


Análise de partogramas preenchidos pela enfermagem obstétrica de uma Casa de Parto

Analysis of partograms filled by obstetrical nursing staff of a birth center

Elora Dana Conceição dos Santos¹ 

Amanda Fedevjcyk de Vico² 

Hygor Alessandro Firme Elias³ 

¹Enfermeira. Pós-graduanda da Residência de Enfermagem em Obstetria da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Enfermeira Obstetra. Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeiro Obstetra. Mestrando em Enfermagem pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Tutor e preceptor do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Elora Dana Conceição dos Santos.
E-mail: eloradana_30@hotmail.com

Recebido em 15/03/2022

Aprovado em 16/05/2022

RESUMO

Introdução: o partograma é um instrumento de representação gráfica utilizado na avaliação da progressão do trabalho de parto.

Objetivo: analisar o preenchimento do partograma eletrônico realizado pelos enfermeiros obstetras e residentes em obstetria de uma Casa de Parto do Distrito Federal.

Método: estudo transversal descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. As informações para análise foram obtidas através dos prontuários eletrônicos de parturientes que deram entrada em trabalho de parto ativo.

Resultados: dos 278 partogramas analisados, 94,96% apresentaram erros de preenchimento. Apenas 5,04% foram preenchidos completamente, sem erro.

Discussão: os principais erros de preenchimento foram formados pela falta de entendimento dos parâmetros. O instrumento mostrou-se adequado para a monitorização do trabalho de parto, quando bem utilizado.

Considerações Finais: foi possível evidenciar falhas de seguimento dos parâmetros no preenchimento e continuidade do partograma. A realização de treinamentos e atividades de educação continuada poderá tornar a prática mais segura na assistência ao parto.

Palavras-chave: Obstetria; Trabalho de Parto; Parto; Monitoramento; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: the partograph is a graphic representation instrument used in assessing the progression of labor.

Objective: analyze the completion of the electronic partogram carried by the nurses, obstetricians and residents in obstetrics in a Birth Center in the Federal District.

Method: descriptive and exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. The information for analysis was obtained through the electronic medical records of parturients who were admitted to the in active labor.

Results: of the 278 analyzed partograms, 94.96% presented filling errors. Only 5.04% were filled completely, without errors.

Discussion: the main filling errors were formed from the lack of the understanding of the parameters. The instrument has proven to be adequate for labor monitoring, when used well.

Final Considerations: was possible evidence of follow-up failures of the parameters in filling and continuity of the partogram. The realization of trainings and continuing education activities can make the practice safer in childbirth care.

Keywords: Obstetrics; Labor obstetric; Parturition; Monitoring; Obstetric Nursing.

INTRODUÇÃO

O partograma é um instrumento de representação gráfica utilizado na avaliação da progressão do trabalho de parto. É indicado para acompanhar a evolução, documentar e diagnosticar o trabalho de parto; além disso, auxilia na tomada de decisões e condutas apropriadas e evita as intervenções desnecessárias, como a cesariana de rotina¹. Foi descrito pela primeira vez por Emanuel Friedman², que acompanhou a evolução do trabalho de parto e observou uma relação entre tempo de evolução e a dilatação cervical, e a partir desta observação criou a ferramenta².

A abertura do partograma deve ser iniciada durante a fase ativa do trabalho de parto, que é caracterizada por contrações uterinas efetivas e regulares durante 10 minutos e dilatação cervical de no mínimo 4 centímetros³.

O gráfico é composto por duas linhas paralelas, a primeira denominada linha de alerta, e a segunda, linha de ação, traçada 4 horas à direita da linha de alerta. Os itens de avaliação são a dilatação cervical, a descida da apresentação fetal (segundo plano

DeLee), a duração e intensidade das contrações em 10 minutos, o batimento cardíaco fetal, a condição da bolsa das águas e aspecto do líquido amniótico, uso de ocitocina, analgesia, administração de fluidos e pressão arterial, o que tornam o partograma completo e de grande importância avaliativa⁴.

Atualmente, existe a possibilidade de realizar o preenchimento do partograma de duas formas: em papel e em meio eletrônico. Em papel, o registro está na forma impressa e o preenchimento se dá de forma manuscrita, sendo um sistema de armazenamento de informação clínica de diversas origens. Tem como vantagens a facilidade na introdução de dados, visualização do gráfico e melhor manuseio físico. Tem como desvantagens o difícil acesso aos dados após arquivamento do prontuário da parturiente; a necessidade de espaço físico para armazenamento; perdas; ilegibilidade; ambiguidade, como abreviaturas; difícil entendimento da caligrafia e padrões de preenchimento diferentes⁵.

