

UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – CEEO

LEYDY ELLEN DA SILVA TEIXEIRA

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA ROTINA DE UM
HOSPITAL MARAJOARA**

BELÉM-PARÁ

2017

LEYDY ELLEN DA SILVA TEIXEIRA

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA ROTINA DE UM HOSPITAL
MARAJOARA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização Enfermagem Obstétrica II – Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais tendo como parceira a Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeira obstétrica

Orientadora: Prof^a MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves.

**BELÉM-PARÁ
2017**

LEYDY ELLEN DA SILVA TEIXEIRA

**IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA ROTINA DE UM HOSPITAL
MARAJOARA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização Enfermagem Obstétrica II – Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais tendo como parceira a Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeira obstétrica

Orientadora: Prof^a MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves.

Data da Qualificação: ___/___/___

Banca examinadora:

Profa. MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves - Orientadora

_____ - 1º Membro

_____ - 2º. Membro

RESUMO

O partograma, é um gráfico onde são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto, tem sido usado por mais de 20 anos, mas não tão largamente quanto seria de se esperar pelos bons resultados obtidos. A aplicação prática do partograma e do seu conhecimento adquirido em estudos largamente efetuado tem critérios mais objetivos quanto à demora do trabalho de parto e um método prático e objetivo de monitorar a progressão do parto, poderão ser uma contribuição significativa para a segurança e poderá ajudar a reduzir as incertezas e ansiedades dos profissionais da saúde. Em 2013 na atuação como enfermeira no município de Breves-Marajó, pôde-se perceber que este formulário não fazia parte do prontuário das parturientes, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o uso em todas as maternidades desde 1996. Este projeto de intervenção tem como objetivos Implantar o partograma no Hospital Municipal de Breves (HMB), capacitar os enfermeiros e médicos atuantes na maternidade do HMB para preenchimento e utilização do partograma. Foram utilizados como métodos etapas descritas no 1º momento a sensibilização das direções e secretário de saúde para apresentação do projeto 2º momento: Sensibilização dos trabalhadores da sala de parto e maternidade do hospital implantação do projeto de intervenção, no 3º momento foi realizada a capacitação da equipe para o preenchimento do partograma, para a realização desta última etapa, foram utilizados recursos humanos e materiais tanto da secretaria como das direções do hospital, foi utilizado um Datashow, uma sala ampla e climatizada, sendo realizado em dois encontros em horários diferentes, com duração de 3 hora cada, um encontro no turno da tarde e outro no turno da noite para contemplar todas as equipes. A avaliação do projeto será em longo prazo conforme for utilizado o impresso do partograma e aparecem as dúvidas e questionamentos serão realizados encontros mensais para melhor análise dos dados coletados apresentação de dados relacionados aos atendimentos com utilização do partograma para sensibilização da equipe e manutenção do projeto.

ABSTRACT

The partograph is a chart where progression of labor and conditions of the mother and fetus are noted, has been used for more than 20 years, but not as widely as one might expect from the good results obtained. The practical application of the partogram and its knowledge gained from long-term studies has more objective criteria for delaying labor and a practical and objective method of monitoring the progression of labor, can be a significant contribution to safety and may help reduce the uncertainties and anxieties of health professionals. In 2013, as a nurse in the municipality of Breves-Marajó, this form was not part of the maternity records, despite the recommendation of the World Health Organization (WHO) for use in all maternity hospitals since 1996. This intervention project aims to implant the partograph in the Municipal Hospital of Breves (HMB), to train the nurses and physicians working in the maternity of the HMB to fill and use the partograph. The following steps were used in the first stage: sensitization of the directorates and secretary of health for presentation of the project 2nd moment: Awareness of the workers of the delivery room and maternity hospital of the implementation of the intervention project, in the 3rd moment, for completing the partograph, for the accomplishment of this last step, human and material resources were used both from the secretariat and from the hospital's directions, a Datashow, a large and air-conditioned room was used, being carried out in two meetings at different times, lasting of 3 hours each, an encounter in the afternoon shift and another one in the shift of the night to contemplate all the teams. The evaluation of the project will be in the long term as the partogram form is used and appear the doubts and questionings will be held monthly meetings for better analysis of the collected data presentation of data related to the consultations using the partograph to sensibilize the team and maintenance of the project.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 07 |
| 1.1 | Contextualização | 07 |
| 1.2 | Problematização | 08 |
| 1.3 | Justificativa | 09 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 10 |
| 2.1 | História do Partograma | 11 |
| 2.2 | Partograma | 11 |
| 2.3 | Implementação do Partograma | 13 |
| 2.4 | Progressão do trabalho de parto | 14 |
| 2.4.1 | A Condição Materna | 15 |
| 2.5 | Distócias diagnosticadas pelo partograma | 18 |
| 2.5.1 | Fase Ativa Prolongada ou Distócia Funcional | 19 |
| 2.5.2 | A Parada Secundária da Dilatação | 19 |
| 2.5.3 | O Parto Precipitado ou Taquitéico | 20 |
| 2,5,4 | Período Pélvico Prolongado | 21 |
| 2.5.5 | A Parada Secundária da Descida | 22 |
| 3 | OBJETIVOS DO PROJETO | 24 |
| 4 | PÚBLICO ALVO | 24 |
| 5 | METAS | 24 |
| 6 | ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 24 |
| 7 | CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES | 26 |
| 8 | ORÇAMENTO | 27 |
| 9 | RECURSOS HUMANOS | 27 |
| 10 | ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO | 28 |
| | REFERENCIAS | 29 |
| | APENDICES | 30 |

1 INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

No ano de 2011, ainda na graduação de enfermagem obteve-se conhecimento sobre a importância do uso do partograma. Em 2013 na atuação como enfermeira no município de Breves-Marajó, pôde-se perceber que este formulário não fazia parte do prontuário das parturientes, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o uso em todas as maternidades desde 1996. No entanto, no Hospital Regional Público do Marajó (HRPM), o uso deste instrumento pelos profissionais que assiste o parto é obrigatório. Esta realidade não ocorre no Hospital Municipal de Breves (HMB) onde não há o impresso do partograma para a assistência ao parto normal, sendo uma das justificativas para que o mesmo não faça parte do prontuário é a falta de capacitação dos profissionais que atendem as parturientes.

Acreditamos que esta realidade precisa ser corrigida, pois segundo o Manual de Parto, Aborto e Puerpério/MS de 2001, desde 1994 a OMS tornou obrigatório o preenchimento deste documento em todos os prontuários de parturientes a partir da dilatação de 3 centímetros se forem secundigestas ou mais gestações e de 4 centímetros, se forem primigestas.

