

O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto

THE PARTOGRAM AS AN INSTRUMENT TO ANALYZE CARE DURING LABOR AND DELIVERY

EL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA AL PARTO

Ivanilde Marques da Silva Rocha¹, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira², Camilla Alexandra Schneck³, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁴, Adriana de Souza Caroci da Costa⁵

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil recomendam o uso do partograma para acompanhamento do trabalho de parto. O objetivo do estudo foi analisar o uso de intervenções obstétricas, tipo de parto e resultados perinatais, segundo as zonas I, II e III do partograma. Estudo transversal realizado com 233 parturientes de baixo risco entre dezembro de 2004 e março de 2005 em uma maternidade pública de Itapeverica da Serra-SP. Foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer para análise comparativa, adotando-se o valor de $p=0,05$. As práticas utilizadas nas diferentes zonas do partograma com significância estatística ($p=0,05$) foram: banho, movimento e deambulação (zona-III); rotura artificial de membrana (zona-II); ocitocina (zona-I). A cesariana ocorreu em 24,0% das parturientes na zona-III. As intervenções ocorreram em momento oportuno, apontando que partograma pode ser um instrumento norteador para adoção de intervenções no trabalho de parto.

DESCRIPTORES

Parto.
Registros médicos.
Avaliação de resultado de intervenções terapêuticas.
Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Both the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health recommend using the partogram to follow labor. The objective of this study was to analyze the use of obstetrical interventions, the types of delivery, and perinatal outcomes according to zones I, II and III of the partogram. This cross-sectional study was performed with 233 low-risk pregnant women between December 2004 and March 2005 at a public maternity hospital located in the city of Itapeverica da Serra, in the state of São Paulo. Comparative analysis was performed using Chi-square and Fischer exact tests. The practices used in the different partogram zones with statistical significance of ($p = 0.05$) were: bath, movement and walking (zone-III); artificial rupture of the membranes (zone-II) and oxytocin (zone-I). Caesarean sections were performed on 24% of women in zone-III. The interventions occurred at a timely moment, indicating that the partogram is an instrument that can be used as a guide when adopting interventions during labor.

KEY WORDS

Parturition.
Medical records.
Evaluation of results of therapeutic interventions.
Obstetrical nursing.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de la Salud de Brasil recomiendan el uso del partograma para acompañamiento del trabajo de parto. El objetivo del estudio fue analizar el uso de intervenciones obstétricas, el tipo de parto y los resultados perinatales, según las zonas I, II y III del partograma. Estudio transversal realizado con 233 parturientas de bajo riesgo entre diciembre de 2004 y marzo de 2005 en una maternidad pública de Itapeverica da Serra-SP. Fueron utilizadas las pruebas Chi-cuadrado y Exacta de Fischer para análisis comparativo, adoptándose el valor de $p=0,05$. Las prácticas utilizadas en las diferentes zonas del partograma con significancia estadística ($p=0,05$) fueron: baño, movimiento y ambulacion (zona-III); rotura artificial de membrana (zona-II); y, ocitocina (zona-I). La cesariana ocurrió en 24,0% de las parturientes en la zona-III. Las intervenciones ocurrieron en momento oportuno, apuntando que el partograma puede ser un instrumento orientador para la adopción de intervenciones en el trabajo de parto.

DESCRIPTORES

Parto.
Historia clínica del paciente.
Evaluación de resultados de intervenciones terapêuticas.
Enfermería obstétrica.

¹ Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas. São Paulo, SP, Brasil. ivanilderocha@hotmail.com ² Enfermeira Obstetra. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ³ Enfermeira Obstetra. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas. São Paulo, SP, Brasil. Bolsista Capes. camilla_midwife@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira Obstetra. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas. São Paulo, SP, Brasil. riesco@usp.br ⁵ Enfermeira Obstetra. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas. São Paulo, SP, Brasil. acarocic@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência ao nascimento predominante nas últimas décadas caracteriza-se pelo uso rotineiro de práticas obstétricas que, muitas vezes, são iatrogênicas. A preocupação com a adequação da tecnologia na assistência é uma tendência que se contrapõe a esse modelo.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (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. Em publicação sobre evidências para a assistência ao parto em 1996, seu uso foi classificado como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada⁽¹⁾.

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⁽²⁻³⁾. 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 cardiofetais, a dinâmica uterina, os fármacos usados e outros fatores importantes que evitem anotações de descrições extensas.

Estudo realizado na África Central⁽³⁻⁴⁾ introduziu no partograma duas linhas, denominadas *linha de alerta* e *linha de ação*, que delimitam zonas distintas no partograma, denominadas zona I, à esquerda da linha de alerta, zona II, entre as linhas de alerta e ação, e zona III, quando ultrapassada a linha de ação. Estas linhas permitem identificar a evolução anormal do trabalho de parto e distinguir o parto eutócico do distócico. Seu uso foi introduzido pelos autores, para orientar as parteiras no atendimento dos partos domiciliares, no sentido de que reconhecessem, mediante a transposição da linha de alerta, possíveis complicações durante o trabalho de parto, em tempo hábil para o encaminhamento da parturiente ao hospital.