O modelo virtual ainda tem como vantagens a facilidade na leitura, organização, flexibilidade e adaptação, além da introdução dos dados ser facilitada e em formato padronizado para melhor interpretação. Por outro lado, exige um sistema eletrônico; internet; energia elétrica; treinamento; atualização e tempo de adaptação, que conferem barreiras no uso do sistema⁵.

Para abertura do partograma eletrônico é necessário seguir algumas instruções. Na primeira avaliação (abertura) será subtraído o valor avaliado (VA), que corresponde à dilatação, por valores numéricos que vão formar o traçado das linhas de alerta e de ação, sendo a fórmula: $VA - 1 = X$ (curva de alerta) e $VA - 5 = Y$ (curva de ação).

Na segunda avaliação (1 hora após a primeira), soma-se o valor avaliado pelas curvas, cuja fórmula é: $X + 1 = Z$ (curva de alerta) e $Y + 1 = W$ (curva de ação). Sempre que os intervalos forem de uma hora, serão somados 1 centímetro da avaliação anterior. Para avaliações realizadas com intervalos maiores somam-se às curvas pelo número de horas passadas entre a avaliação anterior e a atual. Nos casos em que o toque vaginal não for realizado, o local da dilatação e da descida fetal devem ser deixados em branco e as curvas devem ser somadas e preenchidas normalmente.

Este método de avaliação se tornou obrigatório pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994 e é recomendado pelo Ministério da Saúde, porém estudos mostram que a utilização do parto-

grama, tanto por médicos, quanto por enfermeiros obstetras é escassa²⁻⁶⁻⁷.

O partograma está inserido no documento de condutas assistenciais ao trabalho de parto lançado pela OMS e se encaixa na categoria A de práticas que se mostraram úteis e devem ser estimuladas, pois sua aplicação visa reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. O seu uso não deve se limitar apenas ao ato de documentar, mas também de entender os processos que o cercam para a tomada de decisão no momento oportuno, como a identificação de uma distocia⁸.

Esta ferramenta é de grande importância na comunicação da equipe multiprofissional, promovendo um olhar interdisciplinar à evolução de cada parturiente, evitando atitudes precipitadas pelos membros da equipe. É um instrumento de baixo custo que demanda enfoque, estratégia, conhecimento e motivação dos profissionais que o utilizam⁷.

Segundo a resolução do COFEN nº 0477/2015, cabe ao enfermeiro obstetra, dentre outras atribuições, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, a assistência ao parto normal sem distocias e a identificação de distocias obstétricas e tomadas de providências necessárias, como a transferência de parturientes para locais especializados, favorecendo atendimento rápido e satisfatório⁹.

Diante do contexto, observa-se a importância do preenchimento correto, completo e a aplicação do partograma na promoção da assistência obstétrica de forma adequada e segura, além do respaldo legal ao profissional que ele confere.

Após leitura e reflexão do tema em questão, foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras: Como se dá o preenchimento dos partogramas em formato eletrônico que são utilizados na avaliação da evolução do processo de parturição em uma Casa de Parto? Quais os principais erros encontrados no preenchimento do instrumento?

O estudo teve como objetivos analisar o preenchimento dos partogramas eletrônicos realizados pelos enfermeiros obstetras e residentes em obstetrícia de uma Casa de Parto do Distrito Federal como instrumento avaliativo da evolução do trabalho de parto, verificar o seguimento dos parâmetros eletrônicos numéricos necessários ao preenchimento correto dos partogramas, identificar e listar os principais erros e falhas de preenchimento deles.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, com o intuito de analisar o preenchimento dos partogramas utilizados como instrumento na avaliação da evolução do trabalho de parto pela enfermagem obstétrica. Foi realizado em uma Casa de Parto Normal (CPN), que é um estabelecimento de saúde pública de referência em boas práticas obstétricas e neonatais e que atende gestantes de baixo risco gestacional na Região Leste de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

A pesquisa exploratória tem por objetivo promover a familiaridade com o tema a ser abordado e facilita na determinação de métodos e técnicas. Já a descritiva visa caracterizar os fenômenos de certa realidade, estabelecendo relações entre as variáveis. O estudo descritivo exploratório visa observar, classificar e descrever os fenômenos¹⁰.