O partograma, é um gráfico onde são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto, tem sido usado por mais de 20 anos, mas não tão largamente quanto seria de se esperar pelos bons resultados obtidos. A aplicação prática do partograma e do seu conhecimento adquirido em estudos largamente efetuado tem critérios mais objetivos quanto à demora do trabalho de parto e um método prático e objetivo de monitorar a progressão do parto, poderão ser uma contribuição significativa para a segurança e poderá ajudar a reduzir as incertezas e ansiedades dos profissionais da saúde.

O partograma corretamente usado melhora o acompanhamento preciso do trabalho de parto e do final da gestação a nível hospitalar. O objetivo é de que os partos sejam atendidos por um profissional de saúde treinado, no hospital, com o que mais mulheres e seus bebês poderão beneficiar-se desta maior segurança.

O impacto desta prática no HMB será o cumprimento desta determinação e consequente identificação de distócias em tempo hábil, para

encaminhamento ao hospital de referência onde a equipe de saúde é completa e a assistência poderá acontecer de forma mais segura.

1.2. Problematização

O município de Breves está localizado na mesorregião do Marajó, porção sudoeste da Ilha de Marajó localizado ao norte do Estado do Pará, sendo chamada de Marajó II possui uma população de 100.000 mil habitantes possuindo dois hospitais que atendem as necessidades de 07 municípios da região, sendo o Hospital Municipal de Breves, a instituição onde será aplicada a intervenção, possui um total de 90 leitos dos quais são utilizados 25 leitos para obstetrícia, atualmente são realizados 1.800 partos por ano sendo destes 1600 partos normais assistidos por enfermeiros e 200 cesárias (LIVRO DE REGISTRO DO HMB, 2016).

A maternidade do hospital possui equipe composta em cada plantão por um enfermeiro e dois técnicos que atendem em três setores, a triagem obstétrica que possui uma maca ginecológica, sonar e aparelho de PA para avaliação inicial da gestante, sala de pré-parto com 05 leitos equipada com bola suíça e duas banquetas onde acontecem os partos verticalizados e sala de parto que possui duas macas ginecológicas onde são realizados a maioria dos partos normais, possui apenas 2 médicos cirurgiões treinados em obstetrícia que trabalham em escala de 15 dias corridos e fazem visita na clínica obstétrica e urgências obstétricas quando acionados pelo enfermeiro do setor durante o dia, nos plantões noturnos o médico é apenas sobreaviso sendo acionado quando é identificado alguma alteração tanto na avaliação da triagem quanto durante o trabalho de parto e nascimento, o hospital municipal não possui médico obstetra e anestesista o que restringe o número de intervenções cirúrgicas

O município possui um Hospital Regional com 06 leitos de obstetrícia que serve de referência para gestações de alto risco. No entanto ainda tem registros de óbitos maternos e neonatais acima do aceito pelo Ministério da Saúde, nesse contexto foi identificado que torna-se necessária a aplicação de mecanismos de avaliação precoce de complicações obstétricas, sendo a utilização do partograma de fundamental importância para diagnosticar

alterações, indicar as condutas apropriadas para correções dos desvios do trabalho de parto e evitar intervenções desnecessárias.

Relatório do MS do ano de 2009, que analisa a situação da saúde no Brasil, ressalta que mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação da mulher para o parto e nascimento; cerca de 70% das mortes das mulheres ocorrem por causas obstétricas diretas; por volta de 15% das mortes são decorrentes de aborto inseguro; 51% das mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida e se relacionam majoritariamente com problemas decorrentes do parto; para cada morte materna, outras trinta mulheres sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde decorrentes de complicações ocorridas durante a gravidez, parto ou pós-parto.

1.3. Justificativa

O treinamento de profissionais para preenchimento e a consequente implantação do partograma poderá trazer melhoria da qualidade de atendimento obstétrico oferecido às parturientes atendidas na maternidade com a concretização da assistência obstétrica resolutiva, eficiente e eficaz com um processo de parto natural e tranquilo, o êxito desse processo leva à parturiente e sua família o sentido pleno de realização e ao profissional o alto grau de satisfação.

A realização da assistência adequada ao trabalho de parto (TP), continuidade da assistência obstétrica, iniciada no pré-natal com o resultado da qualidade dos recursos humanos sendo os profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher, e infraestrutura adequada que determinam a condição do parto e puerpério, evitando a exposição do binômio mãe-filho a riscos e consequências adversas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A atenção obstétrica passou por importantes mudanças em todo o mundo ao longo das últimas décadas. Um marco de tais mudanças foi o lançamento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, do documento denominado Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento que apresentava tecnologias que deveriam ser adotadas na atenção à parturiente de acordo com a melhor evidência disponível. “Melhorar a saúde das gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil” está entre os oito Objetivos do Milênio propostos em 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU). O Brasil, assim como os demais Estados-Membros da Assembleia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforço em prol do alcance de tais objetivos até o ano de 2015.

Reconhecendo o alto índice de mortalidade materna, a possibilidade de prevenção na maioria dos casos e as consequências sociais da morte materna para a família e os filhos, a Conferência para a Maternidade Segura, organizada em conjunto pelo Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e o Fundo para Populações das Nações Unidas, organizada em Nairobi no mês de fevereiro de 1987, concluiu com um “chamado para a ação”. Este chamado determina que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de mães e crianças, adotem uma ação positiva para reduzir a morbidade e mortalidade materna. Entre as ações propostas estão: assegurar a toda gestante uma detecção precoce do risco gestacional, por profissionais de saúde apropriadamente treinados e supervisionados (não médicos), onde isto for possível, com o uso de toda a tecnologia para identificar o risco (incluindo o partograma, quando necessário); providenciar cuidados de pré-natal e durante o trabalho de parto, tão rapidamente quanto possível.

Barros (2011) define trabalho de parto normal como a observação do apagamento e dilatação do colo, progresso, altura e variedade da apresentação; estado de saúde fetal e atividade uterina na evolução habitual, porém podem apresentar-se muitas situações adversas que conduzem à operação cesárea em mulheres que sofrem de exaustão e infecção, com altas taxas de morbidade e mortalidade materna de seus produtos, sendo elevadas quando mais prolongado seja esse trabalho de parto. Nesse contexto destaca-se a importância do uso do partograma, considerando a curva de dilatação

cervical, descida da apresentação e uso das linhas de alerta e ação com a finalidade de diagnosticar alterações, indicar tomada de condutas para correção de desvios, evitando assim intervenções desnecessárias.

A LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências, no seu Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

2.1. História do Partograma

E. A. Friedman em 1954, acompanhando o estudo de um grande número de mulheres nos U.S.A., descreveu um padrão de dilatação cervical normal. Friedman (1954) dividiu o trabalho de parto funcionalmente em duas partes: a fase latente (precoce), que se estende de 8-10H e vai até cerca de 3cm de dilatação; esta é seguida pela fase ativa, caracterizada pela aceleração de 3-10 cm, ao final da qual ocorre uma desaceleração. Este trabalho forma a base na qual outros trabalhos foram elaborados. (PARANÁ, 1999)

Em 1969 Hendricks e alunos demonstraram que na fase ativa do trabalho de parto normal, o índice de dilatação cervical na primigesta e na múltipara varia pouco e que não há desaceleração no final do primeiro estágio do trabalho de parto. Philpott, em estudo intensivo de primigestas na África Central e do Sul, construiu um nomograma para dilatação cervical nesta população e foi capaz de identificar desvios da normalidade, criando uma base científica para a intervenção precoce, visando a prevenção do trabalho de parto prolongado. Desde então, vários autores têm desenvolvido partogramas similares em outras áreas geográficas. (PARANÁ, 1999)

2.2 Partograma

O parto marca o fim de uma gestação e sua duração normal é um dos temas mais debatidos, pela dificuldade para precisar seu começo e a enorme variabilidade que se observa em seu processo. Considera-se um ato fisiológico,

visto que constitui a forma natural de reprodução da espécie humana. (PARANÁ, 1999)

Partograma (Apêndice A) é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

Segundo Brasil (2001) 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, 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.

Na realidade, vários aspectos devem estimular o aprendizado do uso do partograma na assistência clínica ao parto, considerando ainda que a OMS tornou obrigatório o partograma nas maternidades desde 1994. O seu uso facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes e a passagem de plantão do pré-parto, favorecendo também a utilização racional de ocitócicos e analgesia. Dessa forma, o uso do partograma deverá interferir na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua utilidade também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções. (BRASIL, 2001)

Para Barros (2011), o partograma não substitui uma adequada pesquisa na gestante na hora da admissão, para detectar condições que requeiram uma atenção urgente ou transferência imediata. Ele é desenhado para detectar desvios do trabalho de parto normal que possam aparecer enquanto o trabalho de parto progride.

2.3 Implementação do Partograma

A implementação do partograma necessita de um sistema funcional de referência que possua as funções essenciais da obstetrícia. Seu uso poderá desenvolver a eficiência e efetividade dos serviços de maternidade. (MS, 2001)

Segundo o MS (2011), o partograma proposto e suas linhas de acompanhamento só podem ser usados onde a mulher compareça ao sistema formal de cuidados da saúde no trabalho de parto e onde a equipe tenha sido treinada em um critério mínimo de trabalho. Esta equipe necessita:

- Ter um treinamento adequado em obstetrícia para observar e acompanhar um trabalho de parto normal e o parto.
- Ser capaz de praticar exames vaginais no trabalho de parto e determinar a dilatação cervical.
- Ser capaz de anotar cuidadosamente a dilatação cervical no horário correspondente

Apesar do fato de que o partograma tenha sido elaborado e usado desde os primórdios dos anos 70, ele não é usado amplamente no mundo. Uma das principais razões disto é a carência de convicção sentida entre os tomadores de decisões e alguns líderes profissionais. Outro obstáculo para o seu uso é a existência de tantos formatos de partograma. O potencial usuário fica diante do impasse de que linha seguir.

A O.M.S. em suas experiências multicêntricas tem confirmado o valor do partograma na prática hospitalar. É também esperado que os melhores resultados alcançados com o uso do partograma fará crescer a credibilidade do sistema formal de saúde e encorajará mais gestantes a procurar precocemente assistência no trabalho de parto. (BRASIL, 2011)

Segundo Paraná (1999), O modelo de partograma da O.M.S. foi planejado por um grupo de trabalho informal, que examinou a maioria das publicações disponíveis de partogramas e seus desenhos. Ele representa de algum modo, um compromisso de síntese e simplificação que inclui as melhores características de diversos partogramas. Ele é baseado nos seguintes princípios:

- A fase ativa do trabalho de parto se inicia aos 3cm de dilatação cervical.
- A fase latente do trabalho de parto não pode ser mais longa do que 8 horas.

- Durante o trabalho de parto ativo, o índice de dilatação cervical não pode ser mais lento do que 1cm/h.
- O tempo de 4 horas entre a diminuição de progressão do trabalho de parto e a necessidade de intervenção é insuficiente para comprometer o feto ou a mãe e evita intervenções desnecessárias.
- Exames vaginais devem ser efetuados tão frequentemente quanto compatível com a prática segura (uma vez a cada 04 horas é recomendado).

2.4 Progressão do trabalho de parto

Esta parte do gráfico tem como sua característica principal a visualização da dilatação cervical na devida hora. É dividido em fase latente e fase ativa. A fase latente vai do início do trabalho de parto até que a dilatação cervical alcance 3cm. Caso esta fase demore mais que 8 horas, na presença de 2 contrações em 10 minutos, o trabalho de parto deverá ser problemático, necessitará um acompanhamento crítico de uma decisão quanto à conduta posterior. A fase ativa: Uma vez que a dilatação alcance 3cm, o trabalho de parto entra na fase ativa. Em cerca de 90% das primigestas, o índice de dilatação cervical é de 1cm/hora ou mais rápido.

A linha de alerta traçada dos 3 aos 10cm representa este índice de dilatação. Todavia, se a dilatação cervical mover-se para a direita da linha de alerta, demonstra que esta é mais lenta e que o parto será prolongado. Caso a mulher esteja em uma casa de parto, ela deverá ser transferida para um hospital; caso esteja no hospital, deverá ser observada com maior frequência. A linha de ação é desenhada 4 horas à direita da linha de alerta. Sugere-se que se a dilatação cervical alcançar esta linha deverá ser feito um acompanhamento crítico da causa da demora e tomada uma decisão apropriada para eliminar a causa.

Este partograma é desenhado para ser usado em todas as maternidades, mas tem diferentes níveis de função nos diferentes níveis de cuidados da saúde. No hospital, o movimento para a direita da linha de alerta serve como aviso da necessidade de uma maior vigilância; a linha de ação é o ponto crítico no qual uma decisão específica de conduta precisa ser tomada.

