

NOTA TÉCNICA INFORMATIVA – PARTOGRAMA

INTRODUÇÃO

A OMS define como nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A nova diretriz de assistência ao parto normal do ministério da saúde em 2022, traz evidências de que os desafios para a implementação do partograma concentram-se em sua aplicação de forma inadequada e na escassa oferta de recursos, dificultando sua realização de maneira correta.

A OMS (WHO, 2018) recomenda não usar o limite de 1 cm/hora e a linha de alerta para avaliar o progresso satisfatório da dilatação cervical. No entanto, sabe-se que o registro sistemático das informações em partograma ou documento similar assegura a monitoração da progressão do trabalho de parto, especialmente os padrões de dilatação cervical e de descida da apresentação. Portanto, parturientes que apresentam um progresso lento no trabalho de parto, merecem atenção cuidadosa para minimizar complicações e identificar se as necessidades físicas, psicológicas e emocionais estão sendo acolhidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Esta nota técnica tem por objetivo: promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto; reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos; difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal e recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

1. PARTOGRAMA

O partograma é um documento de registro gráfico para análise da evolução do parto. É indicado para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, documenta todo esse processo, auxilia no diagnóstico de possíveis alterações, indicando o momento certo para tomada de decisões e evita intervenções desnecessárias (VASCONCELOS, et.al, 2013; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

2. ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

O preenchimento do parto deve iniciar a partir do momento em que se admite a parturiente na fase ativa do trabalho de parto. Na literatura há divergências quanto ao início da fase ativa, algumas definem como sendo quando há dilatação cervical progressiva a partir de contrações regulares (BRASIL, 2016) e outras indicam esta fase

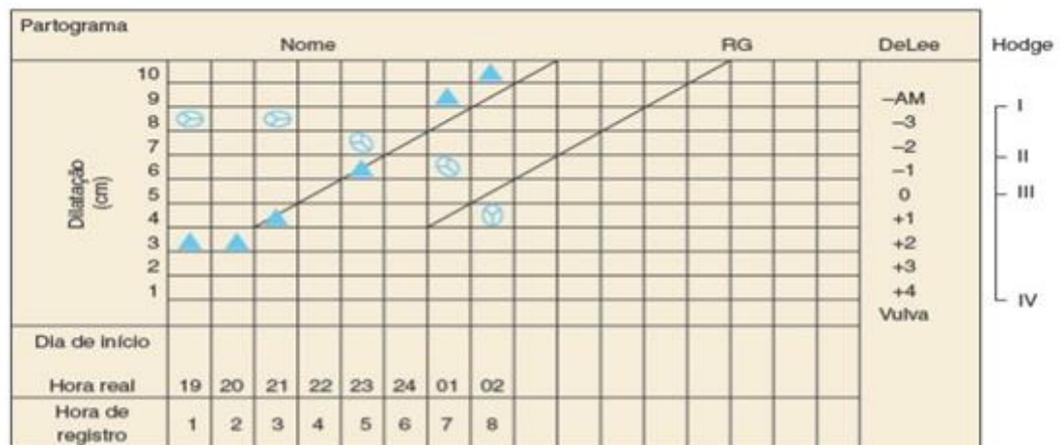
como sendo caracterizada por contrações uterinas dolorosas e regulares, grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e multíparas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O partograma compreende quatro partes de preenchimento, de acordo com a avaliação da gestante.

2.1 Identificação

A primeira parte do preenchimento inicia-se pela identificação da gestante, em que se deve preencher o nome completo, o prontuário, identificado pelo número do cartão SUS, horário de abertura do partograma, histórico obstétrico, contendo o número de gestações, aborto e paridade, seguido da hora da ruptura de bolsas, se houver.

2.2 Dilatação

Neste modelo de partograma, o próximo tópico de preenchimento é referente ao processo de acompanhamento da fase de dilatação e altura fetal, que são informações que devem ser registradas após a avaliação pelo toque vaginal.