A abordagem quantitativa permite um resultado de pesquisa objetivo e quantificado por meio de dados numéricos, tendo maior enfoque na interpretação do objeto e na proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados. A amostra é baseada na representação de dados populacionais. A análise dos dados é feita por meio de instrumentos padronizados e utiliza a linguagem matemática na descrição dos fenômenos¹⁰.

O objeto de investigação foi o partograma e as informações para análise foram obtidas nos prontuários eletrônicos de parturientes que deram entrada na CPN em trabalho de parto ativo no período de janeiro a dezembro de 2020. Os dados foram extraídos do *Trakcare*, que é um sistema de registro eletrônico unificado de informações de saúde, utilizado na SES-DF.

Os critérios de inclusão foram gestantes admitidas com dilatação cervical igual ou maior que 4 centímetros cujos partogramas eletrônicos foram devidamente iniciados no sistema *Trakcare*. Foram excluídos os casos em que as parturientes deram entrada na unidade em período expulsivo e não tiveram o partograma aberto, mulheres que foram admitidas como puérperas, pois tiveram o parto em outro local e outras internações de parturientes em trabalho de parto que não tiveram o partograma aberto. Também foram excluídos os partogramas que foram abertos, no entanto, apresentaram divergências em relação às evoluções do prontuário.

A coleta de dados se deu por meio das seguintes etapas estruturadas: quantificação de pacientes que deram entrada na unidade em trabalho de parto a cada mês; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados do prontuário eletrônico das pacientes; e análise do preenchimento dos itens contidos no partograma. Os dados contidos nas evoluções do prontuário foram comparados com aqueles preenchidos no partograma, sendo as variáveis avaliadas: dilatação cervical, altura da apresentação segundo plano de DeLee, curva de alerta, curva de ação, batimentos cardíacos fetais (BCF), contrações em 10 minutos, rotura da bolsa (íntegra, rota, rotura acidental durante avaliação, amniotomia), aspecto do líquido amniótico (claro ou meconial), uso de ocitocina e horário dos registros.

Foram analisados 461 prontuários. O tamanho da amostra foi determinado de acordo com a quantidade de pacientes que foram internadas no estabelecimento, em cada mês, de acordo com o período proposto. Destes, 183 foram excluídos, restando 278 partogramas para análise. Os dados foram avaliados a partir da aplicação da estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), com CAAE de número 48745521.0.0000.5553.

RESULTADOS

Dos 183 prontuários excluídos, a maioria das parturientes deu entrada em período expulsivo (n=66) ou tiveram rápida evolução do trabalho de parto (n=44). Alguns partogramas não foram abertos sem que fossem encontrados motivos específicos (n=29). Outros porque as mulheres tiveram os partos em outra unidade (n=09), em domicílio (n=08) ou em trânsito (n=08) e por proble-

mas tecnológicos como o sistema *Trackcare* estar fora do ar impossibilitaram a abertura do partograma (n=08). Também foram excluídos os prontuários de gestantes que foram admitidas com dilatação cervical menor que 4 centímetros (n=07) e partogramas que foram abertos, mas não condizem com as evoluções registradas no prontuário (n=04). Restaram 278 (60,30%) partogramas.

As tabelas e figuras elaboradas detalham a distribuição dos 278 partogramas analisados. A partir da análise das evoluções dos prontuários e avaliação da respectiva correspondência nos partogramas, foram destacados os principais problemas encontrados no preenchimento desta importante ferramenta de evolução do trabalho de parto.

Na Tabela 1, foi realizada uma análise geral dos partogramas em relação ao preenchimento contínuo, e nas demais tabelas foram avaliados de forma específica, de acordo com cada elemento contido no formato eletrônico e conforme a evolução do trabalho de parto.

Os partogramas foram classificados em relação à continuidade do preenchimento. Aqueles categorizados como completos foram preenchidos no momento da admissão e continuados durante todo o trabalho de parto, com avaliações de hora em hora, mesmo que tivessem erros de preenchimento das variáveis. Nessa categoria foi observado que apenas 5,04% (14) foram preenchidos completamente sem apresentar qualquer tipo de erro. Outros 4,32% (12), apesar de completos, tinham erros de preenchimento. Contudo, os que foram categorizados como incompletos representaram 90,65% (252) dos partogramas com algum tipo de erro no preenchimento, sendo que praticamente um terço destes 32,14% (81) foram abertos no momento da admissão e não tiveram continuidade (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos partogramas de acordo com as características observadas em relação à continuidade do preenchimento. Brasília/DF – Brasil, 2020.

| Categoria | Variáveis | Nº | % |
|--------------|----------------------------|------------|------------|
| Completos | Sem erros de preenchimento | 14 | 5,04 |
| | Com erros de preenchimento | 12 | 4,32 |
| | TOTAL | 26 | 9,35 |
| Incompletos | – | 252 | 90,65 |
| TOTAL | – | 278 | 100 |

Com base na descrição das evoluções de enfermagem, foi visto que dentre os 278 partogramas analisados, 10,07% (28) decorreram de parturientes que foram transferidas para a unidade de referência hospitalar devido às distocias do trabalho de parto, encontradas através do uso do partograma, como, por exemplo, parada secundária da dilatação ou da descida fetal.