Outras observações na progressão do trabalho de parto são também anotadas no partograma e têm características essenciais no manejo do trabalho de parto. Em particular é importante notar a descida da cabeça fetal através da pelve e a qualidade da atividade uterina. (PARANA, 1999)

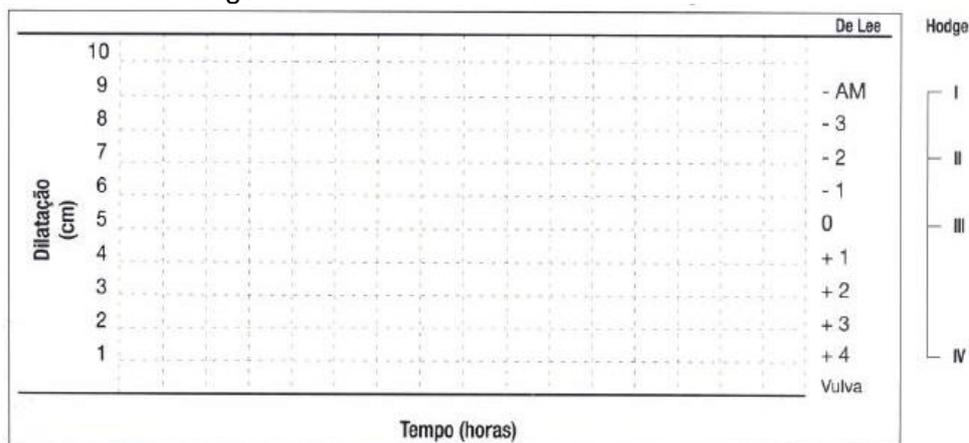
2.4.1 A Condição Materna

O acompanhamento regular da condição materna é alcançado pela anotação da temperatura, pulso, pressão arterial e urinálise. O partograma também tem um espaço para anotar a administração de drogas, fluidos E.V. e ocitocina no parto conduzido.

É importante lembrar que, para o acompanhamento do trabalho de parto, a fase ou divisão funcional de interesse na aplicação do partograma é a de dilatação ou fase ativa, 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. (BRASIL, 2011)

Os benefícios da interpretação gráfica da evolução do trabalho de parto são inúmeros e o método é simples, podendo ser feita em qualquer folha de papel. Na forma mais comum de montagem do partograma, utiliza-se de 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, respectivamente, os planos I, II e IV de Hodge (IMAGEM 2). (BRASIL, 2011)

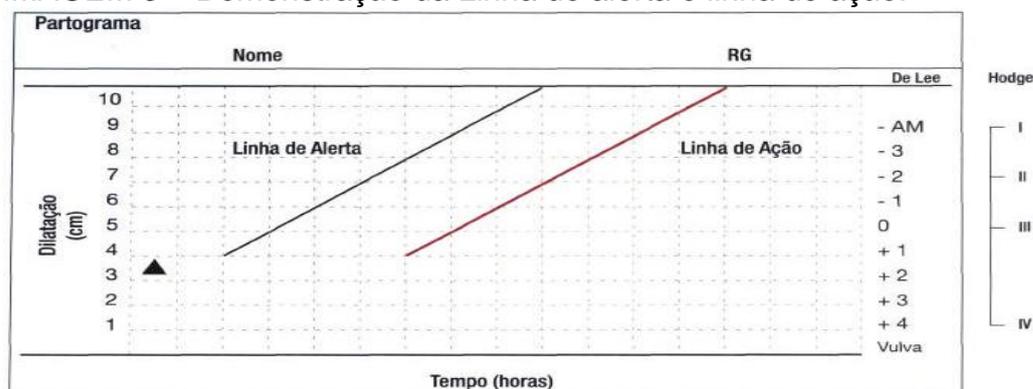
IMAGEM 2 – Demonstração de Partograma em papel quadriculado: Marcadores dos eixos X (abscissa) e Y (ordenadas), com os planos de De Lee e de Hodge



Fonte: BRASIL, 2011

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.

IMAGEM 3 – Demonstração da Linha de alerta e linha de ação.



Fonte: BRASIL, 2011

Não há a necessidade de intervenção quando a dilatação atinge ou cruza a linha de alerta. O alerta implica, simplesmente, a necessidade de uma melhor observação clínica. Somente quando a curva da dilatação cervical

atinge a linha de ação é que a intervenção médica torna-se necessária, na tentativa de melhorar a evolução do trabalho de parto e corrigir possíveis distócias que possam estar se iniciando. Isto não significa necessariamente conduta cirúrgica.

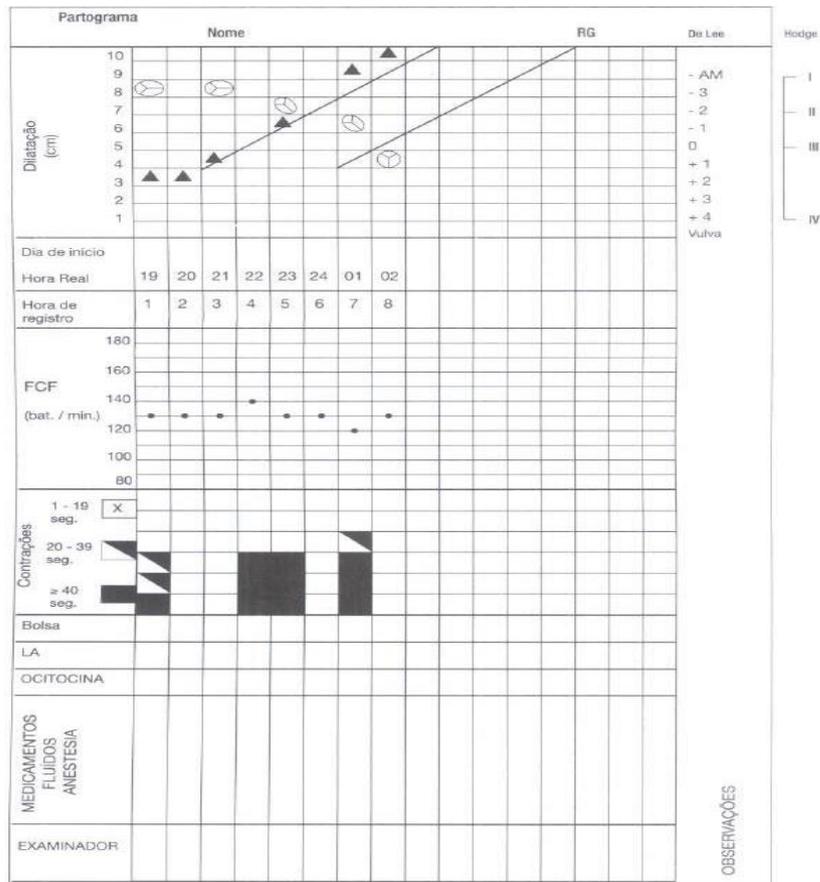
Na ficha de acompanhamento do trabalho de parto, além das anotações referentes à cérvico-dilatação, pode também ser registrada a frequência cardíaca fetal (FCF), as características das contrações uterinas, as condições da bolsa das águas e líquido amniótico, a infusão de líquidos e as especificações da analgesia. Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias, exigindo da equipe uma padronização completa. (BRASIL, 2011)