O traçado da linha de alerta foi padronizado para ser estabelecido no início da fase ativa. Após um intervalo de quatro horas, é traçada a linha de ação, paralelamente à primeira linha⁽³⁾. Quando o partograma é empregado em ambiente hospitalar, não é necessário intervir se a dilatação atinge ou cruza a linha de alerta; deve-se apenas observar mais atentamente a evolução do parto. A intervenção médica com intuito de melhorar a evolução do parto e corrigir possíveis distocias é necessária quando a curva da dilatação cervical atinge a linha de ação. No entanto, essa intervenção não significa, necessariamente, uma conduta cirúrgica⁽⁵⁾.

Assim, o uso do partograma com linhas de alerta e ação facilita o estabelecimento de condutas no trabalho de parto com evolução normal, bem como o diagnóstico de alte-

rações, identificando ou prevenindo possíveis distocias, o que torna a conduta intuitiva em algo preditivo⁽²⁾.

Diante deste contexto, buscou-se respostas às seguintes questões: Como as intervenções obstétricas são utilizadas em relação as linhas de alerta e ação do partograma? A zona do partograma onde ocorre o nascimento interfere no tipo de parto e nas condições do nascimento?

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o uso de intervenções obstétricas, o tipo de parto e os resultados perinatais, segundo as zonas I, II e III do partograma.

MÉTODO

Estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados, realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores, localizado no município de Itapeverica da Serra, Brasil. Trata-se de uma instituição municipal, que presta atendimento de emergência e assiste aos partos de baixo risco da população da cidade e dos municípios vizinhos de Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra.

A Maternidade é composta pelas unidades de CPN, Alojamento Conjunto e Centro Cirúrgico Obstétrico, onde são realizados os partos fórceps, cesarianas e curetagens. Reinaugurada em setembro de 2004, após um período de reforma de suas instalações, a instituição realizou 990 partos, até março de 2005; destes 86,1% foram partos normais, 13,2% de cesarianas e 0,7% fórceps.

A equipe que presta assistência à parturiente no CPN é constituída por dois médicos obstetras, uma enfermeira obstetra, um neonatologista e dois auxiliares de enfermagem, em cada plantão de 24 horas. Dentre outras atribuições, cabe à enfermeira obstetra: iniciar e finalizar o partograma, traçando as linhas de alerta e ação para as mulheres em fase ativa do trabalho de parto; realizar prescrições alternativas ou medicamentosas, conforme protocolo estabelecido; identificar as distocias por meio da interpretação do partograma; solicitar avaliação médica diante de alterações do quadro clínico materno ou fetal; e realizar o parto normal eutócico.

Para a coleta de dados foram utilizados os prontuários das mulheres atendidas no CPN de 15 de dezembro de 2004 a 15 de março de 2005. A definição desse período deu-se em função da recente implantação do uso do partograma no serviço, não sendo utilizados dados dos três primeiros meses após a reinauguração, pois neste período os profissionais estavam em fase de treinamento para utilizar o partograma e os protocolos do serviço.

No período do estudo ocorreram 499 partos. Destes, 233 (46,7%) mulheres atenderam aos critérios de inclusão: gestação única, feto vivo em apresentação cefálica; idade gestacional igual ou superior a 37 semanas; líquido amniótico claro no momento da internação; parto ocorrido no mínimo duas horas após a internação; linhas de alerta e ação traçadas no partograma; preenchimento correto do partograma conforme o modelo proposto pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁾ (Anexo).

As variáveis do estudo foram: *idade materna, paridade, dinâmica uterina, dilatação cervical* (em centímetros de 1 a 4 e 5 a 9), *estado das membranas* (íntegras ou rotas), *fase do trabalho de parto* (latente e ativa), *banho* (ocorrência ou não de 1, 2 ou 3 banhos durante o trabalho de parto), *deambulação* (realização ou não de 1, 2 ou 3 deambulações durante o trabalho de parto), *movimentos* (ocorrência ou não de 1, 2 ou 3 exercícios sobre a bola, abaixa/levanta, posição de cócoras e balanço pélvico), *zona do partograma* (I, II e III), *tipo de rotura* (artificial ou espontânea), *ocitocina, episiotomia, posição do parto* (semi-sentada ou lateral), *tipo de parto* (normal e cesariana), *indicações maternas e ou fetais de cesariana, reanimação* (ventilação artificial, massagem cardíaca e uso de fármacos), *boletim de Apgar* (avaliado nos primeiro e quinto minutos de vida, classificado de um a dez), *idade gestacional* (calculada em semanas completas pelo método de Capurro somático, logo após o nascimento) e *contato mãe-filho* (contato do recém-nascido com a mãe imediatamente após o parto).

