Caxias, se tratando de assistência ao parto e RN, porém não diferente da realidade do restante do Brasil, passa por algumas dificuldades. Uma das maiores dificuldades é a demanda superior à capacidade da mesma, juntamente com a falta de uma regulação efetiva e controlada. Outra dificuldade está na estrutura física, à sala de pré-parto, que foi um dos ambientes mais importantes para a implementação desse projeto, apresenta algumas condições que dificultam uma assistência ao trabalho de parto com mais qualidade, como: a baixa luminosidade, espaço reduzido entre os leitos e separação dos leitos feita por cortinas, o que não favorece a preservação da intimidade das usuárias. Em contra partida, destaca-se como um ponto positivo para melhoria da assistência, a implantação, em março de 2017, do programa de residência médica e de enfermagem obstétrica, o que certamente implicou na melhoria dos serviços prestados.

Entretanto, ainda que a atual gestão tenha buscado constantemente a democratização dos serviços, ampliando a participação dos trabalhadores, bem como dos usuários (mulheres, famílias, acompanhantes), nas decisões referentes aos cuidados prestados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com as recomendações da OMS (1996) o parto deve ter início de forma espontânea, não induzida, devendo a parturiente possuir a liberdade de se movimentar a qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não supinas, respeito a privacidade, o uso do partograma e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções rotineiras (BRASIL, 2014).

Todo cuidado deve ser individualizado e não deve ocorrer separação de mãe e bebê imediatamente após o parto. Para mudar o cenário atual é fundamental a mudança do modelo de atenção, em especial ao parto e nascimento, com a qualificação da assistência prestada (LANSKY et al., 2014).

Na década de 70, as parteiras executavam grande parte dos partos, onde necessitavam de orientação quanto ao encaminhamento dos partos disfuncionais para o hospital. Baseado neste fato ocorreu à experiência de Philpott e Castle em maternidades de baixos recursos no estado da Rodésia, localizado no sul da África. A fim de detectar as parturientes de risco, formularam uma linha de alerta a partir dos conhecimentos originais da dilatação cervical. A parturiente deveria ser encaminhada ao hospital quando a dilatação cervical cruzava a linha de alerta (FERNANDES et al., 2016).

Posteriormente, foi padronizada a linha de ação, paralela à linha de alerta, em um intervalo de 4 horas que se estende a chegada da paciente aos centros de saúde para a realização do parto. Essa experiência foi destacada como um passo revolucionário no sistema gráfico. Os médicos conseguiram demonstrar nitidamente a evolução anormal do trabalho de parto utilizando duas linhas chamadas “linha de alerta” e “linha de ação” (BARROS; VERÍSSIMO, 2013).

Os altos índices de mortalidade materna e neonatal e as taxas crescentes de cirurgia cesariana dos últimos anos evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica e neonatal hegemônico no país. Apesar do avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas dos governos e da sociedade nos últimos 30 anos, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece como um desafio (BRASIL, 2014).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras

24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2012).

Na tentativa de propor mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento, em junho de 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses” (BRASIL, 2012).

Neste contexto, para avaliar a qualidade da assistência ao parto vaginal, tem sido usada a comparação de procedimentos, como a presença de partogramas nos prontuários, e a porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde. Mas, em virtude da pouca precisão de tais índices, a OMS recomenda atualmente um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, denominado Índice de Bologna (IB), que é composto por variáveis que englobam aspectos relacionados ao apoio à gestante e a procedimentos técnicos. Tal indicador ainda não é amplamente utilizado, mas é pioneiro na avaliação quali-quantitativa da assistência ao parto vaginal (NOVO et al., 2016).

O partograma é um instrumento de representação gráfica que utiliza as linhas de alerta e de ação, permitindo realizar a documentação e acompanhamento da evolução do trabalho de parto, a fim de detectar possíveis anormalidades no processo de parturição para assim poder realizar intervenções necessárias e contribuir para tomada de decisão da equipe obstétrica (TRAVERZIM; NOVARETTI, 2014).

É imprescindível certificar que o partograma foi preenchido de maneira correta, onde as anotações devem condizer as reais avaliações fetais, apontando que as intervenções realizadas foram baseadas nesse instrumento. A qualidade da assistência prestada não está somente relacionada à existência do mesmo, como também no seu adequado preenchimento evitando-se intervenções dispensáveis (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2014).

