

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

**NOVO PARTOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE:  
SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA MATERNIDADE  
PÚBLICA DO SUL DO BRASIL**

**CURITIBA-PR  
2025**

**SARA SAMARA FERREIRA DE ARAUJO**

**NOVO PARTOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE:  
SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA MATERNIDADE  
PÚBLICA DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Escola de Saúde Pública do Paraná-ESPP / Secretaria de Estado da Saúde-SESA como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Prof.<sup>a</sup> Orientadora: Márcia Daniele Seima.  
Co-orientadora: Tatiane Herreira Trigueiro Stella.

**CURITIBA-PR**

**2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP  
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

A663n Araujo, Sara Samara Ferreira de

Novo Partograma da Organização Mundial da Saúde:  
sensibilização dos profissionais de saúde de uma maternidade  
pública do sul do Brasil / Sara Samara Ferreira de Araujo.  
Curitiba, 2025.  
67 f.

Trabalho de Conclusão (Programa de Residência de  
Enfermagem Obstétrica), Escola de Saúde Pública, Secretaria de  
Estado da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Daniele Seima.  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiane Herreira Trigueiro Stella

1. Parto. 2. Partograma. 3. Organização Mundial da Saúde.  
4. Enfermagem Obstétrica. I. Autor. II. Título. III. Orientador.  
CDD: 618.4 (23 ed.)

Ficha catalográfica elaborada por Elaine Cristina Itner Voidelo CRB9/1239

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Curitiba, 20 DE FEVEREIRO DE 2025

O trabalho intitulado **NOVO PARTOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL DO BRASIL** de autoria da residente **SARA SAMARA FERREIRA DE ARAUJO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADA no Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica.



**Enf.ª Dr.ª Márcia Daniele Seima**  
Coordenadora e orientadora do TCR

Documento assinado digitalmente



TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO STELLA  
Data: 12/03/2025 19:52:19-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Enf.ª Dr.ª Tatiane Herreira Trigueiro Stella**  
Co-orientadora do TCR



**Enf.ª Ma. Viviane Caroline Medeiros**  
Avaliadora Externa

Documento assinado digitalmente



LOUISE BUENO LELLI TOMINAGA  
Data: 12/03/2025 20:00:13-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Enf.ª Ma. Louise Bueno Lelli Tominaga**  
Avaliadora interna de TCR

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 ETAPA 1 - Revisão bibliográfica.....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Partograma: conceito e benefícios .....	16
4.1.2 Como surgiu o partograma?.....	16
4.1.3 Diferenças entre o partograma tradicional e o novo partograma da OMS	23
<b>4.2 ETAPA 2 - Sensibilização dos profissionais e validação do instrumento ....</b>	<b>26</b>
4.2.1 Sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao uso do novo partograma da OMS: opiniões gerais .....	26
4.2.2 Validação do partograma: considerações e melhorias .....	31
4.2.2.1 Seção 1 - Identificação (nome, paridade, início do TP, diagnóstico do TP, rotura das membranas e fatores de risco) .....	33
4.2.2.2 Seção 2 - Cuidados de suporte (acompanhante, alívio da dor, líquidos via oral e postura) .....	34
4.2.2.3 Seção 3 - Cuidados com o bebê (BCF, desacelerações do BCF, líquido amniótico, posição fetal, bossa e cavalgamento) .....	36
4.2.2.4 Seção 4 - Cuidados com a mulher (pulso, pressão sistólica, pressão diastólica, temperatura e urina) .....	37
4.2.2.5 Seção 5 - Progresso do TP (contrações em 10 minutos, duração das contrações, dilatação cervical e descida fetal) .....	38
4.2.2.6 Seção 6 - Medicação (ocitocina, medicamentos e fluídos endovenosos) .....	40
4.2.2.7 Seção 7 - Tomada de decisão compartilhada (avaliação e plano de cuidados).....	42
<b>4.3 ETAPA 3 - Versão final do instrumento .....</b>	<b>42</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

<b>ANEXO 1.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Curva de Friedman (1952) .....	<b>18</b>
<b>Figura 2.</b> Curva de Zhang (2002) .....	<b>19</b>
<b>Figura 3.</b> Partograma composto (1994). .....	<b>20</b>
<b>Figura 4.</b> Partograma modificado (2000) .....	<b>21</b>
<b>Figura 5.</b> Partograma simplificado .....	<b>22</b>
<b>Figura 6.</b> Novo partograma da OMS (2021) .....	<b>23</b>
<b>Figura 7.</b> Fórmula para cálculo do IVC .....	<b>33</b>
<b>Figura 8:</b> novo partograma adaptado com as sugestões dos participantes do estudo .....	<b>43</b>