Realizou-se análise descritiva dos dados, que são apresentados em forma de tabelas. Para analisar as variáveis qualitativas, foram usados os testes *Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fischer*. Foram considerados estatisticamente significantes os valores de *p* inferiores a 0,05. Os

Tabela 1 - Frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto segundo a zona do parto das mulheres - Itapeperica da Serra - 2004 a 2005

Intervenção	Zona de ocorrência do parto								p-valor*
	I		II		III		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Banho									
0	24	18,0	4	5,1	-	-	28	12,0	0,001
1	71	53,4	24	30,4	6	28,6	101	43,3	
>1	38	28,6	51	64,6	15	71,4	104	44,7	
Total	133	100	79	100	21	100	233	100	
Movimento									
0	18	13,6	3	3,8	3	14,3	24	10,3	0,001
1	28	21,0	14	17,7	-	-	42	18,0	
>1	87	65,4	62	78,5	18	85,2	167	71,7	
Total	133	100	79	100	21	100	233	100	
Deambulação									
0	19	14,3	9	11,5	-	-	28	12,0	0,009
1	50	37,6	19	24,4	3	14,3	72	31,0	
>1	64	48,1	50	64,1	18	85,7	132	57,0	
Total	133	100	78	100	21	100	233	100	

* Teste Qui-quadrado

processamentos foram realizados por meio do programa SPSS for Windows versão 10.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Seconci-SP e autorizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Itapeperica da Serra em 11 de novembro de 2004, conforme o livro de ata de reunião folha nº 5.

RESULTADOS

Observou-se que 57 (24,4%) mulheres tinham até 19 anos e 57,9% estavam abaixo de 25 anos, com idade variando de 14 a 40 anos e média de 24,1 anos (d.p.=5,8).

Em relação às condições clínico-obstétricas das mulheres na admissão, constatou-se que houve 92 (39,5%) nulíparas. Entre as 141 mulheres com história de partos anteriores, 22 (9,4%) tinham sido submetidas à cesariana. Na internação, 183 (78,5%) mulheres apresentaram dinâmica uterina; a maioria das mulheres (149 – 63,9%) foi internada na fase ativa do trabalho de parto e as demais 84 (36,1%), na fase latente. Quanto às condições das membranas ovulares, 161 (69,1%) mulheres tinham as membranas ovulares íntegras e 72 (30,9%), bolsa rota.

Quanto às intervenções realizadas, todas aquelas analisadas são apresentadas na Tabela 1, e mostraram associação estatisticamente significativa com a zona de ocorrência do parto ($p < 0,05$). Proporcionalmente, nos partos que ocorreram nas zonas II e III as intervenções de banhos, movimentos e deambulação foram utilizados com maior frequência. As mulheres com partos na zona III realizaram mais de uma vez o banho (71,4%), os movimentos (85,2%) e a deambulação (85,7%).

A análise comparativa entre as intervenções obstétricas e a zona em que o parto ocorreu demonstra que houve diferença estatisticamente significativa apenas no tipo de rotura ($p < 0,002$) e no uso de ocitocina ($p = 0,010$). A rotura artificial

das membranas foi feita em proporção maior entre as parturientes com parto ocorrido na zona II (62 - 92,3%) e na zona III (13 - 76,5%). A ocitocina foi utilizada em maior proporção entre as mulheres com parto na zona III (16 - 76,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência das intervenções obstétricas segundo a zona em que ocorreu o parto - Itapecerica da Serra - 2004 a 2005

Intervenção	Zona de ocorrência do parto						p-valor*
	I		II		III		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de rotura**							
Artificial	50	63,3	60	92,3	13	76,5	<0,002
Espontânea	29	36,7	5	7,7	4	23,5	
Total	79	100	65	100	17	100	
Ocitocina							
Não	72	54,1	48	60,8	5	23,8	0,010
Sim	61	45,9	31	39,2	16	76,2	
Total	133	100	79	100	21	100	
Episiotomia***							
Não	91	70,5	43	59,7	7	43,8	0,055
Sim	38	29,5	29	40,3	9	56,3	
Total	129	100	72	100	16	100	
Posição de parto***							
Lateral	45	34,9	22	30,6	9	56,2	0,150
Semi-sentada	84	65,1	50	69,4	7	43,8	
Total	129	100	72	100	16	100	

* Teste Qui-quadrado; ** Excluídas 72 mulheres internadas com bolsa rota; *** Excluídas 16 mulheres submetidas à cesariana.

Conforme os dados da Tabela 3, as diferenças encontradas entre o tipo de parto e a zona de sua ocorrência são

estatisticamente significantes ($p < 0,001$). A frequência de cesariana foi de apenas 3,0% na zona I e 24,0% na III.