A Tabela 2 quantifica o preenchimento das variáveis que fazem parte da estrutura do partograma. Os itens preenchidos na quase totalidade dos partogramas foram os batimentos cardíacos fetais com 99,64% (277) e a dilatação com 99,28% (276). Por outro lado, os itens com maior falha de preenchimento foram as curvas de alerta e de ação

com 20,86% (58), a rotura da bolsa com 15,47% (43), o aspecto do líquido com 8,63% (24) e as contrações com 5,04% (14). Não foram avaliados o preenchimento do horário da avaliação e a identificação do avaliador, pois no sistema eletrônico esses dados são inseridos de forma automática.

Na Tabela 3 estão descritos os erros provenientes das curvas das linhas de alerta e de ação, que não condizem com os parâmetros de preenchimento do partograma eletrônico, em que se faz necessário subtrair o valor da dilatação pelo número de cada linha no momento da abertura para que sejam criadas, e posteriormente, somam-se as linhas (individualmente) com o número de horas passadas entre uma avaliação e outra, para que se tenha

Tabela 2**Distribuição das variáveis contidas no partograma de acordo com o preenchimento. Brasília/DF – Brasil, 2020.**

| Itens | Sim | % | Não | % |
|-----------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| Dilatação | 276 | 99,28 | 02 | 0,72 |
| Plano de De Lee | 270 | 97,12 | 08 | 2,88 |
| Curva de alerta | 220 | 79,14 | 58 | 20,86 |
| Curva de ação | 220 | 79,14 | 58 | 20,86 |
| Batimentos cardíacos fetais (BCF) | 277 | 99,64 | 01 | 0,36 |
| Contrações | 264 | 94,96 | 14 | 5,04 |
| Rotura da bolsa | 235 | 84,53 | 43 | 15,47 |
| Aspecto do líquido | 254 | 91,37 | 24 | 8,63 |
| Ocitocina | 275 | 98,92 | 03 | 1,08 |

Tabela 3**Erros encontrados nas curvas que não refletem os parâmetros de preenchimento do partograma eletrônico. Brasília/DF – Brasil, 2020.**

| Erros | Variáveis | Nº | % |
|---------------------------------|--------------------------------|------------|--------------|
| Curvas com somas incorretas | Somente linha de alerta | 03 | 1,08 |
| | Somente linha de ação | 11 | 3,96 |
| | Ambas as linhas | 59 | 21,22 |
| | TOTAL | 73 | 26,26 |
| Preenchimento sem as curvas | Com avaliação de toque vaginal | 06 | 2,16 |
| | Sem avaliação de toque vaginal | 52 | 18,71 |
| | TOTAL | 58 | 20,86 |
| Curvas somadas no mesmo horário | – | 10 | 3,60 |
| TOTAL | – | 141 | 50,72 |

continuidade das curvas. O erro mais frequente está na soma dos intervalos de avaliação de ambas as linhas, com 21,22% (59) de erros, sendo, a maioria associada à falta de preenchimento do partograma de hora em hora.

É frequente a descontinuidade das curvas de alerta e de ação em avaliações em que o toque vaginal não foi realizado, com um total de 18,71% (52) de erro; também ocorreram 3,60% (10) de falhas de curvas somadas em avaliações que foram preenchidas dentro do mesmo horário. Totaliza-se 50,72% (141) de erros relacionados ao preenchimento das curvas.

Outros dados avaliados que também configuraram erros de preenchimento estão descritos na Tabela 4, sendo que a ausência de registros até o período expulsivo (momento em que a parturiente completa 10 centímetros de dilatação) constitui o maior erro de preenchimento encontrado no estudo, com 80,94% (225).