Barros e Veríssimo (2013) ainda destacam que a utilização do partograma possui inúmeros benefícios como facilitar na passagem de plantão do pré-parto, na

utilização racional de ocitócicos e analgesia. Promove tanto a diminuição das cesáreas desnecessárias quanto o diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções.

Diante do quadro, o reconhecimento da associação entre o processo assistencial e os desfechos perinatais não alcançou no Brasil a visibilidade devida. A implementação das boas práticas no trabalho de parto e parto é uma ação potente para prevenção dos óbitos neonatais evitáveis, e, conseqüentemente, redução da mortalidade infantil (LANSKY et al., 2014). Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante neste momento, a fim de garantir a adoção de procedimentos mais seguros para a mulher e seu filho.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Intervenção na abordagem qualitativa, com a implantação e implementação de um partograma (Anexo1) na Maternidade Carmosina Coutinho em Caxias – MA.

O projeto de intervenção é uma atividade constituída para definir um problema identificado, transformando uma ideia em ação, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo. Após o levantamento do problema, o projeto de intervenção é indicado (GIL, 2008).

### 4.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção realizado na Maternidade Carmosina Coutinho em Caxias – MA.

### 4.3 PÚBLICO-ALVO

- Beneficiários Diretos: Mulheres em trabalho de parto, recém-nascidos, família e profissionais da Maternidade Carmosina Coutinho - MCC.
- Beneficiários Indiretos: rede de saúde da Regional do município de Caxias-MA.

### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Dessa forma, a implantação e implementação do projeto de intervenção na sala de parto da MCC seguiu os seguintes passos:

**1º passo:** Capacitação profissional voltada para a direção da MCC e todos os enfermeiros obstetras que atuam na sala de parto da instituição com o intuito de mostrarem os benefícios do uso do partograma (Anexo1), bem como a forma de preenchê-lo corretamente. A capacitação foi ministrada por docentes da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) através de aulas teóricas com uso de data show como recurso didático, rodas de conversa e aulas práticas.

**2º passo:** Implantação dos partogramas para uso na sala de parto. Os mesmos foram confeccionados e disponibilizados pela direção da maternidade, com base no estabelecido pelo Ministério da Saúde.

**3º passo:** Avaliação semestral, dos resultados obtidos após a implantação do projeto.

Para a coleta dos dados utilizou-se um formulário (Apêndice) com dados para coletar nos 134 prontuários das puérperas, assistidas em trabalho de parto, no

período de 01 de setembro (data da implantação do partograma no prontuário) a 30 de outubro de 2017, internadas na Maternidade Carmosina Coutinho, e realizou-se uma análise descritiva dos dados com base na literatura.

#### 4.5 METAS REALIZADAS E O QUE SE ESPERA

- Foram capacitados 100% dos profissionais (enfermeiro e médicos) obstetras da MCC;
- Implantado o partograma na MCC no prazo de 2 meses a partir da data da capacitação profissional;
- Reduzir o número de intervenções cirúrgicas desnecessárias em 50% no prazo de 3 anos a partir da data da capacitação profissional.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta intervenção não produziu riscos de qualquer natureza a nenhum participante, pois se tratou de uma pesquisa e análise de prontuários autorizada pelo gestor ou diretor da instituição (Anexo 2), que não prejudicaram a dignidade física ou moral.

A intervenção gerou benefícios por embasar cientificamente futuras ações que visem à melhoria da saúde da parturiente, com o propósito de proporcionar conhecimento e habilidades a toda equipe envolvida e melhoria do serviço prestado.

Os funcionários e pacientes, que participaram do projeto, foram esclarecidos de que se tratava de um projeto de intervenção e que não receberiam nenhuma forma de pagamento pela participação neste projeto.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados compreendem as tabelas 1 e 2 a seguir:

**Tabela 1.** Análise descritiva de parturientes com critérios de inclusão e acompanhamento do partograma. Caxias – Ma, 2017. N 134, meses/2018.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não atenderam aos critérios de inclusão *</b>	142	51,5
<b>Atenderam aos critérios de inclusão *</b>	134	48,5%
<b>Total de internações em trabalho de parto</b>	276	100%
<b>Foram acompanhadas através do partograma</b>	32	23,8%
<b>Não foram acompanhadas com partograma</b>	102	76,2%
<b>Total que atenderam aos critérios de inclusão*</b>	134	100%

Fonte direta: Prontuários das Parturientes

No período ocorreram 276 internações de mulheres em Trabalho de Parto (TP), destes, 134 mulheres (48,5%) atenderam aos critérios de inclusão para aplicação do partograma: gestação única, feto vivo em apresentação cefálica; idade gestacional igual ou superior a 37 semanas; líquido amniótico claro no momento da internação; linhas de alerta e ação traçadas no partograma; preenchimento correto do partograma conforme o modelo proposto pelo Ministério da Saúde. Observou-se que dos 134 partos, apenas 32 (23,8%) foram acompanhados através do partograma, sendo que desses, todos foram preenchidos de forma parcial.