Tabela 3 - Tipo de parto segundo a zona de sua ocorrência - Itapecerica da Serra - 2004 a 2005

Tipo de Parto	Zona de ocorrência do parto						p-valor*
	I		II		III		
	N	%	N	%	N	%	
Normal	129	97,0	72	91,0	16	76,0	<0,001
Cesariana	4	3,0	7	9,0	5	24,0	
Total	133	100	79	100	21	100	

* Teste Qui-quadrado - (N=233)

As Tabelas 4 e 5 mostram os dados relativos aos recém-nascidos (RN).

A maioria dos RN apresentou boa vitalidade ao nascer, com índice de Apgar maior ou igual a 7 no primeiro e quinto minutos de vida respectivamente (222 - 95,3% e 230 -

98,7%). nas três zonas do partograma. A análise comparativa entre as zonas do partograma não mostrou diferença estatisticamente significativa, tanto em relação ao índice de Apgar no primeiro minuto de vida como no quinto. Na zona III, vale ressaltar que não foram encontrados valores do índice de Apgar abaixo de 7 no primeiro e quinto minutos.

Tabela 4 - Índice de Apgar de primeiro e quinto minuto de vida dos recém-nascidos, segundo a zona em que ocorreu o parto - Itapeperica da Serra - 2004 a 2005

Índice de Apgar	Zona de ocorrência do parto						p-valor*
	I		II		III		
	N	%	N	%	N	%	
1º minuto							
<7	4	3,0	7	8,9	-	-	0,149
≥7	129	97,0	72	91,1	21	100	
Total	133	100	79	100	21	100	
5º minuto							
<7	1	0,8	2	2,5	-	-	0,667
≥7	132	99,2	77	97,5	21	100	
Total	133	100	79	100	21	100	

* Teste Exato de Fisher - (N=233)

Tabela 5 - Distribuição da reanimação do RN, segundo a zona em que ocorreu o parto - Itapeperica da Serra - 2004 a 2005

Reanimação	Zona de ocorrência do parto						p-valor*
	I		II		III		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	2	1,5	4	5,1	-	-	0,260
Não	131	98,5	75	94,9	21	100	
Total	133	100	79	100	21	100	

* Teste Exato de Fisher - (N=233)

Em relação à reanimação dos RN e as zonas de ocorrência do parto, não houve diferença estatisticamente significativa.

O contato precoce entre mãe e filho foi mais freqüente entre as parturientes que deram à luz na zona I (126 – 59,4%), comparativamente aos partos nas zonas II e III, apontando diferença estatisticamente significativa (p= 0,046).

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que na população do estudo predominam as mulheres jovens, quanto à paridade, as nulíparas. As condições clínico-obstétricas apresentadas pelas mulheres estudadas na internação permitem afirmar que, em sua maioria, foram admitidas em momento oportuno e propício para iniciar o registro do partograma, pois 63,9% encontravam-se na fase ativa. O critério utilizado para caracterizar a fase ativa foi dilatação do colo uterino maior que 4 centímetros e presença de dinâmica uterina⁽⁶⁾.

A dificuldade clínica para determinar o início do trabalho de parto e a fase ativa com precisão são fatores limitantes para comparação dos estudos sobre a utilização do partograma⁽⁷⁾.

O início do preenchimento do partograma deve ser feito próximo ao começo da fase ativa, pois segundo o manual *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à*

mulher, do Ministério da Saúde, a abertura do partograma na fase latente pode implicar em intervenções desnecessárias e iatrogênicas⁽⁵⁾. Nesse sentido, o critério para internar as mulheres para acompanhamento do trabalho de parto deve considerar o início da fase ativa do parto, desde que não existam outras condições maternas ou fetais que indiquem necessidade de controle mais precoce.

No entanto, a abertura do partograma poderá ser feita no momento da internação para o melhor acompanhamento da evolução do trabalho de parto, porém as linhas de alerta e de ação devem ser traçadas somente quando o início da fase da fase ativa é constatado.

O banho de chuveiro ou de imersão, a movimentação, incluindo a mudança de posição e a deambulação, além de outras intervenções, são considerados como métodos não farmacológicos que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, com o objetivo de reduzir a sensação dolorosa e, conseqüentemente, estimular o progresso do trabalho de parto⁽⁸⁻⁹⁾.

Os estudos que realizam monitoramento de práticas durante o trabalho de parto não trazem informações sobre a prevalência de uso do banho de chuveiro, movimentação e deambulação no trabalho de parto. Isto provavelmente deve-se ao fato de que estas práticas já estão incorporadas nos países onde o modelo assistencial preserva a fisiologia do parto e evita intervenções desnecessárias.

A mais recente revisão sobre as características da assistência em centros de parto em países desenvolvidos, realizada pelo National Epidemiology Perinatal Unit, (NPEU) no Reino Unido, não apresenta dados a respeito de tais práticas^(a).