No partograma cada divisória corresponde a uma hora na abscissa (eixo em centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo y)). Inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, dilatação cervical mínima de 3 cm). Em caso de dúvida, aguardar 1 hora e realizar novo toque: velocidade de dilatação de 1cm/hora, verificada em dois toques sucessivos, confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto. (BRASIL, 2011)

Realizam-se toques vaginais subsequentes, a cada duas horas, respeitando em cada anotação o tempo expresso no gráfico. Em cada toque deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico, quando a bolsa estiver rota – por convenção, registra-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectiva variedade de posição são representadas por uma circunferência. (BRASIL, 2011).

O padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais, a infusão de líquidos e drogas e o uso de analgesia devem ser devidamente registrados. A dilatação cervical inicial é marcada no ponto correspondente do gráfico, trocando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e em paralelo, quatro horas após, assinala-se a linha de ação, desde que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto (BRASIL, 2011).

IMAGEM 4- Demonstração do partograma preenchido



Fonte: BRASIL, 2011

2.5 Distícias diagnosticadas pelo partograma

A identificação das distícias é feita pela observação das curvas de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma. As distícias de cada período funcional do parto estão na IMAGEM 5.

MAGEM 5– Distócias diagnosticadas pelo partograma,

| Períodos do parto | D | istócias diagnosticadas |
|-------------------|---|---|
| Dilatação | | Fase ativa prolongada Parada secundária dilatação Parto precipitado |
| Pélvico | | Período pélvico prolongado Parada secundária descida |

Fonte: BRASIL, 2011

2,5,1 Fase Ativa Prolongada ou Distócia Funcional

A dilatação do colo uterino ocorre lentamente, numa velocidade menor que 1 cm/hora (Figura 6). A curva da dilatação ultrapassa a linha de alerta e, às vezes, alinha de ação. Essa distócia geralmente decorre de contrações uterinas não eficientes (falta de motor). A correção é feita inicialmente pelo emprego de técnicas humanizadas de estímulo ao parto normal, como estimulando-se a deambulação e, se necessário, posteriormente pela administração de ocitocina ou rotura artificial da bolsa das águas. (BRASIL, 2011)

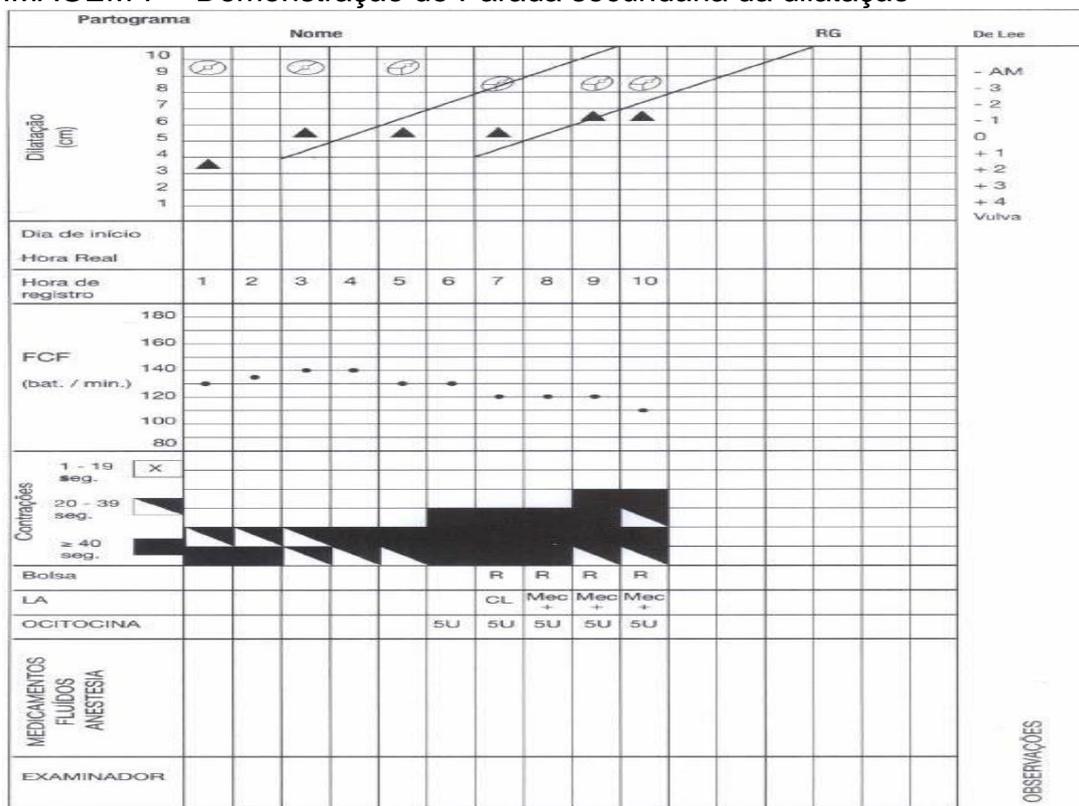
2.5.2 A Parada Secundária da Dilatação

É diagnosticada por dois 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 duas 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 relativa ou absoluta. Desproporção céfalopélvica absoluta traduz tamanho do pólo cefálico maior que a bacia (feto macrossômico) ou feto de tamanho normal e bacia obstétrica inadequada. (BRASIL, 2011)

Na vigência de desproporção céfalo-pélvica 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 pólo cefálico completamente apoiado na bacia materna, para evitar a ocorrência de prolapso de cordão umbilical. A resolução por cesárea deverá ser indicada quando esses procedimentos não forem eficientes para corrigir a evolução anormal da cérvico-dilatação observada no partograma. (Brasil, 2011)