A seguir podemos observar a análise dos partogramas das parturientes incluídas no estudo segundo os critérios de inclusão, em relação ao preenchimento dos dados, tabela 2.

**Tabela 2.** Análise dos partogramas das parturientes incluídas no estudo segundo preenchimento das informações. Caxias-MA, 2017. (N=32)

VARIÁVEIS	REGISTRO		NÃO REGISTRO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Altura uterina</b>	18	56,25%	14	47,75%	32	100%
<b>Apresentação fetal</b>	9	28,12%	23	71,8%	32	100%
<b>Dinâmica uterina</b>	9	28,12%	23	71,8%	32	100%
<b>Uso de ocitocina</b>	10	31,25%	22	68,75%	32	100%
<b>Uso de Medicamentos/Fluidos/ Anestesia</b>	5	15,63%	27	84,37%	32	100%
<b>Identificação da gestante</b>	19	59,37%	13	40,62%	32	100%
<b>Data de início do trabalho de parto</b>	17	53,12%	15	46,87%	32	100%
<b>Hora real</b>	17	53,12%	15	46,87%	32	100%
<b>Hora de registro</b>	12	37,5%	20	62,5%	32	100%
<b>Assinatura do examinador</b>	18	56,25%	14	43,75%	32	100%

Fonte direta: Prontuários das Parturientes

A altura da apresentação se dá pela determinação da altura do polo cefálico, em apresentação cefálica. Ocorreu que 18 (56,25%) realizaram o registro da altura da apresentação totalmente preenchido. A variedade de posição é o ponto que caracteriza a apresentação fetal e rotação interna que coincide com a descida da apresentação, ocorreu que em 23 partogramas (71,8%) não houve registro.

A dinâmica uterina foi registrada em 9 (28,12%) dos prontuários avaliados. O uso de ocitocina, que corresponde ao registro de uso ou não de ocitocina durante o trabalho de parto, em 10 (31,25%) dos partogramas houve registro.

No estudo de Barros e Veríssimo (2013), a dinâmica uterina foi registrada de forma parcial em 57 (79%) dos prontuários avaliados. O uso de ocitocina, que corresponde ao registro de uso ou não de ocitócito durante o trabalho de parto, em 21 (29%) dos partogramas houve registro total, em 23 (32%) houve registro parcial e em 28 (39%) não houve registro.

Os medicamentos/Fluidos/Anestesia correspondem ao registro de uso ou não destes compostos durante o trabalho de parto. Em 27 (84,37%) dos prontuários não houve registro do uso de medicamentos, fluídos e anestesia. A identificação da gestante teve seu registro em apenas 19 casos (59,37%). O dia de início, correspondente ao registro da data de início do trabalho de parto, teve seu registro totalmente preenchido em 17 (53,12%).



Segundo Leal et al. (2014), medicamentos, fluidos e anestesia corresponde ao registro de uso ou não destes compostos durante o trabalho de parto. Em 45 (62,5%) dos prontuários não houve registro do uso de medicamentos, fluidos e anestesia.

O dia de início, correspondente ao registro da data de início do trabalho de parto, teve seu registro totalmente preenchido em 39 (54%). A hora real, corresponde ao intervalo de horas entre os registros, que somando-se corresponde a duração em horas do trabalho de parto. A hora real teve seu registro totalmente preenchido em 67 (93,06%) (RABELO M. et al., 2017).

A hora real corresponde ao intervalo de horas entre os registros, que se somando corresponde a duração em horas do trabalho de parto. A hora real teve seu registro totalmente preenchido em 17 (53,12%). A hora de registro corresponde à exata hora do momento daquele preenchimento e apresentou seu registro totalmente preenchido em 12 (37,5%) dos partogramas. A Assinatura do examinador permite identificar o responsável pelo preenchimento, para eventuais esclarecimentos. A assinatura do examinador teve seu registro preenchido em 18 (56,25%) partogramas.