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Resumo das diferenças entre o partograma tradicional e o novo partograma da OMS .....	<b>25</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características dos participantes .....	<b>26</b>
<b>Tabela 2.</b> Distribuição de domínios contidos no formulário de validação.....	<b>32</b>

## RESUMO

**Objetivo:** sensibilizar os profissionais de saúde de uma maternidade no Sul do Brasil, quanto ao novo partograma da OMS. **Método:** a pesquisa metodológica foi conduzida em três etapas e realizada no mês de setembro e outubro de 2024 com profissionais de saúde que prestavam assistência ao trabalho de parto e parto no centro de parto normal (CPN) da maternidade participante. Na primeira etapa foi realizada uma busca na literatura vigente, com um levantamento dos dados mais relevantes para a fundamentação teórica e discussão de resultados. A segunda etapa foi realizada individualmente, através de um momento de educação em saúde com os participantes, como forma de sensibilizá-los sobre como utilizar o novo partograma, somado a resolução de um caso clínico para treinar seu preenchimento e potencializar o aprendizado. Nesta etapa foi utilizado um gravador, um diário de campo, um *slide*, o partograma e o questionário de validação. Posteriormente, foi aplicado um formulário de validação do partograma a cada participante. Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel* e para a análise de validação do instrumento, foi utilizado o escore do índice de validade do conteúdo. Na terceira etapa, os participantes foram novamente recrutados para apresenta-los o partograma com as alterações sugeridas pelos mesmos, como etapa final da coleta de dados. **Resultados e discussões:** durante o processo de sensibilização e validação do partograma os profissionais puderam dar sugestões de melhorias ao instrumento pensando em deixá-lo mais adequado ao CPN da maternidade. Além disso, eles fizeram considerações pertinentes sobre a nova ferramenta. De modo geral, os profissionais demonstraram grande satisfação diante do novo instrumento, o que reflete na provável facilidade em aderi-lo em suas práticas assistenciais futuras. **Considerações finais:** o processo de sensibilização dos profissionais foi de fácil realização e de grande sucesso, pois os participantes demonstraram-se proativos e interessados em conhecer e manusear a nova ferramenta, bem como apresentaram grande satisfação e anseio em aderi-lo em suas práticas obstétricas. Portanto, o partograma foi validado pelos participantes para ser utilizado no CPN da maternidade e também foram atendidos a quase todas as sugestões para sua modificação tornando-o mais adequado às demandas e características da instituição em questão. O estudo demonstrou ser de grande valia para os profissionais de saúde ao se manterem atualizados sobre o uso e benefícios desta nova ferramenta e para a comunidade científica poderá servir como incentivo para a posterior validação oficial em língua portuguesa para então as instituições poderem implementar em suas rotinas de trabalho.

**Descritores:** Trabalho de parto. Gestantes. Enfermeiras Obstétricas.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, tem-se concentrado esforços para promover melhorias na assistência ao parto, numa tentativa de reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal evitável. Isso resultou em um aumento expressivo na proporção de partos atendidos por profissionais de saúde qualificados (de 62% em 2000 para 80% em 2017) e no atendimento de partos em instalações adequadas. Entretanto, essas mudanças nem sempre foram suficientes para o declínio esperado da mortalidade materna e perinatal e da morbidade durante o trabalho de parto (TP) e parto. Esse fato sugere que a qualidade da assistência prestada ainda está abaixo do ideal em alguns serviços de saúde. Dessa forma, a monitorização do TP e parto de forma regular é fundamental para identificar riscos e prevenir complicações no nascimento (Ghulaxe *et al.*, 2022).

Há 40 anos o partograma é a ferramenta mais utilizada para acompanhamento da progressão do TP, sendo aplicada por profissionais de saúde que prestam assistência ao processo de parturição (Pingray *et al.*, 2021). É um instrumento composto por um gráfico que mostra a evolução do TP, facilitando a identificação rápida e visual de possíveis anormalidades ou complicações obstétricas. Ele também serve para monitorar, registrar e detectar desvios de normalidades, auxiliando os profissionais a decidirem adequadamente e em tempo hábil sobre quando se deve tomar alguma conduta (Lima; Conceição; Nascimento, 2021).

Em vista disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1994, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materno-fetal recomendou o uso do partograma durante o TP ativo (WHO, 1994). A partir daí, novas diretrizes e recomendações foram lançadas sobre o parto e o nascimento. Do mesmo modo, o Ministério da Saúde (MS) defende a utilização de indicadores de qualidade durante o período gravídico-puerperal, incluindo o uso do partograma como uma forma de monitorar e avaliar o processo de assistência ao parto (WHO, 2017; WHO, 2018; Aeron *et al.*, 2014; Zhang, Troendle, Yancey, 2002; Brasil, 2016).