A categoria dos partogramas que não foram abertos com a dilatação de admissão somam 8,99% (25), sendo observado que em 88,00% (22) dos

casos, a dilatação original era de 4 centímetros, seguida de 8,00% (02) com 5 centímetros e 4,00% (01) com 6 centímetros. Outros dois destaques de erros foram a falta de preenchimento de hora em hora, com 23,74% (66) e a avaliação da dilatação sem a inclusão do plano De Lee (altura da apresentação), com 2,88% (08). O erro de preenchimento dos parâmetros rotura da bolsa e aspecto do líquido amniótico totalizam 5,40% (15).

Na Figura 1 estão representados os erros de preenchimento do partograma mais encontrados no estudo. Dos 278 partogramas analisados, 94,96% (264) possuem algum tipo de erro no preenchimento.

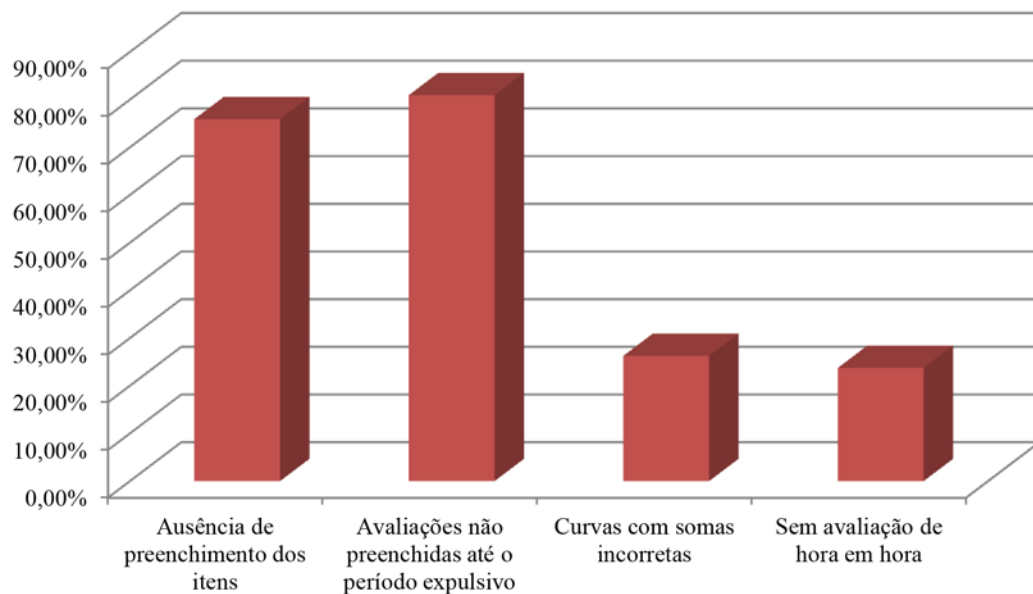
DISCUSSÃO

No que concerne o presente estudo, evidenciou-se que dos 278 partogramas analisados, em 90,65% (252) dos casos, o instrumento estava incompleto, sendo que, destes, 32,14% (81) só tiveram uma avaliação, provenientes da admissão. Apenas 5,04% (14) foram completamente preenchidos durante todo o trabalho de parto, sem nenhum erro.

Tabela 4

Erros encontrados em outros parâmetros do partograma. Brasília/DF – Brasil, 2020.

| Erros | Variáveis | Nº | % |
|--|-----------------------------|-----------|--------------|
| Trabalho de parto não preenchido até o período expulsivo | – | 225 | 80,94 |
| Partograma não foi aberto com a dilatação da admissão | – | 25 | 8,99 |
| Avaliação da dilatação sem o De Lee | – | 08 | 2,88 |
| Sem preenchimento de hora em hora | – | 66 | 23,74 |
| Erro de preenchimento de parâmetros | Rotura da bolsa | 09 | 3,24 |
| | Aspecto do líquido | 06 | 2,16 |
| TOTAL | | 15 | 5,40 |
| Falta de preenchimento de outros parâmetros | BCF | 01 | 0,36 |
| | Contrações | 14 | 5,04 |
| | Rotura da bolsa | 43 | 15,47 |
| | Aspecto do líquido | 24 | 8,63 |
| | Ocitocina, quando realizada | 03 | 1,08 |
| | Dilatação | 02 | 0,72 |
| | TOTAL | 87 | 31,29 |

Figura 1**Erros mais encontrados no estudo.**

Corroborando com os dados apresentados anteriormente, um estudo realizado em um hospital escola de Pernambuco evidenciou que somente em 40,6% dos prontuários o partograma havia sido aberto, e que destes, 59,2% tiveram apenas um registro de evolução. Além disso, a utilização foi inferior a 45% dos partos assistidos, o que demonstrou falha no preenchimento e no acompanhamento da evolução do trabalho de parto¹¹.