No estudo de Vasconcelos et al. (2013), dos 72 partogramas que foram utilizados, nenhum item teve seu registro totalmente preenchido, sendo as condições da bolsa em 44 partogramas (61%), a identificação da gestante em 52 (72%) e a hora real em 67 (93,06%), os três itens mais frequentemente preenchidos.

Para o estudo de Fernandes et al. (2016), a assinatura do examinador teve seu registro parcialmente preenchido em 40 (55,6%) e foi o único item que não obteve pontuação em não houve registro. Todos os partogramas apresentavam assinatura do examinador, de forma parcial ou total.

A gestão de serviços de saúde tem como prática primordial a otimização do funcionamento dos serviços com vistas ao alcance da eficiência, eficácia e efetividade, por meio do conhecimento e técnicas administrativas. Conseqüentemente, esta otimização requer a realização de avaliações frequentes e periódicas, como resposta ao desenvolvimento das ações da gestão, e que venham a subsidiar a tomada de decisão, visando à reorganização e melhoria dos serviços (BRASIL, 2014).

É comprovado cientificamente que a utilização do partograma melhora a qualidade da assistência ao parto normal, devendo ser incluída na rotina das

maternidades, mas infelizmente a efetividade de sua utilização não é sempre adotada, assim como demonstra este resultado (CARVALHO; BRITO, 2016).

Em um estudo multicêntrico patrocinado pela OMS, avaliaram o manejo e o trabalho de parto em pacientes que fizeram uso do partograma, encontraram uma redução de trabalhos de parto prolongados, diminuição da necessidade de uso de ocitócitos, igualmente ao número de cesárias de emergência e diminuição significativa de mortes fetais, concluindo que o partograma é um método válido e aceitável na vigilância do trabalho de parto (OMS, 2013).

Nesta perspectiva, os profissionais necessitam estarem presentes e disponíveis, bem como buscar compreender e respeitar as mulheres e seus acompanhantes, assim como os profissionais de outras áreas, abrindo-se ao diálogo e ao compartilhamento de conhecimentos, de modo a assumirem uma atitude interdisciplinar e eliminarem condutas isoladas (NOVO et al., 2016).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso do partograma sozinho não traz a solução de todos os problemas dentro da assistência obstétrica por parte da instituição de saúde e dos profissionais, contudo, certamente manterá uma eficiência ampliada na assistência ao parto e em saúde da mulher e do RN.

Acredita-se que reconhecer que a sociedade contemporânea e os serviços de saúde obstétricos estão cada vez mais tecnológicos em algumas maternidades, significa também; enfatizar a necessidade de técnicas essenciais, simples e de baixo custo para uma assistência mais eficiente e segura, identificando distocias em tempo hábil e melhorando a qualidade da assistência aos partos normais, que é o partograma.

É preciso repensar o papel dos profissionais na atenção ao trabalho de parto, muitas vezes esquecida a um segundo plano nos atendimentos das maternidades, e também há a necessidade de maior sensibilização dos obstetras que acompanham trabalho de parto para que estes percebam a importância da utilização do partograma e passem a utilizá-lo com mais frequência, e também a cobrança de treinamentos e capacitações para o uso dessa ferramenta tão importante.

Então, conclui-se que é necessário reforçar o uso do partograma de forma obrigatória dentro da Maternidade Carmosina Coutinho, envolvendo os serviços de saúde, os profissionais obstétricos, tanto os enfermeiros como os médicos, e a administração da instituição, determinando também assim uma reflexão mais profunda sobre a atuação do(a) enfermeiro(a) obstetra, procurando conhecer sua eficiência e comprometimento profissional.

## REFERÊNCIAS

BARROS, L. de A.; VERÍSSIMO, R. C. S. S. Uso do Partograma em Maternidades Escola de Alagoas. **Rev Rene**, v.12, n.3, p.555-560, Fortaleza, jul-set, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União** n.121, seção 1, p.109, 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, 2017.

CARVALHO, I. da S.; BRITO, R. S. de. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**. v.50, n.5, p.742-749, 2016.

FERNANDES, D. N. C. et al. Perfil de Atenção ao Parto em um Hospital Público: Contribuições da Enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v.10, n.2, p.407-412, Recife, fev, 2016.

FRANÇA, E; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; p. 83-112, 2012.