Por outro lado, estudos recentes apresentam uma perspectiva crítica e divergente em relação ao partograma tradicional. Apesar de sua utilização por mais de 40 anos, há uma preocupação progressiva de que o partograma talvez não esteja mais cumprindo seu objetivo de identificar desvios da normalidade e permitir intervenções oportunas. Por exemplo, o estudo realizado por Zhang, Troendle,

Yancey *et al.* (2002) observou que uma parte significativa das mulheres em TP pode progredir de forma mais lenta do que o esperado, não seguindo um padrão específico durante a fase ativa do TP, como é demonstrado no partograma tradicional. Isso sugere a necessidade de reformular os parâmetros empregados no partograma (Morais *et al.*, 2023).

Diante disso, em 2018, a OMS publicou novas recomendações sobre cuidados intra-parto, propondo uma experiência de parto positiva. Para isso, o partograma precisou ser revisado e ajustado para assegurar que os cuidados oferecidos pelos profissionais estivessem de acordo com as evidências atuais e com as prioridades globais. Essas orientações da OMS introduzem novas definições e durações para a primeira e segunda fase do TP, enfatizando a importância de uma abordagem individualizada para cada mulher e estimulando os profissionais a pensarem de forma clínica-reflexiva quanto à tomada de decisão no processo de assistência ao parto (Pingray *et al.*, 2021).

Em consonância com essas novas recomendações, a OMS em 2020, desenvolveu o partograma da “próxima geração”, conhecido como “*The World Health Labour Care Guide*”, criado por meio de consultas com especialistas, com trabalhadores da área de saúde materna e por meio de estudos multinacionais que avaliaram sua usabilidade (Laisser *et al.*, 2021; Pingray *et al.*, 2021).

O novo partograma visa promover uma assistência baseada em evidências atuais resultando em um cuidado individualizado e respeitoso, além de colocar como foco, aspectos que antes eram negligenciados, como a presença do acompanhante, hidratação oral, mobilidade durante a primeira fase do TP, posição adotada pela mulher durante o TP e controle da dor. Portanto, para sua implementação na prática clínica é necessária uma estratégia ativa que garanta melhorias na qualidade da assistência prestada e redução de intervenções desnecessárias (Vogel *et al.*, 2024; WHO, 2020).

Logo, a estratégia de sensibilização dos profissionais de saúde sobre o novo partograma como proposta de intervenção da presente pesquisa, demonstra-se ser relevante, visto a garantia de que os profissionais se manterão atualizados sobre uma nova ferramenta de auxílio na assistência obstétrica, além de proporcionar melhoria e segurança na qualidade do cuidado, reduzir complicações durante o TP, melhorar os desfechos maternos e neonatais e promover uma experiência positiva e satisfatória para as parturientes.

Diante deste cenário, surgiu o seguinte questionamento: como sensibilizar os profissionais de saúde de uma maternidade no Sul do Brasil, quanto ao novo partograma da OMS?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Sensibilizar os profissionais de saúde de uma maternidade no Sul do Brasil, quanto ao novo partograma da OMS.

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar um momento de educação em saúde com os profissionais que atuam no Centro de Parto Normal (CPN) da instituição participante sobre como utilizar o novo partograma da OMS;
- Validar o novo partograma com os profissionais participantes da pesquisa.

### 3 MÉTODO

Tratou-se de pesquisa metodológica, na qual consiste no desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos que podem ser utilizados na assistência à saúde, como por exemplo, na educação em saúde (Polit; Beck, 2019).

A pesquisa foi realizada no mês de setembro e outubro no CPN de uma maternidade pública no Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram profissionais de saúde que prestavam assistência a gestante durante o TP e parto, sendo eles: sete Enfermeiros(as) Obstetras e nove residentes de Enfermagem Obstétrica, totalizando dezesseis participantes.

Os critérios de exclusão foram profissionais que, por algum motivo, estiveram ausentes de suas atividades no período da coleta de dados (férias, atestados ou afastamentos) e falha grave no preenchimento do questionário, deixando de responder às perguntas de forma a comprometer a análise de dados ou apresentando respostas não condizentes entre si.

Os profissionais foram abordados no dia que estavam presentes em suas atividades assistenciais, no momento mais conveniente para cada um e mediante convite e explicação da pesquisa pessoalmente e individualmente. Ao aceitarem, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitado sua assinatura e entregue uma cópia do TCLE a ele (a).