IMAGEM 7 – Demonstração de Parada secundária da dilatação



Fonte: BRASIL, 2011

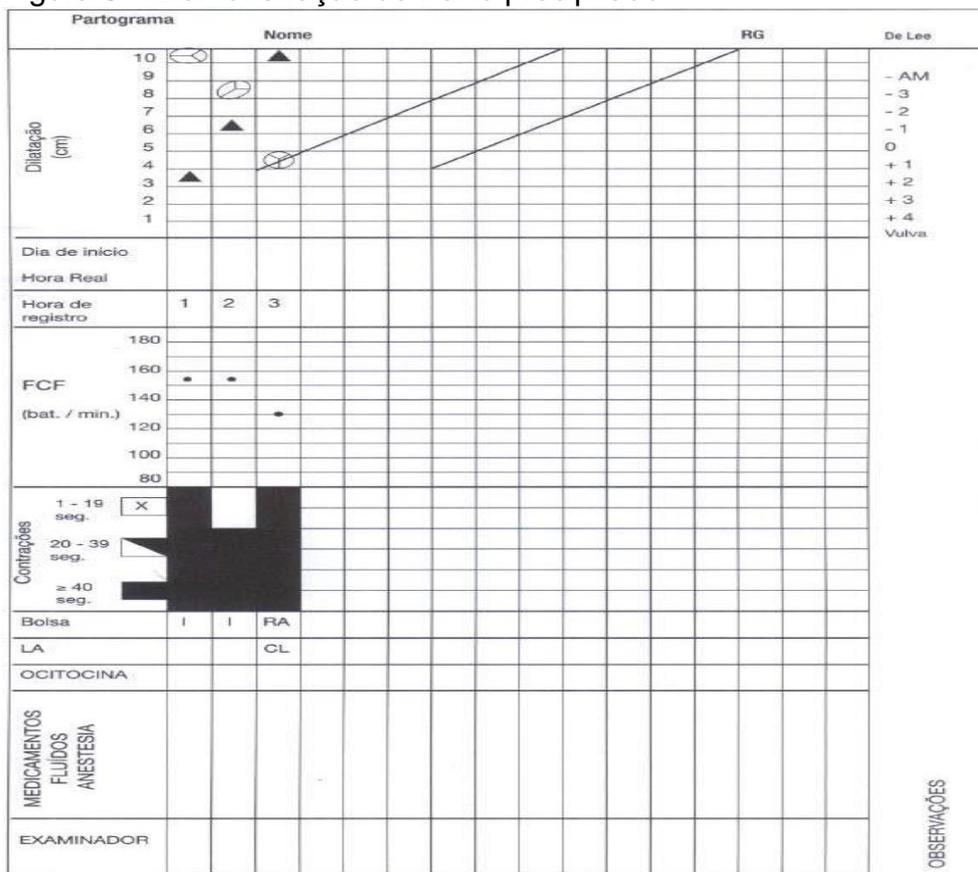
2.5.3 O Parto Precipitado ou Taquitócico

É diagnosticado quando a dilatação cervical e a descida e expulsão do feto ocorrem num período de 4 horas ou menos (Figura 8). 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 taquitócico pode ser espontâneo em múltiparas, sendo

mais raro em primíparas. Também pode acontecer em decorrência de iatrogenia pela administração excessiva de ocitocina. (Brasil, 2011)

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.

Figura 8 – Demonstração de Parto precipitado

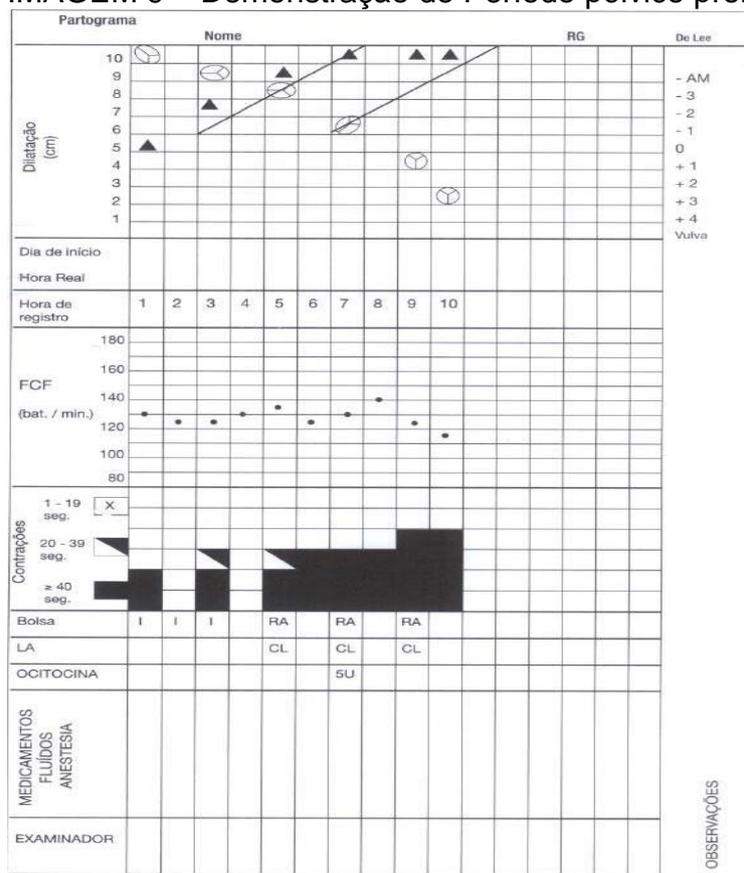


Fonte; Brasil, 2011

2.5.4 Período Pélvico Prolongado

Manifesta-se no partograma com a descida progressiva da apresentação, mas excessivamente lenta (Figura 9). 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 recomenda-se a posição verticalizada para favorecer a descida da apresentação. (Brasil, 2011)