FREITAS, F.; MARTINS C. J. G.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed., Porto Alegre: **Artmed**; 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.10, Rio de Janeiro, out, 2014.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup, p.192-207, 2014.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**. v.30, p17-32, 2014.

NOVO, J. L. V. G. et al. Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. **RevFacCiêncMéd**. Sorocaba, v.18, n.1, p.30-35, 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília; Comentado, 2013.

RABELO M. et al. estratégias da gestão para implantação do modelo da rede cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. **cogitare enferm.** v.22, n.2, p.48-52, 2017.

TRAVERZIM, M. A. dos S.; NOVARETTI, M. C. Z. Estudo dos eventos adversos em obstetrícia em um hospital público do município de São Paulo. III SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS/ II **SIMPÓSIO**, 2014.

VASCONCELOS, K. L. et al. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. **Rev enferm UFPE**, v.7, n.2, p.619-24, Recife, fev, 2013.



Ministério da Saúde



UFMG



## ANEXO 1 MODELO DE PARTOGRAMA IMPLANTADO

### PARTOGRAMA

NOME:.....IDADE:.....

Dilatação (cm)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		De Lee					
			- AM	<table style="border: none;"> <tr><td style="border: none;">I</td></tr> <tr><td style="border: none;">II</td></tr> <tr><td style="border: none;">III</td></tr> <tr><td style="border: none;">IV</td></tr> </table>	I	II	III	IV
I								
II								
III								
IV								
			- 3					
			- 2					
			- 1					
			0					
			+ 1					
			+ 2					
			+ 3					
			+ 4					
			Vulva					
Dia do início								
Hora real								
Hora de registro								
F.C.F. (bat./min.)	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80							
Contrações	1 - 19 seg. <input checked="" type="checkbox"/> X 20 - 39 seg. <input type="checkbox"/> ≥ 40 seg. <input type="checkbox"/>							
Bolsa								
L.A								
Ocitocina								
Medicamentos Fluidos Anestesia								
Examinador								

OBSERVAÇÕES:



## ANEXO 2

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO E ANUÊNCIA DA DIREÇÃO

#### Programa de Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica

Prezado(a) Márcia Sousa Santos

Diretora Administrativa da Maternidade Carmosina Coutinho - MCC

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “implantação/implementação do partograma na maternidade Carmosina Coutinho em Caxias-MA” a qual envolve análise de prontuários através do partograma com aplicação de questionário para análise. Serão analisados os prontuários que se adequarem aos critérios de inclusão. Deve-se dar informações ao responsável do que será feito na instituição ou envolvendo membros da instituição. Esse estudo é essencial para completar com os benefícios da realização da pesquisa.

A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º de setembro de 2017 a 30 de outubro de 2017, sendo conduzida pelo Enfermeiro José Martins Coelho Neto do programa de especialização em enfermagem obstétrica.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Direção, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Caxias, 20 de Agosto de 2017.

---

(Enfermeiro)  
José Martins Coelho Neto



### Termo de Anuência

Eu,.....Diretor(a) da Maternidade Carmosina Coutinho autorizo a realização da pesquisa “implantação/implementação do partograma na maternidade Carmosina Coutinho em Caxias-MA” a ser realizada pelo Enfermeiro José Martins Coelho Neto, iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Autorizo o pesquisador a utilizar o espaço da Maternidade Carmosina Coutinho para a realização da análise de prontuários. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos pacientes, familiares e profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Caxias, 22 de Agosto de 2017.

---

Márcia Sousa Santos

(Diretora Administrativa da Maternidade Carmosina Coutinho)





Ministério da  
Saúde



UFMG



## APÊNDICE

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### Questionário

**1. ALTURA UTERINA**

- Registro  
 Não registro

**2. APRESENTAÇÃO FETAL**

- Registro  
 Não registro

**3. DINÂMICA UTERINA**

- Registro  
 Não registro

**4. USO DE OCITOCINA**

- Registro  
 Não registro

**5. USO DE MEDICAMENTOS,  
FLUÍDOS, E ANESTESIA**

- Registro  
 Não registro

**6. IDENTIFICAÇÃO**

**DA**

**GESTANTE**

- Registro  
 Não registro

**7. DATA DO INÍCIO DO  
TRABALHO DE PARTO**

- Registro  
 Não registro

**8. HORA REAL**

- Registro  
 Não registro

**9. HORA DE REGISTRO**

- Registro  
 Não registro

**10. ASSINATURA  
EXAMINADOR(A)**

**DO(A)**

- Registro  
 Não registro