Ressalta-se que a pesquisadora é residente de enfermagem obstétrica e a coleta de dados foi realizada no local onde desenvolve suas atividades práticas.

A pesquisa foi conduzida em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma busca na literatura vigente, por meio de artigos extraídos de bases de dados científicas e manuais sobre o novo partograma da OMS, com um levantamento dos dados mais relevantes para a fundamentação teórica e discussão de resultados.

A segunda etapa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio de um momento de educação em saúde com os profissionais atuantes no CPN da instituição participante como forma de sensibilizá-los sobre como utilizar o novo partograma. A ocasião foi conduzida como uma forma de conversa, permitindo o profissional participar ativamente, dar opiniões e tirar dúvidas no decorrer ou após o processo, conforme sua preferência. Neste momento foi utilizado um gravador, um diário de campo, o partograma e uma apresentação em *slide* para condução da apresentação.

Após a sensibilização, foi proposto ao participante a resolução de um caso clínico para que o mesmo pudesse treinar o preenchimento do partograma e potencializar seu aprendizado. O caso clínico utilizado foi retirado do “Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario” e readequado conforme necessidade da pesquisadora. O partograma utilizado na execução da educação em saúde foi na versão em espanhol devido ao fato de ainda não estar disponível na literatura a versão em português.

Posteriormente, foi aplicado um formulário de validação elaborado pelas próprias pesquisadoras para preenchimento individual, composto por cinco questões fechadas e abertas. No formulário foi questionado aspectos sobre a linguagem e compreensão do instrumento, facilidade de preenchimento, relevância, clareza, viabilidade do seu uso na assistência do CPN, bem como sugestões que os participantes forneceram para seu aprimoramento. Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel*.

As falas de cada participante foram descritas utilizando codificações alfanuméricas, como por exemplo, “E1” referente a “Enfermeiro(a)” para preservar o anonimato.

Para a análise de validação do instrumento, foi utilizado o escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) proposto por Alexandre e Coluci (2011). Os especialistas procederam à análise correspondente à relevância de cada item – (1- Não adequado, 2- Necessita de grande reformulação para ser adequado, 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado, 4- Adequado). Trata-se de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro (Alexandre; Coluci, 2011). A avaliação foi calculada por meio da soma de concordância dos itens marcados por “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas e foi obtido um escore de IVC = 1. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais.

Na terceira etapa, que ocorreu em outro momento, os participantes foram novamente recrutados para apresenta-los o partograma com as alterações sugeridas pelos mesmos, como etapa final da coleta de dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado (Parecer nº 079530/2024) pelo CEP do Complexo Hospitalar do Trabalhador. Esta pesquisa obedeceu aos preceitos norteadores da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 ETAPA 1 - Revisão bibliográfica**

#### **4.1.1 Partograma: conceito e benefícios**

O partograma é uma ferramenta em forma de gráfico utilizada para o acompanhamento e monitorização do TP, facilitando não só a visualização de sua progressão e reconhecimento precoce de complicações, como também em evitar intervenções desnecessárias e auxiliar na rápida tomada de decisão e condutas adequadas, tornando assim uma assistência mais segura prestada à parturiente (Lucena; Santos; Morais, 2019).

Com essa ferramenta, permite-se acompanhar e registrar a dilatação cervical, altura da apresentação fetal na pelve materna com suas variedades de posição, batimentos cardíacos fetais (BCF), dinâmica uterina, integridade da bolsa amniótica e aspectos do líquido amniótico, uso de analgesia, ocitocina e outros fluídos, sendo, portanto, um importante instrumento de monitorização materno-fetal (Lima; Conceição; Nascimento, 2021).

Motivada pelos altos índices de mortalidade materna e neonatal que ocorreu na década de 80, a OMS realizou um estudo multicêntrico na Indonésia, Malásia e Tailândia, no ano de 1994, com o intuito de analisar as repercussões do uso do partograma na assistência ao TP. Como resultado percebeu-se uma redução de TP prolongado e do número de cesarianas desnecessárias, além da queda das taxas de bebês nascidos com apgar menor que sete no 5º minuto de vida e da mortalidade perinatal (Neto, 1999).