IMAGEM 9 – Demonstração de Período pélvico prolongado

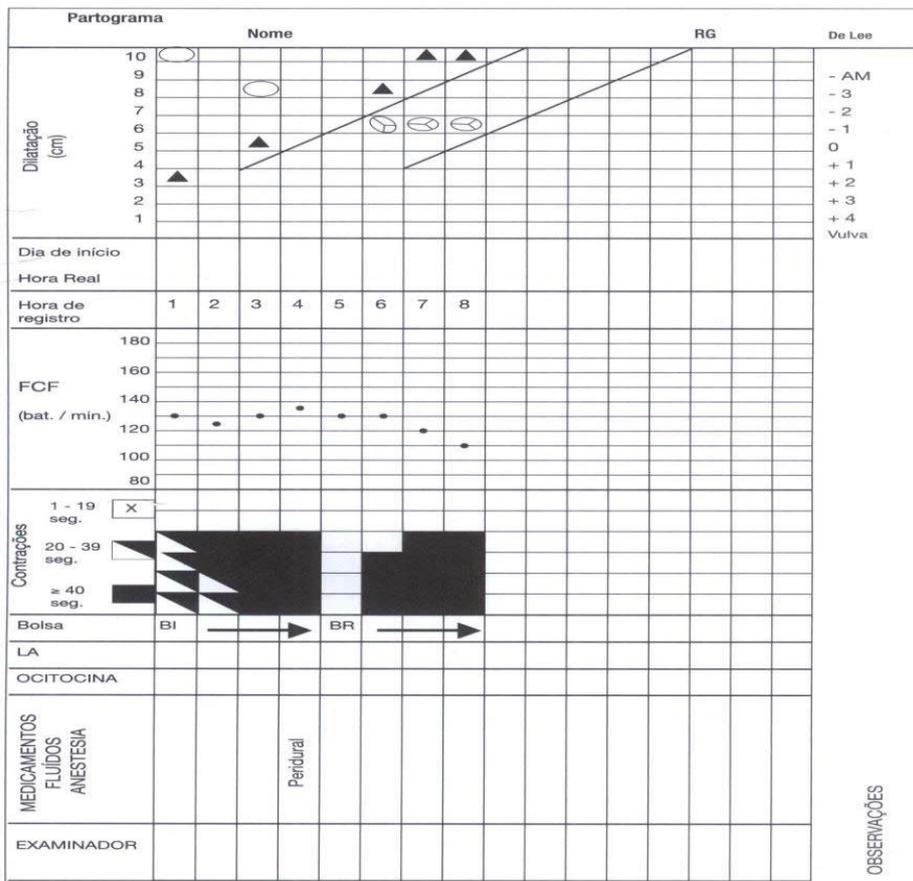


Fonte: BRASIL, 2011

2.5.5 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 da apresentação 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 céfalopélvica relativa ou absoluta. A presença de desproporção absoluta leva à indicação de cesárea. Na vigência de desproporção relativa, com pólo cefálico profundamente insinuado e cérvico-dilatação completa, é válida a tentativa de fórcepe de tração ou rotação, dependendo da variedade de posição. (Brasil, 2011)

IMAGEM 10 – Demonstração de Parada secundária descida



Fonte: BRASIL, 2011

3 OBJETIVOS DO PROJETO

3.1. Implantar o partograma no Hospital Municipal de Breves.

3.2 Capacitar os enfermeiros e médicos atuantes no Hospital Municipal de Breves para preenchimento e utilização do partograma.

4 PÚBLICO ALVO

Equipe que trabalha na sala de parto e maternidade do Hospital Municipal, composto por 2 médicos, 09 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem atuantes em todos os turnos de trabalho.

5 METAS

- Capacitação de todos os enfermeiros e médicos que atuam na maternidade e na sala de parto do Hospital Municipal de Breves para a utilização do partograma
- Preencher o partograma para todas as gestantes admitidas em trabalho de parto ativo no HMB;
- Realizar reuniões periódicas e estudos e caso se avaliação do uso o partograma.

6 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um projeto de intervenção que foi aplicado no Hospital Municipal de Breves, beneficiando todas as equipes de apoio, enfermagem e médicos sendo aplicado nas etapas a seguir:

1º Momento: Sensibilização das direções e secretário de saúde

Esse momento aconteceu no mês de junho quando foi realizado um encontro para apresentação do projeto de intervenção ao diretor do hospital e direção de enfermagem através da apresentação de argumentos que justificam

sua importância e obrigatoriedade no serviço de atendimento ao trabalho de parto.

2º Momento: Sensibilização dos trabalhadores da sala de parto e maternidade do hospital

Para uma melhor qualidade do atendimento do parto através do filme o renascimento do parto. Neste momento foi realizado um encontro com todos os profissionais que atuam no hospital sendo utilizado como recurso a apresentação do filme o renascimento do parto para realizar a sensibilização dos profissionais quanto ao parto e nascimento na oportunidade foi apresentado o projeto de intervenção e o formulário do partograma com a proposta de treinamento para as equipes atuantes na sala de parto e clínica obstétrica.

3º Momento: Capacitação do preenchimento do partograma,

Para a realização desta última etapa, foram utilizados recursos humanos e materiais tanto da secretaria como das direções do hospital, foi utilizado um Datashow, uma sala ampla e climatizada, os formulários de partograma (Apêndice A) impressos pela direção do hospital e um lanche para os participantes, sendo realizado em dois encontros em horários diferentes, com duração de 3 horas cada, um encontro no turno da tarde e outro no turno da noite para contemplar todas as equipes.

Foram utilizados como método de apresentação os slides de uma revisão de conteúdo relacionado ao partograma com apoio de uma enfermeira obstetra que deu suporte técnico durante a capacitação, após foi realizada uma roda de conversa onde foram relacionados estudos de casos para elaboração de um partograma para discussão em grupo e entregue um impresso de avaliação do treinamento (Apêndice B) contendo perguntas sobre a realização da capacitação, conhecimento adquirido e opiniões sobre o projeto a ser implantado, para todos os participantes. No encerramento foi realizada uma dinâmica onde cada pessoa escolheu um bônus e explicou o motivo da escolha e a sua opinião e questionamentos sobre o projeto, todos os participantes receberam um brinde de participação como demonstração de afeto e agradecimento (Apêndice C).

8 ORÇAMENTO

| AUDIO-VISUAIS | TOTAL |
|---------------------------------------|--------------------|
| | |
| DATA-SHOW | 0 |
| CAIXA DE SOM | 0 |
| | |
| MATERIAIS DE EXPEDIENTE | |
| BLOCO DE ANOTAÇÃO | 30 |
| PAPEL VERGÊ (P/CERTIFICADO E CONVITE) | 02 PCT. C/ 50 UNID |
| | |
| ALIMENTAÇÃO | |
| LANCHE | 50 |
| PACOTE DE PIPOCA MICROONDAS | 10 UNID. |
| SACO DE PAPEL PARA PIPOCA | 50 UNID. |
| | |
| LOCAL PARA EVENTO | TOTAL |
| | 2 DIAS (T/N) |

Este projeto teve apoio financeiro da secretaria municipal de saúde de Breves e direção geral do hospital onde foi aplicado o projeto de intervenção

9 RECURSOS HUMANOS

Este projeto tem como recursos humanos a secretaria municipal de saúde que colaborou com a liberação do projeto e de profissionais para os treinamentos, a direção do hospital que proporcionou o local climatizado para a realização da capacitação e o apoio da enfermeira obstetra que colaborou durante a capacitação dando suporte técnico e apoiando a implementação do projeto, a coordenação de enfermagem pouco colaborou para a implantação do projeto e aplicação no serviço.