Em outro estudo realizado em uma maternidade pública do Maranhão, com 345 prontuários, apesar do partograma estar presente em 94,5% (326), o que demonstrou o incentivo ao seu uso, ainda houve falhas na utilização do instrumento, sendo observado que 78,8% (93) dos registros estavam incompletos e 55,1% (65) tinham avaliações incorretas. Uma das causas citadas para justificar o desuso foi a sobrecarga do setor¹².

Observou-se no estudo, que algumas parturientes foram transferidas (10,07%) devido às distocias encontradas na evolução do trabalho de parto, de acordo com os parâmetros encontrados no partograma. Na CPN a equipe é composta exclusivamente por enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem. Além disso, é campo de ensino para a formação de enfermeiros residentes em obstetria. Possui como retaguarda assistencial o Hospital da Região Leste (HRL), para casos em

que seja necessária a transferência da mulher e/ou recém-nascido.

De acordo com o Protocolo da Enfermagem Obstétrica do Distrito Federal, o uso de ocitocina pelos enfermeiros obstetras é considerado no período expulsivo com falha na dinâmica das contrações uterinas, desde que a vitalidade materna e fetal estejam preservadas¹³, o que justifica algumas das transferências que foram realizadas para a unidade de referência.

Em relação às variáveis, o estudo mostrou que os itens mais preenchidos foram os batimentos cardíacos fetais (99,64%) e a dilatação (99,28%), entretanto, itens como, por exemplo, a ruptura da bolsa (15,47%), o aspecto do líquido (8,63%) e as contrações (5,04%), foram menos preenchidos. A altura da apresentação fetal não apresentou preenchimento em 2,88% (08) dos casos. Tendo em vista que a ausência destes itens pode dificultar a análise clínica do avaliador em relação às disfunções que podem ser encontradas no trabalho de parto, como uma distocia de fase ativa prolongada ou período pélvico prolongado, se torna fundamental o devido preenchimento.

Em contrapartida, em um estudo realizado em duas maternidades escola de Maceió com 72 partogramas, foi encontrado que em 26,0% (19) dos

casos não havia altura da apresentação; os batimentos cardíacos fetais foram preenchidos parcialmente em 76,40% (55) casos, assim como a dinâmica uterina com 79,0% (57) a dilatação cervical teve 22% (16) registros preenchidos totalmente e as condições da bolsa 61,0% (44). Os batimentos cardíacos fetais foi o item com um percentual elevado de preenchimento incompleto, o que reflete na qualidade da assistência prestada¹⁴. Sendo visto que, o uso do partograma diminui os índices de trabalho de parto prolongado, faz-se necessário, o treinamento dos profissionais que o preenchem¹⁵.

No que tange às linhas de alerta e de ação, foi possível observar que os erros mais frequentes foram na soma dos intervalos de avaliação de ambas as linhas, com 21,22% (59). Contudo, não foram encontrados resultados para a somatória das linhas, tendo em vista que nos materiais utilizados para o estudo, o foco é o partograma de papel, em que essas linhas já são impressas na folha ou são desenhadas pelo avaliador.

Outro erro habitual foi a ausência das linhas nas avaliações em 20,86%. Em concordância com esses dados, um estudo realizado com 120 partogramas em uma maternidade pública da cidade de Belém/PA evidenciou que em 83,3% (100) dos casos as linhas não foram preenchidas¹⁶. Outro estudo mostrou que apenas 7,6% (21) dos profissionais reconheciam a função da linha de alerta e outros 10,9% (30) da linha de ação¹⁷.

Quanto à linha de ação, foi evidenciado que intervalos menores que 4 horas aumentam os riscos de intervenções, como as taxas de cesarianas, não sendo benéfico para gestante e feto¹⁸.

Também foi encontrada a ausência de preenchimento até o período expulsivo, com 80,94% (225), e a falta da avaliação de hora em hora em 23,74% (66) dos partogramas, o que reflete em um déficit no acompanhamento do instrumento. Em uma revisão bibliográfica, notou-se que 81,82% dos partogramas não apresentavam o registro no período expulsivo¹⁵, e outros autores observaram que apenas 19,5% (23) foram preenchidos de 1 em 1 hora¹².