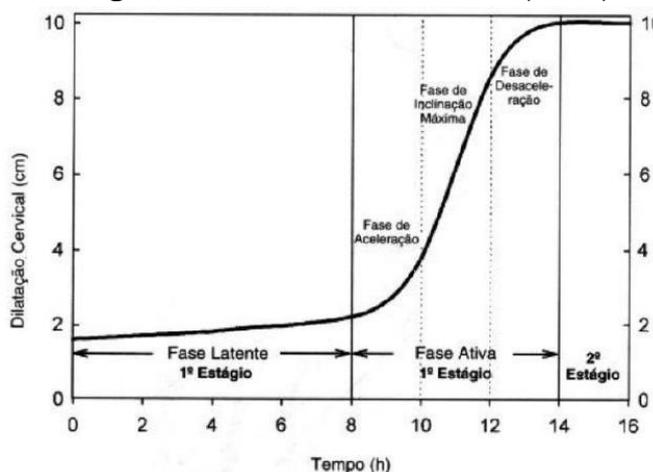
Portanto, a OMS em 2020 lançou o novo partograma, que veio com o objetivo de lembrar constantemente os profissionais de saúde sobre prestar cuidados e apoio durante o TP e nascimento; no que se atentar para a identificação precoce de alguma anormalidade; conhecer os limites de referência de cada parâmetro de avaliação para tomada de conduta adequada; reduzir o subdiagnóstico de situações que levariam a intervenções inadequadas e melhorar a qualidade da assistência prestada (Pingray *et al.*, 2021).

#### **4.1.2 Como surgiu o partograma?**

Tudo começou em Nova York, quando a anestesiolegista Virgínia Apgar, que criou o famoso índice de Apgar, demonstrou interesse em anestesia peridural caudal para alívio da dor no TP. Diante disso, ela indagou Emanuel Friedman, médico ginecologista e obstetra, sobre como ela poderia determinar se a administração da anestesia caudal poderia alterar a evolução do TP. Através desta pergunta, Friedman rapidamente percebeu que haviam poucos estudos na literatura sobre o progresso do TP e então percebeu a necessidade e a importância de investigar sobre esse processo biológico tão essencial (Romero, 2016).

Em uma determinada noite, enquanto Friedman estava de plantão em Colúmbia, sua esposa entrou em TP em outro hospital para dar à luz ao primeiro filho do casal. Ao perguntar se ele poderia sair para assistir ao nascimento do filho, seu pedido foi negado. Frustrado com a situação, Friedman pegou um lápis e papel e começou a registrar as avaliações das pacientes em forma de um gráfico incluindo aspectos como a frequência das contrações, dilatação, esvaecimento cervical, tempo, entre outros fatores que demonstravam a evolução do TP. Na manhã seguinte, ele analisou que a dilatação cervical relacionada ao tempo de TP possuía um formato sigmoide (em S), tendo uma mudança mais lenta no início do TP, seguida por uma fase de aceleração após um certo período. Assim, foi criada a fase latente de TP, período em que as contrações estão irregulares causando pouca mudança na dilatação cervical, e ainda, a fase ativa onde a dilatação tende a progredir de forma mais acelerada (Romero, 2016).

As informações coletadas por Friedman naquela noite serviram como suporte para dar início ao seu primeiro estudo criado em 1952, denominado "*The graphic analysis of labor*", publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Nesse estudo ele analisou o parto de mulheres primigestas com gestação a termo e percebeu a existência de uma relação entre o tempo do TP e a dilatação cervical. Observou ainda que o progresso do TP seguia um padrão específico, e então dividiu em duas etapas distintas: a fase latente, que dura de 8 a 10 horas e se prolonga até 3 cm de dilatação e a fase ativa, com duração de 4 a 6 horas e rápida dilatação de 3 a 10 cm, seguida por uma desaceleração ao final desta fase (Neme, 2000).

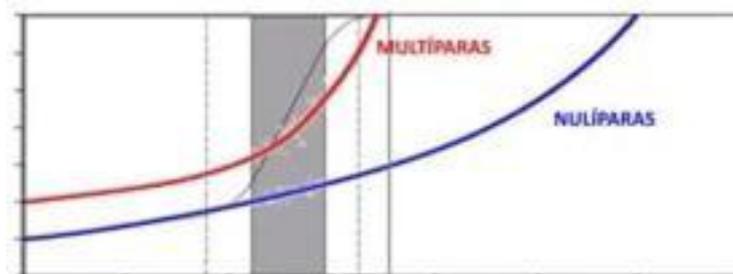
**Figura 1 – Curva de Friedman (1952).**

Fonte: google imagens (2024).