Fonte: partograma. Ministério da Saúde (2001).

A figura acima mostra um exemplo ao modelo de registro durante o processo de dilatação.

Em diretriz recente divulgada pelo Ministério da Saúde (2022) foram apontados estudos sobre a diferença de tempo na fase ativa do trabalho de parto entre nulíparas e multíparas.

A duração média em nulíparas quando usado 4 cm de dilatação como referência, foi de 3,7 a 5,9 horas e, quando usado 5 cm como referência, a duração mediana foi de 3,8 a 4,3 horas. Em multíparas, a fase ativa para mulheres com paridade de 1 ou mais, com início definido com 4 cm variou de 2,2 a 4,7 horas e com pontos de referência para fase ativa a partir de 5 cm, e relatou durações medianas de 3,4 e 3,1 horas.

Nulíparas e multíparas parecem progredir em um ritmo semelhante durante a fase latente do primeiro período do parto; no entanto, após 5 cm, o trabalho de parto acelera mais rapidamente em multíparas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Observou-se que a administração de anestesia epidural prolonga a duração da fase latente e ativa do trabalho

de parto em nulíparas/multíparas, fato que deve ser considerado ao utilizar analgesia do parto junto à aplicação do partograma.

Orientações devem ser ofertadas para as parturientes sobre a duração padrão da fase latente e da fase ativa do trabalho de parto, tornando claro que pode haver variações para cada mulher, além de mantê-las informadas que a fase ativa (5 cm) até a dilatação total, pode estender-se além de 12 horas nas nulíparas e 10 horas nas múltiparas (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

A decisão de intervir, quando o primeiro período parece prolongado, não deve ser tomada com base apenas na sua duração. Os profissionais de saúde devem aconselhar as mulheres grávidas saudáveis de risco habitual que a duração do trabalho de parto é altamente variável e depende do seu processo fisiológico individual, bem como das características de cada gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Para o registro das informações o triângulo refere-se à dilatação da gestante, já o círculo acompanha a descida do feto, juntamente com sua variedade de posição e conforme o Plano de Delee. Além disso toda avaliação do partograma acompanha duas linhas, a de alerta e ação, com intervalo de 4 horas entre as duas linhas, considerando que a parturiente geralmente apresenta no mínimo dilatação de 1cm/hora.

Para a fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual tem sido recomendado o exame digital vaginal em intervalos de duas a quatro horas a depender do grau de cervicodilatação (FEBRASGO,2021), a menos que haja alguma preocupação com o progresso do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Sendo assim todo toque vaginal realizado deve ser registrado no partograma, avaliando-se a dilatação cervical, a altura da apresentação e variedade de posição do feto.

2.3 Verificação de Pressão Arterial e Pulso

O próximo registro do partograma refere-se à avaliação e verificação da PA e pulso, tendo o cuidado para não aferir durante as contrações vigentes, sendo de 4 em 4 horas e de 1 em 1 hora, respectivamente (FEBRASGO,2021).

2.4 Frequência Cardíaca Fetal

Para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto o próximo tópico de preenchimento é os batimentos cardíacos fetais (BCF), a serem registrados através da avaliação e verificação utilizando o sonar doppler ou estetoscópio de Pinard. No primeiro período do trabalho de parto a avaliação da frequência cardíaca fetal deve ser intermitente a cada 30 minutos (antes, durante e até 30 segundos após contração), (FEBRASGO,2021).

Observar os seguintes itens:

- a. Auscultar durante e após uma contração, ao menos durante 30 segundos, registrando um único valor;
- b. Registrar acelerações e desacelerações;
- c. Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário

2.5 Contrações

Em seguida vem a avaliação da dinâmica uterina, que segundo o Ministério da Saúde, preconiza a sua avaliação durante 10 minutos de 1 em 1 hora.