A respeito do momento oportuno para a abertura do partograma foram encontradas algumas controvérsias em relação ao modelo a ser seguido, visto que atualmente, no Brasil, o preenchimento do instrumento se dá a partir da proposta descrita por Friedman.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem do Distrito de Luanda/Angola, 65% responderam que o partograma seria aberto com 4 centímetros, 22,5% com 3 centímetros, 2,5% com 5 centímetros, 2,5% com 1 centímetro e outros 7,5% revelaram não saber. Em questionamento a fisiologia do trabalho de parto, 60% relataram não conhecer a duração da fase latente e 67,5% da fase ativa. Foi demonstrada a importância que os profissionais perceberam em relação ao instrumento, porém, ainda houve uma ausência de ajustes e capacitação da prática¹⁷.

Friedman observou que o trabalho de parto se divide em duas partes: a fase latente que consiste no início das contrações até os 3 centímetros de dilatação, e a fase ativa, em que já se ultrapassa os 3 centímetros, com uma duração de 4 a 6 horas, sendo que, para primigestas há uma velocidade de dilatação de 1,3 cm/h e para as múltiparas 1,5 cm/h¹⁹. Já Zhang, realizou um longo estudo e constatou que até os 5 centímetros de dilatação há uma progressão mais lenta, podendo durar até 10 horas, considerando um tempo maior que 1 cm/h, concluindo que a fase ativa se inicia a partir dos 6 centímetros¹¹⁻²⁰.

Em 2018 a OMS anunciou novas recomendações de assistência ao trabalho de parto, considerando que a fase ativa se inicia após os 5 centímetros de dilatação, tendo em mente a fisiologia de cada mulher durante o processo parturitivo, deixando para trás o conceito de que a dilatação se modifica a 1 cm/h¹⁹.

Em uma revisão integrativa da literatura, foi observada uma relação entre o partograma, os métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de ocitocina. Percebeu-se que a baixa adesão ou o preenchimento incompleto do partograma, seguida da ausência de prática dos métodos não farmacológicos, observando dentro deste contexto que gestantes com idade mais avançada se recusaram mais que as primíparas em realizar tais práticas, trazendo assim, consequências como o uso exacerbado de ocitocina pela equipe médica, não favorecendo a fisiologia natural do trabalho de parto²¹.

O presente estudo apontou um total de 94,96% (264) de partogramas que apresentaram algum erro de preenchimento. Verificou-se que a categoria profissional que mais utiliza o partograma é a enfermagem obstétrica. O uso do instrumento ainda apresenta falhas que necessitam ser revisadas, pois, um preenchimento

inadequado, gera outros erros e consequente risco de intervenções desnecessárias, além da má interpretação sobre as distocias que podem ser encontradas²².

Em 2008, foram realizadas 6,2 milhões de cesarianas desnecessárias no mundo, sendo que o Brasil e a China tiveram quase 50% das cesarianas realizadas sem indicação clínica. Por outro lado, nas instituições onde houve aplicação do partograma, as taxas de cesarianas mal indicadas tiveram redução significativa¹¹.

Dentre os instrumentos disponíveis para garantir a segurança da mulher e do feto, foi observado nos estudos descritos anteriormente, que o partograma se mostrou adequado para a monitorização do trabalho de parto e quando bem utilizado, contribuiu para melhores desfechos obstétricos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível evidenciar falhas de seguimento dos parâmetros necessários para o preenchimento e continuidade do partograma de forma fidedigna.

A confirmação da importância do uso correto do partograma se dá quando se avalia a completa evolução do trabalho de parto. O exame completo de todas as variáveis contidas nele permite conhecer a evolução do parto e os fatores etiológicos responsáveis pela sua evolução normal e anormal.

O partograma eletrônico ainda é de difícil entendimento pelos profissionais que o utilizam, pois requer análise prévia e raciocínio matemático na sua construção e aplicação, como por exemplo, no momento de construir as linhas de alerta e de ação.

Diante dos resultados observados no estudo, os profissionais pareceram ter pouco conhecimento e habilidade no preenchimento do partograma em formato eletrônico. A realização de treinamentos e atividades de educação continuada para o preenchimento do partograma poderá tornar a prática mais segura na assistência ao parto e baseada em evidências científicas.