No Brasil, constata-se que embora o modelo de assistência ao nascimento encontre-se em fase de transição, estas práticas ainda são focos de interesse de profissionais e pesquisadores, pois constituem recursos importantes à transformação da assistência pautada no modelo médico. Assim, além dos benefícios, estas práticas promovem a oportunidade de retirar a mulher da inércia do leito e estimulá-la a deambular, banhar-se ou movimentar-se e isto pode ser uma estratégia nos serviços que buscam a mudança das características da assistência.

A justificativa para que o movimento e a deambulação da parturiente atuem como estímulo ao trabalho de parto é que ambos favorecem a descompressão dos grandes vasos – aorta abdominal e veia cava inferior –, aumentando o fluxo sanguíneo uterino e promovendo contrações uterinas mais eficazes^(1,8).

Embora o uso de água aliada à temperatura no banho de aspersão não pareça ser o método mais eficiente para o alívio da dor em relação ao banho de imersão, este pode ser útil para o relaxamento da mulher e permitir adoção de posição diferente da restrita ao leito.

A mudança de posição da mulher também altera as relações entre a força da gravidade, as contrações uterinas e a pelve materna, e isto estimula a evolução do trabalho de parto e reduz a dor, embora não existam estudos suficientes que comprovem essa justificativa⁽⁸⁾.

Neste estudo, pode-se observar que a proporção de utilização das intervenções (banho, movimento e deambulação) aumentou, conforme o trabalho de parto avançava nas zonas II e III. Este resultado aponta que os profissionais utilizaram o partograma como um critério para indicar as condutas durante o parto. Merece comentar que a duração do banho de aspersão, na maior parte das mulheres que realizaram esse procedimento, foi maior que 30 minutos.

Na análise comparativa, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), quando essas três intervenções foram agrupadas conforme a frequência: nenhuma, uma e mais que uma. Assim, entre as mulheres que realizaram pelo menos um banho (53,4%), mais de uma série de movimentos (65,4%) e mais de um período de deambulação (48,1%) concentraram-se entre aquelas em que o parto ocorreu na zona I do partograma (Tabela 1).

Por outro lado, nota-se que quando os partos que ocorreram nas zonas II e III, as mulheres apresentaram maior frequência de repetições das práticas de banho, movimento e deambulação. Isto permite afirmar que estas práticas

foram utilizadas em número crescente, conforme o trabalho de parto foi ultrapassando a linha de alerta e aproximando-se ou cruzando a linha de ação, em convergência com a necessidade de se estimular o progresso do trabalho de parto ou proporcionar alívio da dor e conforto para a parturiente.

Outras medidas, também são utilizadas com frequência com a finalidade de evitar o retardo no progresso do trabalho de parto, como a amniotomia, a infusão de ocitocina ou a associação de ambas⁽¹⁾. Os achados dessa pesquisa, com 76,6% de casos em que foi realizada a rotura artificial das membranas mostraram que esta prevalência é próxima daquela encontrada em outro estudo⁽⁶⁾ no mesmo município, em que a amniotomia foi realizada em 74,6% das mulheres internadas no CPN. Em relação ao uso de ocitocina, os resultados foram bem diferentes, com uso em 76,2% das mulheres, contra 44,5%, no referido estudo.

São escassos os estudos publicados relacionando a amniotomia com o partograma. Um estudo realizado, nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾ mostrou que a rotura artificial de membrana na fase ativa aumentou de 3% para 18,8%, em 20 anos (1980-2000).

Observou-se que houve diferença estatística ($p < 0,001$) em relação à zona do partograma em que a rotura artificial das membranas ovulares foi realizada, com maiores proporções nas zonas II e III (Tabela 2). O fato de se utilizar esta prática nas zonas II e III indica a intenção dos profissionais de estimular o trabalho de parto antes que se aproximasse ou ultrapassasse a linha de ação.

Vale ressaltar que por se tratar de uma maternidade de baixo risco, a opção é pela prática da rotura artificial das membranas em tempo oportuno (entre sete e oito centímetros de dilatação), caso esta não ocorra espontaneamente. Assim, se for constatado líquido meconial, intensifica-se o controle da vitalidade fetal e existe tempo suficiente de preparar a equipe para recepção do RN e providenciar sua transferência, se necessário, visto que o serviço não dispõe de unidade de cuidados intensivos neonatais.

Um ensaio clínico⁽¹¹⁾ comparando os resultados maternos e perinatais com e sem o emprego do partograma, não encontrou diferenças em relação à cesariana, duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, amniotomia, anestesia peridural, boletim de Apgar e admissão em unidade de cuidados intensivos neonatal.