10 ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

O projeto de intervenção foi avaliado através do instrumento de avaliação criado para a capacitação e implementação do projeto (Apêndice B), tendo seus objetivos alcançados dentro do que foi proposto apresentando como resultado o treinamento de todos os técnicos, enfermeiros e médicos atuantes nos setores participantes com avaliação excelente da metodologia e da implantação do projeto como pode ser observado na escrita de um participante no formulário avaliativo questões que contribuíram para seu conhecimento questionado “Identificação das distócias e cuidados adequados a sua realidade”, ao longo dos meses será avaliado conforme for utilizado o impresso do partograma e aparecem as duvidas e questionamento serão realizados encontros mensais para melhor análise dos dados coletados apresentação de dados relacionados aos atendimentos com utilização do partograma para sensibilização da equipe e manutenção do projeto.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

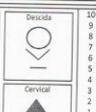
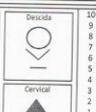
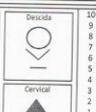
BARROS, Luciana , VERISSIMO, Regina . Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. Rev. Rene. v. 12, n. 3, 2011.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al . Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 324-331, June 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2017.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva et al . O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 880-888, Dec. 2009 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400020>.

PARANÁ, Partograma Parte I: Principios e Estratégias, Curitiba1999, disonivel em<
www.saude.pr.gov.br/.../partograma/6principios_e_estrategiaspartograma.pdf
> Acesso em 15/03/17

APENDICE A FORMULARIO DO PARTOGRAMA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------|-------|----------------------------|--|-----|-----|-----|----------------------------|--|------|----|----|---|----|---|----|---|----|---|------|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL "MARIA SANTANA ROCHA FRANCO" <small>Rua Wilson Prado nº 421 - Centro - CEP: 62.307-900/003-21 - CEP 66.800-000 Fone/Fax: (61) 3763 1279 - Breves - Pará. E-mail: breves@hospital.com</small> |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paciente: _____ | Sexo: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro: _____ | Data Nasc.: ____/____/____ | Idade: _____ | Unidade: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesta: ____ Para: N ____ F ____ C ____ AB ____ | DUM: ____/____/____ | DPP: ____/____/____ | G. Sang./FRH: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situação Fetal: _____ | Apresentação: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTOGRAMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data/Hora de início: ____/____/____ Intervalo de Aferição: ____ Minutos: ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td rowspan="10">D I L A T A C A O (cm)</td><td rowspan="10"></td><td>10</td><td rowspan="10"></td><td rowspan="10">AM</td><td rowspan="10">F i l i o +</td><td rowspan="10">O B S E R V A Ç Ã O</td></tr><tr><td>9</td><td>2</td></tr><tr><td>8</td><td>-1</td></tr><tr><td>7</td><td>0</td></tr><tr><td>6</td><td>+1</td></tr><tr><td>5</td><td>+2</td></tr><tr><td>4</td><td>+3</td></tr><tr><td>3</td><td>+4</td></tr><tr><td>2</td><td>Mult</td></tr><tr><td>1</td><td></td></tr></table> | D I L A T A C A O (cm) |  | 10 | | AM | F i l i o + | O B S E R V A Ç Ã O | 9 | 2 | 8 | -1 | 7 | 0 | 6 | +1 | 5 | +2 | 4 | +3 | 3 | +4 | 2 | Mult | 1 | | | | | | |
| D I L A T A C A O (cm) | | |  | | | | | 10 | | AM | F i l i o + | O B S E R V A Ç Ã O | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 9 | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 8 | | | | | -1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 7 | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 6 | | | | | +1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 5 | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 4 | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 3 | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 2 | | | | | Mult | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data: ____/____/____ | | | | Hora: ____:____ | | OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minutos: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F.C.B (Bat. por min.): | | | | | | OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td rowspan="10">FREQÜÊNCIA CARDÍACA FETAL (Bat. por min.)</td><td>180</td><td rowspan="10"></td><td rowspan="10">OBSERVAÇÃO</td></tr><tr><td>170</td></tr><tr><td>160</td></tr><tr><td>150</td></tr><tr><td>140</td></tr><tr><td>130</td></tr><tr><td>120</td></tr><tr><td>110</td></tr><tr><td>100</td></tr><tr><td>90</td></tr><tr><td>80</td></tr></table> | FREQÜÊNCIA CARDÍACA FETAL (Bat. por min.) | 180 | | OBSERVAÇÃO | 170 | 160 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 | 100 | 90 | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FREQÜÊNCIA CARDÍACA FETAL (Bat. por min.) | | 180 | | | | OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 170 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTRAÇÕES (min): | | | | | | OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td>0-19</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>20-39</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>40-60</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | 0-19 | <input type="checkbox"/> | 20-39 | <input type="checkbox"/> | 40-60 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-19 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-39 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40-60 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------|
|  |  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL "MARIA SANTANA ROCHA FRANCO" <small>Rua Wilson Prado nº 421 - Centro - CEP: 62.307-900/003-21 - CEP 66.800-000 Fone/Fax: (61) 3763 1279 - Breves - Pará. E-mail: breves@hospital.com</small> |  | |
| BOLSA DAS ÁGUAS | | | OBSERVAÇÃO |
| LÍQUIDO AMNIÓTICO | | | |
| ICTOCINA ML | | | |
| MEDICAMENTOS, FLUIDOS E ANESTESIAS: | | | |
| NOME | UNID. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Observações Gerais: | | | |

APENDICE B IMAGEM DA FICHA DE AVALIAÇÃO DO PARTOGRAMA





Ficha de Avaliação da Capacitação: Implantação do Partograma

Prezado participante, Obrigada pela sua presença e contribuição.
Solicito sua colaboração para avaliar o desenvolvimento da capacitação. Fique a vontade para participar. **Você é:**

() Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Médico
() Outros _____

• O que você achou da realização da oficina? Marque de acordo com sua opinião

| | Excelente | Bom | Ruim |
|---|-----------|-----|------|
| Estrutura (local, material impresso, audiovisuais) | | | |
| Conteúdo trabalhado | | | |
| Desempenho da facilitadora (didática, conhecimento) | | | |

Comente, se quiser:

• Esse evento científico contribuiu de alguma forma para seu crescimento profissional?
() Não (Comente, se quiser) _____
() Sim (Comente, se quiser) _____

• Em sua opinião, que questões se destacaram e que contribuíram para seu conhecimento?

• Em sua opinião, que questões se destacaram e que podem contribuir para sua prática profissional?

• Em sua opinião, que questões precisaram ser mais bem abordadas?

• Você gostaria de deixar uma mensagem para a melhoria do atendimento obstétrico no Hospital Municipal?

Obrigada!

APENDICE C FOTOS CAPACITAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA
Imagens das acacitações



Imagens do Hospital Municipal de Breves