A ideia do TP descrita por Friedman foi sendo adaptada ao longo dos anos conforme o surgimento de novas necessidades. E então, Philpott e Castle desenharam o partograma em 1972, incluindo ao instrumento duas linhas, uma de alerta e outra de ação. A linha de alerta seria traçada no início da fase ativa do TP. Após um período de 4 horas, é desenhada a linha de ação paralelamente à primeira linha. Ao cruzar a linha de alerta a paciente deveria ser transferida ao hospital dentro de um intervalo de 4 horas, que era o tempo médio gasto para chegar até o serviço médico naquela época. Essas linhas possibilitam monitorar a progressão do TP e distinguir entre partos eutócicos e distócicos. Esses autores trabalhavam em Zimbábue (antiga Rodésia) na África, onde a maioria dos partos eram atendidos por parteiras em domicílio, logo, o instrumento foi desenvolvido para auxiliá-las no monitoramento do TP e na identificação de complicações e encaminhamento aos hospitais em tempo hábil (Morais *et al.*, 2023).

Em contrapartida, em 2002, Zhang demonstrou que a transição da fase latente para a fase ativa acontecia de forma mais gradual, sendo descrita com uma curva mais plana do que a curva sigmoide descrita por Friedman, além de defender a ideia de que as mulheres poderiam adentrar na fase ativa em diferentes estágios (principalmente entre 3 e 5 cm de dilatação), e que essa velocidade de evolução variava de acordo com as particulares de cada mulher, não seguindo um padrão único (Zhang; Troendle; Yancey, 2002).

**Figura 2** – Curva de Zhang (2002).



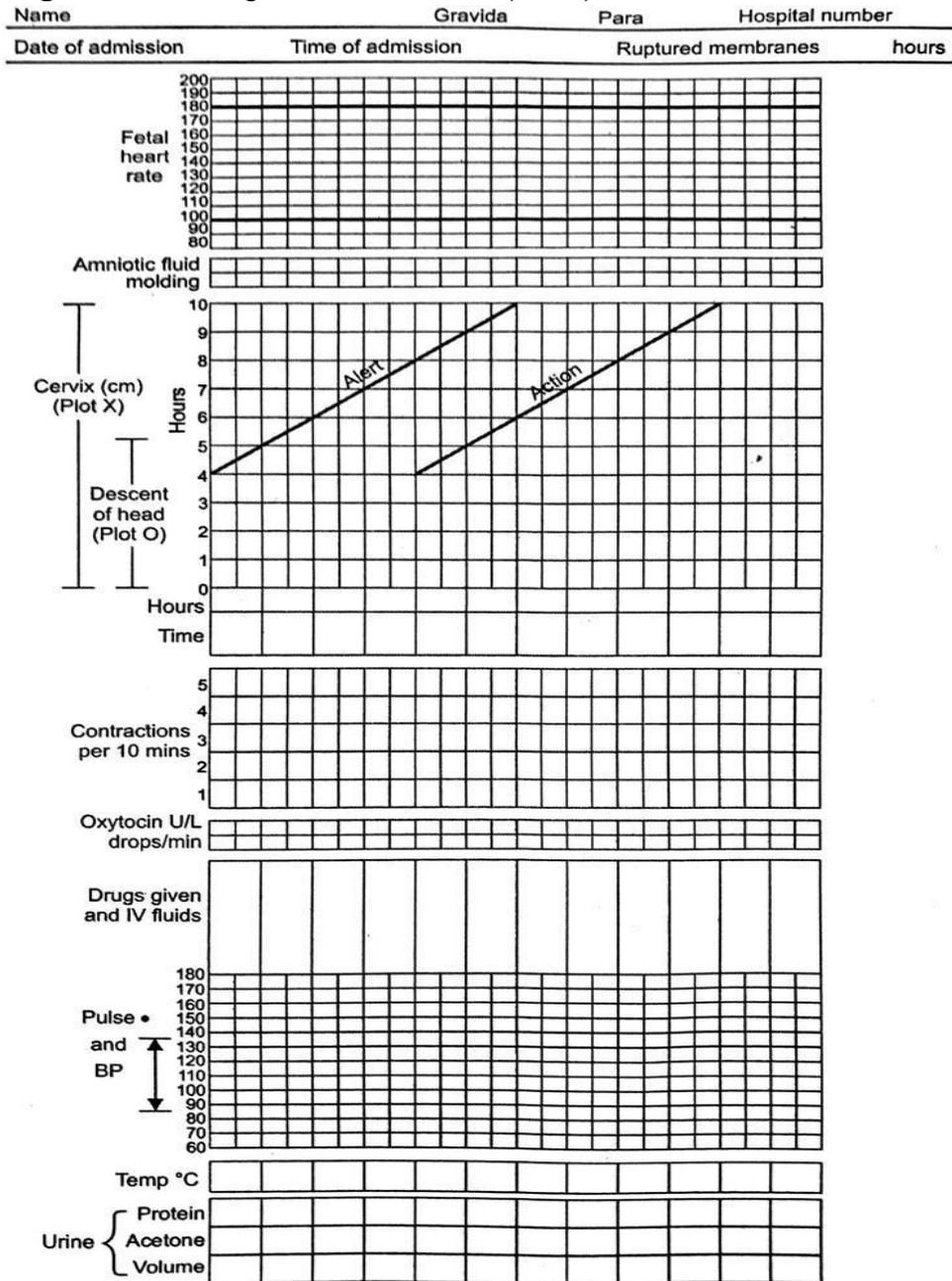
Fonte: google imagens (2024).