Em recente revisão sistemática⁽¹²⁾ da Biblioteca Cochrane que incluiu a análise de 6.187 mulheres não apontou diferenças estatísticas entre taxa de cesariana (RR=0,64 IC 95% 0,24-1,70); parto instrumental, (RR=1,00 IC 95% 0,85-1,17); boletim de Apgar menor que sete no quinto minuto (RR=0,77 IC 95% 0,29-2,06) com e sem o uso do partograma.

Estudo⁽¹³⁾ apontou que as intervenções amniotomia e ocitocina foram empregadas na metade dos partos que ultrapassaram a linha de alerta (zona II) e entre as parturientes em que não foi realizada nenhuma intervenção; por sua

^(a)Dados disponíveis em <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/> Acesso em: 11/01/2008.

vez, 44,0% delas ultrapassaram a linha de ação (zona III), comparativamente a 26,0% de parturientes em que tiveram a intervenção. Os autores concluíram apoiados nos resultados que o partograma é prático e eficaz, proporciona e direciona ao momento oportuno para a intervenção.

Nesta investigação, a proporção de ocitocina utilizada na zona I foi mais elevada do que a da zona II. A zona I é a área do partograma que deve apresentar menos intervenção, visto que nessa zona a evolução do trabalho de parto está dentro dos parâmetros fisiológicos. O emprego da ocitocina mostrou diferença estatística na análise comparativa entre as zonas do partograma ($p=0,010$). O uso de ocitocina foi maior entre as mulheres, cujo parto ocorreu nas zonas I e III (45,9% e 76,2%, respectivamente) (Tabela 2).

Neste estudo, a justificativa para o uso freqüente de ocitocina na zona I pode ser atribuída à implantação recente do CPN na instituição, pois médicos e enfermeiras obstetras ainda têm *arraigado* o modelo intervencionista na assistência ao nascimento, apesar da orientação do serviço de que as intervenções devem se basear nas necessidades da mulher.

Quanto à episiotomia, de modo geral, existe grande oscilação nas taxas mundiais, com menores taxas relacionadas aos partos realizados em ambiente extra-hospitalar e outros fatores apontando para estas variações, como: tipo do prestador de assistência; características do serviço; diferenças regionais; e, sobretudo, as políticas institucionais adotadas em relação ao seu uso seletivo ou liberal. A nuliparidade e a escassez de estudos que avaliam o emprego desnecessário desta intervenção constituem um fator determinante para manutenção de taxas elevadas de episiotomia⁽⁶⁾.

Os resultados do presente estudo apontam que a episiotomia foi realizada em 35% das parturientes. Vale ressaltar que a população estudada é de baixo risco. Em outros trabalhos, as taxas desse procedimento são: 43,5% entre nulíparas, no Brasil⁽¹⁴⁾; 15,7%, na Alemanha⁽¹⁵⁾; 3,8%, em partos domiciliares atendidos por parteiras, no Canadá⁽¹⁶⁾. Em contraposição, os dados das mulheres atendidas em ambiente intra-hospitalar indicam 54,8%, entre as alemãs⁽¹⁵⁾, e 57,0%, entre as americanas⁽¹⁷⁾.

Embora, a variável episiotomia não tenha apresentado diferença estatisticamente significativa entre as zonas onde o parto ocorreu, o valor de p ficou muito próximo do alfa de 0,05, assumido para este estudo. Assim, vale a pena destacar que, diferentemente da amniotomia e do uso de ocitocina, as menores proporções de episiotomia se encontraram na zona I (29,5%) e na zona II (40,3%).

Segundo a OMS⁽¹⁾, a episiotomia é um procedimento que não deve ser realizado de maneira rotineira. Não exis-

tem dados suficientes que apoiem os supostos benefícios do uso liberal da episiotomia. Os estudos controlados demonstram que o emprego restrito da episiotomia resulta em menor risco de traumatismo perineal posterior, menor necessidade de sutura, menos complicação pós-parto, como dor perineal, dispareunia ou incontinência urinária, além de não apresentar diferença de risco para traumatismo vaginal ou perineal grave.

Conforme esperado, a análise da variável tipo de parto e zona do partograma apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$), com as cesarianas em maior proporção na zona III (24,0%) e os partos normais na zona I (97,0%) (Tabela 3).

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por outro trabalho⁽⁴⁾ que apontou proporções elevadas de partos vaginais (89,7%) na zona I e de cesarianas na zona III (20,6%). Outro estudo conduzido na China⁽¹⁸⁾ obteve freqüência mais elevada (50,0%) de cesarianas do que o atual estudo para os partos que ultrapassaram a linha de ação.

Conforme recomendação do MS⁽⁵⁾, quando o registro gráfico é realizado em ambiente hospitalar não existe necessidade de intervir imediatamente após a linha de alerta ser cruzada, contudo exige-se maior observação da evolução clínica do trabalho de parto.