A cada avaliação preenche-se o quadrado conforme a avaliação das contrações, se contração forte, todo o quadrado deve ser preenchido. Em caso de contrações moderadas, apenas metade do quadrado deverá ser preenchido na diagonal e se contrações leves, anota-se um “x” no quadrado, conforme o modelo a seguir:



Fonte: FIOCRUZ, 2018.

2.6. Demais registros

Os demais registros referem-se à avaliação das condições da bolsa amniótica, líquido amniótico, administração de ocitocina ou medicamentos e fluidos e o nome do profissional responsável pela avaliação.

Em relação a bolsa amniótica, o registro seguirá por siglas:

ü Bolsa Íntegra – (I);

ü Bolsa Rota – (R);

ü Amniotomia – (A);

Em relação à avaliação do líquido amniótico:

ü Líquido Amniótico Claro – (LC);

ü Líquido Amniótico Meconial – (LM);

ü Líquido Amniótico Sanguinolento – (LS);

ü Líquido Amniótico Claro com Grumos – (LCCG)

ü Líquido Amniótico Claro sem Grumos – (LCSG)

No campo abaixo, o registro será realizado de acordo com a necessidade de intervenções como a administração de ocitocina, neste caso descrever quantas ampolas foram administradas. Em seguida em relação aos medicamentos e fluidos aplicados, como soro fisiológico (SF 0,9%), soro glicosado (SG 5%), etc. E por último registra-se o examinador que executou a avaliação na parturiente.

Além disso, é importante acompanhar de perto a frequência da diurese e fornecer orientações às parturientes de risco habitual que não estão utilizando analgesia, enfatizando sua autonomia para movimentação e a adoção da posição verticalizada durante o parto. Para aquelas que, mesmo sendo de risco habitual, optaram por utilizar

analgésia, é fundamental estimular posições que proporcionam maior conforto respeitando suas preferências.

Sendo assim, todo partograma executado e registrado de forma correta, traz benefícios e segurança à parturiente, além de assegurar uma qualidade e humanização da assistência, servindo como indicador de qualidade e reduzindo as possíveis complicações do parto (VASCONCELOS, et.al, 2013).

Deve-se considerar que a avaliação clínica do TP é essencialmente um processo constante de análise da probabilidade de um parto vaginal seguro. Gráficos são excelentes ferramentas para esse propósito, porém nunca devem ser usadas isoladamente, uma vez que o TP é um processo dinâmico no qual muitos fatores maternos, fetais, relacionados ao local, equipe e forma de assistência contribuem para um resultado obstétrico de sucesso (FEBRASGO, 2017).

ELABORADO E REVISADO:

Denise Nocrato Esmeraldo-Coordenadora do Núcleo Materno Infantil do Hospital de Base Drº Ary Pinheiro.

Ivanice Fernandes Barcellos Gemelli –Médica Obstetra e Ginecologista.

Lyenne Aparecida Jorge dos Santos- Enfermeira Obstetra – Vice- Coordenadora da Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica – Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU RO).

Patrícia Oliveira da Silva Queiroz-Enfermeira – Área Técnica Estadual da Saúde da Mulher.

Wanessa Carvalho Prado Ida- Enfermeira Obstetra- Coordenadora da Coordenadoria de Atenção Materno Infantil de Rondônia.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF, mar 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher**, da Criança e do Adolescente. Postagens: Aplicação prática do Partograma. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/aplicacao-pratica-do-partograma/>.

FIGUEIREDO, E.T, AGUIAR, P.M.A, NETO, R.H.C, PAIVA, J.P, FEITOSA, F.E.L. Protocolo Clínico Partograma. **MEAC. UFCE. EBSERH**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso->

[a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-022-v3-partograma.pdf/view.](https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/148)

FEBRASGO. Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual. São Paulo, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

FEBRASGO. Será que chegou o momento de abandonarmos os conceitos de Friedman sobre trabalho de parto? 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/148>.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.F. Obstetrícia Fundamental, 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VASCONCELOS, Karen Leverger et al. Partogram: security tool in obstetric assistance. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 619-624, dez. 2012. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13685/16587>