Além disso, chegou-se à conclusão que dos 4 aos 6 cm, a progressão era mais lenta do que o afirmado em estudos anteriores, podendo durar até mesmo 10 horas. Logo, somente após os 6 cm a velocidade era como a relatada por Friedman, e por isso a partir desse ponto é que poderia ser diagnosticado as distocias, pois seria o momento que se iniciaria a fase ativa do TP. Anos depois, em 2010, Zhang publicou um novo estudo definindo novos conceitos para progressão normal do TP, além da resolução de distocias e ainda a ideia de que independente da paridade a evolução dos 4 a 6 cm era mais lenta, mas que após os 6 cm a velocidade de dilatação cervical em múltiparas seria maior (1,5 cm/h) do que em primigestas (1,3 cm/h). Ele ainda determinou novos limites (superior ao de Friedman de 1 cm/hora) sendo de 3,6 e 2,8 horas, com ou sem analgesia, independentemente de qualquer progressão da descida do feto (Morais *et al.*, 2023).

Em 1987 a OMS lançou a iniciativa “Maternidade Segura”, e como parte disso publicou 3 modelos diferentes de partograma. O primeiro foi desenvolvido em 1994 conhecido como “partograma composto” que definia o início da fase ativa aos 3 cm de dilatação, fase latente com 8 horas de duração, e incluía as linhas de alerta e de ação com 4 horas de intervalo entre elas. Esse partograma considerava o tempo de evolução normal de TP sendo de 1 cm/h (Dalal; Purandare, 2018).

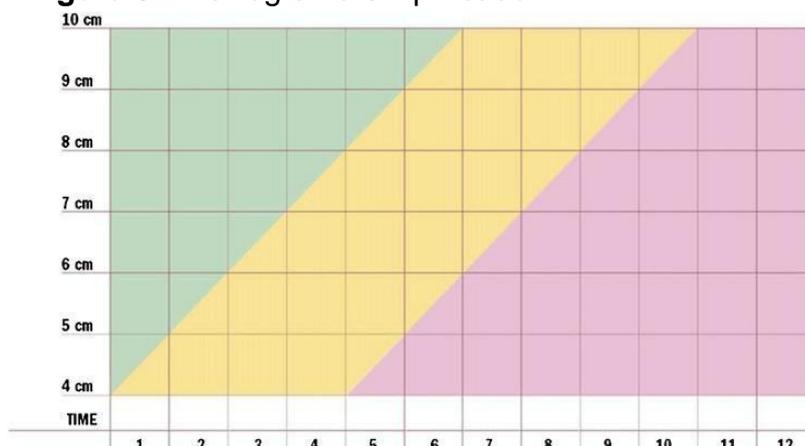


**Figura 4 – Partograma modificado (2000).**



**Fonte:** WHO modified partograph (2000).

Pela terceira vez o partograma foi modificado, denominado “partograma simplificado”, codificado por cores. A área esquerda na cor verde, representava uma evolução normal do TP. A área à direita, na cor vermelha, indicava um TP prolongado, sinalizando um alerta. E na área do centro na cor amarela, significa a necessidade de maior vigilância fetal (Magon, 2011).

**Figura 5 – Partograma simplificado.**

Fonte: google imagens (2024).

Finalmente em 2018, a OMS emitiu novas recomendações sobre cuidados intra-parto, propondo uma experiência de parto positiva. E então, a fase ativa passou a ser considerada com presença de contrações regulares que causam modificação no colo do útero e dilatação cervical a partir de 5 cm, antes disso é considerado fase latente. Ainda, as novas recomendações defendem a ideia de que cada TP é único, podendo a duração de cada fase de TP variar de mulher para mulher, não existindo um padrão como antigamente se acreditava. Por esse motivo as linhas de alerta e de ação do partograma tradicional foram retiradas (WHO, 2018).