Em estudo observacional prospectivo⁽¹⁹⁾ realizado com 3.935 primigestas de baixo risco, em dez maternidades inglesas, observouse que nas instituições com protocolos escritos para o emprego do partograma houve menores taxas de cesariana por sofrimento fetal (OR=0,49; IC= 99%: 0,30-0,81).

Os resultados sobre as condições de vitalidade dos RN no primeiro e quinto minutos de vida indicaram que a maioria deles obteve índice de Apgar maior ou igual a sete nas três zonas do partograma, sem diferença estatisticamente significativa, com apenas um caso de cesariana por sofrimento fetal.

Os achados demonstram que foram seis os RN que necessitaram de reanimação; destes, dois nasceram na zona I e quatro na zona II do partograma (Tabela 5). Embora o cruzamento da reanimação do RN com o tipo de parto não conste dos Resultados, vale ressaltar que dos quatro neonatos reanimados na zona II, um nasceu de cesariana na primeira hora, com diagnóstico de sofrimento fetal agudo, e os demais nasceram na quarta hora – dois de parto normal e um de cesariana por período pélvico prolongado. Isso demonstra a importância da equipe estar mais atenta para a necessidade de intervir, quando a evolução clínica do parto aproxima-se ou ultrapassa a linha de ação⁽⁵⁾.

Os resultados sobre a necessidade de reanimação encontrados em estudo anteriormente referido⁽¹³⁾ demonstraram que 9,8% dos 100 casos que ultrapassaram a linha

Quanto à episiotomia, de modo geral, existe grande oscilação nas taxas mundiais, com menores taxas relacionadas aos partos realizados em ambiente extra-hospitalar.

de alerta, apresentaram risco relativo quatro vezes maior de reanimação neonatal (IC=95%: 2,3-7,1; $p<0,0001$) e risco cerca de cinco vezes maior de mortalidade perinatal (IC=95%: 1,8-15,6; $p<0,01$). Nos casos em que o parto ocorreu na zona II, houve quatro vezes mais reanimação do que no grupo da zona I (IC=95%: 2,1-7,6; $p<0,01$). No entanto, os RN que nasceram na zona III apresentaram risco relativo de quase nove vezes (IC=95%: 2,8-34,7; $p<0,001$) para a mortalidade fetal, quando comparados aos que permaneceram na zona I.

Não foram constatados casos de reanimação neonatal na zona III e não houve nenhum óbito neonatal entre a população deste estudo. Não houve diferença estatisticamente significativa na reanimação dos RN entre as zonas de ocorrência do parto, embora a aplicação de testes para a verificação das diferenças encontradas tenha validade restrita nesta pesquisa, pois foram observadas proporções muito baixas de resultados neonatais negativos.

Na maternidade em estudo, o contato precoce do RN com a mãe é adotado para os bebês com boa vitalidade. Os resultados demonstram que o contato pele a pele ocorreu em mais de 80% dos nascimentos. Na análise comparativa, verificou-se menor proporção do contato pele a pele entre os nascidos na zona III, porém com um p-valor ($p=0,046$) muito próximo do alfa adotado para o estudo.

Nas duas últimas décadas, o contato pele a pele tem sido estimulado para favorecer a interação mãe-filho com o objetivo de desenvolver os aspectos psicológicos da criança quanto ao desenvolvimento da identidade materna. Este contato inicial fornece proteção e amparo, promove o sentimento de ser acolhido e ajuda a desenvolver uma identidade de um indivíduo mais amoroso e menos violento.

Pode-se reafirmar que a utilização do partograma melhora a qualidade da assistência ao parto, pois permite identificar distocias e intervir de maneira lógica e eficaz⁽⁵⁾.

Conforme considerado na Introdução, o uso do partograma com linhas de alerta e ação facilita o estabelecimento de condutas frente ao trabalho de parto com evolução fisiológica, bem como o diagnóstico de alterações, identificando e prevenindo possíveis distocias, o que torna a conduta intuitiva em algo preciso^(1,5).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília; 1996.
2. Rudge MVC, De Luca LA, Peraçoli JC. Partograma: utilidade e importância. *Femina*. 1989;17(1):29-34.
3. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labor in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972;79(7):592-8.
4. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labor in primigravidae. II. The action line and treatment abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972;79(7):599-602.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

Com base nos resultados de recente revisão sistemática⁽¹²⁾ os autores afirmam que não podem recomendar o uso rotineiro do partograma. No entanto, destacam que esta evidência pode ser usada como base para a discussão entre prestadores do cuidado e as mulheres. Complementam, ainda, que são necessárias mais evidências para estabelecer a eficácia do uso do partograma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo contribuem para o conhecimento mais detalhado do uso do partograma, instrumento que, embora recomendado pela OMS, desde 1994, tem sido pouco utilizado nas maternidades e centros de parto normal intra e extra-hospitalares. Este estudo foi realizado em uma maternidade do município de Itapeceira da Serra, com implantação recente do Centro de Parto Normal. Em decorrência dessa alteração no modelo assistencial, um dos aspectos que chamou a atenção das pesquisadoras, foi perceber que os profissionais buscam modificar suas práticas, adequando-as ao modelo proposto. Assim, em algumas situações, foi constatado que os profissionais não tomaram a decisão de intervir, como demonstrado nos casos de prolongamento da fase ativa do trabalho de parto que, possivelmente, tenha ocorrido como consequência da não realização da amniotomia na zona II do partograma.