Foi possível identificar os principais erros de preenchimento, contribuindo assim, para o aprendizado e reflexão sobre o tema, pois o partograma, além de todos os benefícios já conhecidos, se preenchido corretamente, facilita a comunicação entre os profissionais e instituições e fornece dados objetivos para estudos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Rocha KS, Santos CS, Góis N de S, Jesus CVF de, Prado LOM. Aplicabilidade e preenchimento correto do partograma como instrumento de segurança na assistência obstétrica [Internet]. Universidade Tiradentes. 2017 Mai; 1-4 [acesso em 2021 Jun 01]. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5882>.
2. Vasconcelos KL, Martins C A, Mattos DV de, Tyrrell MAR, Bezerra ALQ, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Revista de Enfermagem UFPE (online), Recife. 2013 Fev; 7 (2): 619-24 [acesso em 2021 Jun 02]. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15819>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília. 2017 [acesso em 2021 Jun 03]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília. 2001 [acesso em 2021 Jun 02]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cd04_13.pdf.
5. Lopes CM, Correia R, Sousa E. Informatização do Partograma: Conceção e Implementação de um sistema para monitorização do parto [Internet] [Dissertação]. Repositório Aberto Universidade Porto, 2018 Set; 1-79 [acesso em 2021 Jun 04]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/117959>.

6. Filho IM de M, Barreto DP de O, Santos OP dos, Félis KC, Santos CCT, Oliveira ACD. A eficácia da implementação do partograma na assistência a parturiente. *Rev de Ini Cient e Ext* [Internet]. 2018 Set 14; 1 (Esp 3): 288-93 [acesso em 2021 Jun 05]. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/99>.
7. Medeiros AB de, Freire ILS, Santos FR dos, Silva BCO da, Batista GF de M, Menezes MM de. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2020 Ago; 11 (3): 2-10 [acesso em 2021 Jun 05]. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>.
8. Lucena TS de, Santos AAP dos, Morais RJL de. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. *Rev pesqui cuid fundam* (Online) [Internet]. 2019; 222–7 [acesso em 2021 Jun 05]. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>.
9. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem [acesso em 2021 Jun 04]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html.
10. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2009; 120 p. [acesso em 2022 Abr 10]. Disponível em: <http://educ.rec.br/feconrecife/wp-content/uploads/2017/05/Classifica%C3%A7%C3%A3o-Pesquisa-UFRGS.pdf>.
11. Silva IST, Costa ALML, Oliveira JKF de, Carvalho NC de, Lima SC de S, Guimarães MR, *et al.* Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 Jul; 12 (9): 1-7 [acesso em 2022 Jan 20]. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3915.2020>.
12. Salazar ÉR da S, Leal RC, Rodrigues JP, Vilanova RF, Silva IS da. O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enfermagem Brasil* [Internet], Maranhão. 2020 Jun; 19 (3): 230-7 [acesso em 2022 Jan 20]. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>.
13. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília. 2019 [Acesso em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>.
14. Barros L de A, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Jun 30; 12(3) [acesso em 2022 Jan 22]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4284>.
15. Lucon DR, Oliveira IM de, Fraga LM. Benefícios da utilização e do adequado preenchimento do partograma pelos profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. Universidade Tiradentes, Aracaju. 2015; 6-16 [acesso em 2022 Jan 23]. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com>.
16. Valois RC, Oliveira AE da S, Batista DLS, Costa MS da, Santos FC dos, Gurjão WTV, *et al.* Análise do uso do Partograma como instrumento de redução de complicações do parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019 Nov; 35: 1-9 [acesso em 2022 Jan 24]. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1466.2019>.
17. Alexandre DF dos SN, Mamede FV, Prudêncio PS. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. *Enfermagem Obstétrica* [Internet]. 2016 Abr; 3(0): 34 [acesso em 2022 Jan 25]. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/34>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília. 2016 jan [acesso em 2022 Jan 22]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
19. Morais BS de, Vanceta CL, Castro DH de, Alves DL, Biolchi EN, Plentz RGL, *et al.* O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2021; 77-86 [acesso em 2022 Jan 26]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/223007>.
20. Montenegro CAB, Filho J de R. Rezende obstetria. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
21. Lima MJ, Leite AR, Duarte VF, Fernandes E de SB, Fernandes NT. A utilização do partograma pela enfermagem no trabalho de parto sem distocia. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2017; 15 (1): 537-46 [acesso em 2022 Jan 24]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.2813>.
22. Lima E da C, Conceição GN, Nascimento PL do. Uso do partograma como uma tecnologia facilitadora na enfermagem obstétrica. Revista Eletrônica Atualiza Saúde. Salvador. 2021; 9 (9): 59-65 [acesso em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Usodo-partograma-como-uma-tecnologia-facilitadora-na-enfermagem-obstetrica-v-9-n-9.pdf>.