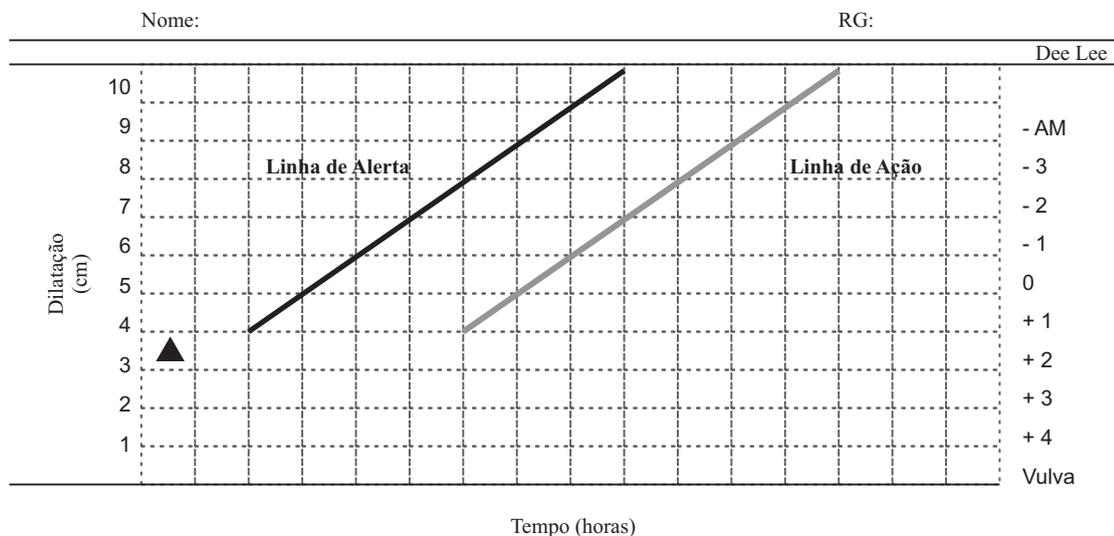
Em sentido inverso, houve intervenções desnecessárias pelo fato do profissional estar ainda *apegado* ao modelo intervencionista, em especial, no emprego indiscriminado da ocitocina na zona I do partograma. Isto se agrava porque a maioria dos médicos e enfermeiras obstetras que atua nesse modelo, também trabalha em outros serviços de maternidade, cujo modelo é totalmente diferente da proposta de assistência humanizada, o que torna difícil adequar as condutas para atender às necessidades individuais de cada mulher, mesmo tendo um instrumento que norteie o uso das intervenções.

Os resultados apresentados chamaram a atenção, pois grande parte das práticas realizadas ocorreu em momento oportuno, segundo as zonas do partograma delimitadas pelas linhas de alerta e ação, demonstrando que o partograma é, de fato, um instrumento norteador para adoção de intervenções no trabalho de parto.

6. Greenhil JP, Friedman EA. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976. Forças dinâmicas do trabalho de parto; p. 203-6.
7. Hofmeyer GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):103-11.
8. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. O segundo estágio do trabalho de parto; p. 156-61.
9. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
10. Kozac LJ, Weeks JD. U.S. Trends in obstetric procedures, 1990-2000. *Birth*. 2002;29(3):157-61.
11. Windrim R, Seaward PG, Hodnett E, Akoury H, Kingdom J, Saleniaks ME, et al. A randomized controlled trial of a bedside partogram in the active management of primiparous labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(1):27-34.
12. Lavender Tina, Hart Anna, Smyth Rebecca MD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD005461.
13. Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert on action lines on the partogram. *Lancet*. 1992;339(8805):1336-8.
14. Campos SV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1349-59.
15. David M, Schwarzenfeld HK, Diemer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;65(2):149-56.
16. Janssen PA, Lee KS, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson FD, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation midwifery in British Columbia. *CMAJ*. 2002;166(3):315-23.
17. Curtin SC. Recent Changes in birth attendant, place of birth, and the use of obstetric interventions, United States, 1989-1997. *J Nurse Midwifery*. 1999;44(4):349-74.
18. Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1986;65(6):573-5.
19. Alfirevic Z, Edwards G, Platt J. The impact of delivery suite guidelines on intrapartum care in "standart primigravida". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;115(1):28-31.

ANEXO

Modelo de partograma com linhas de alerta e de ação.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília; 2001.