Para auxiliar a implementação dessas novas recomendações nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde, a OMS desenvolveu o partograma da “próxima geração”, intitulado “*The World Health Labour Care Guide*”, desenvolvido em dezembro de 2020, pela OMS, através de consultas com peritos, de testes interativos e protótipos, de um inquérito internacional a prestadores de cuidados em maternidades e investigação qualitativa com parteiras de seis países africanos. Após a publicação, um estudo explorou a sua implementação em seis países que investigou a sua viabilidade, usabilidade e aceitação em diferentes serviços, e analisaram também as dificuldades e fatores facilitadores em relação a seu uso. E então, o novo partograma passou a ser recomendado internacionalmente nos serviços de saúde para a vigilância materno-fetal. Ainda, a OMS lançou junto ao partograma um manual do usuário denominado “Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario” a fim de auxiliar na compreensão do preenchimento do instrumento e facilitar seu uso nos serviços de saúde (Laisser *et al.*, 2021; Vogel *et al.*, 2023).

Figura 6 – Novo partograma da OMS (2021).

**GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

**Sección 1** → Nombre \_\_\_\_\_ Paridad \_\_\_\_\_ Inicio del trabajo de parto \_\_\_\_\_ Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha \_\_\_\_\_]  
 Rotura de Membranas [Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_] Factores de riesgo \_\_\_\_\_

**Columna de referencia** → Hora \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

← ALERTA ← PERIODO DE DILATACIÓN ACTIVA → PERIODO EXPULSIVO →

**Sección 2** → **ATENCIÓN DE APOYO**

Acompañamiento	N																			
Alivio del dolor	N																			
Líquidos por vía oral	N																			
Postura	DD																			

**Sección 3** → **BEBÉ**

FCF Basal	<110, ≥160																			
Desaceleraciones de la FCF	Ta																			
Líquido amniótico	M+++, Sa																			
Posición Fetal	P, T																			
Caput	+++																			
Modelaje	+++																			

**Sección 4** → **MUJER**

Pulso	<60, ≥120																			
PA sistólica	<80, ≥140																			
PA diastólica	≥90																			
Temperatura °C	<35,0, ≥37,5																			
Orina	P+, A++																			

**Sección 5** → **PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO**

Contracciones cada 10 min	≥2, >5																			
Duración de las contracciones	<20, >60																			
Dilatación cervical (marcar X)	10 ≥ 2h 9 ≥ 2.5h 8 ≥ 2.5h 7 ≥ 3h 6 ≥ 5h 5 ≥ 6h																			
Desempeño (marcar 0)	5 4 3 2 1 0																			

En el periodo de dilatación activa, marque "X" para registrar la dilatación cervical. La alerta se activará cuando se exceda el tiempo de dilatación cervical sin progreso. En el periodo expulsivo, marque "P" para indicar cuándo comienzan los pujos.

**Sección 6** → **MEDICACIÓN**

Oxitocina (UI/L, gotas/min)																				
Medicamento																				
Fluidos IV																				

**Sección 7** → **TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA**

EVALUACIÓN																				
PLAN																				

INICIALES \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE CUALQUIER OBSERVACIÓN QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS DE LA COLUMNA DE "ALERTA", ALERTE A LA PARTERA U OBSTETRA SENIOR Y REGISTRE LA EVALUACIÓN Y LAS ACCIONES REALIZADAS. SI EL TRABAJO DE PARTO SE EXTIENDE MÁS DE 12 HORAS, POR FAVOR CONTÍNE EN UNA NUEVA GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.  
 Abreviaturas: S – Sí, N – No, R – Rechazó, D – Desconoció, DD – Decubito Dorsal, EM – En Movimiento, Te – Temprano, Ta – Tardío, V – Variable, I – Intactas, C – Claro, M – Meconio, Sa – Sangüinolento, A – Anterior, P – Posterior,  
 T – Transversa, Pe – Proteínas, Ae – Acetona

Fonte: Organização Mundial de la Salud (2021).

#### 4.1.3 Diferenças entre o partograma tradicional e o novo partograma da OMS

Comparado ao partograma tradicional, as mudanças realizadas de forma resumida, foram: as linhas de alerta e de ação que colocavam a mulher no mesmo padrão de evolução, foram substituídas por novos limites de tempo de dilatação cervical durante a fase ativa do TP e período expulsivo; início da fase ativa a partir de

5 cm; seção de registro específico do monitoramento da segunda fase do TP; seção de intervenções de apoio à paciente; seção de informações do bebê contendo itens sobre desacelerações de BCF, presença de cavalgamento de suturas e bossa; seção de sinais vitais maternos; seção sobre avaliação de “quintos da cabeça” que substitui o plano de De Lee e é avaliado pela palpação manual; seção sobre avaliação do profissional quanto a paciente e plano de cuidados que deverá ser compartilhado com a paciente. Além disso, ao identificar um registro que desvie dos parâmetros normais a informação deverá ser destacada com um círculo em volta representando um “alerta”, facilitando a identificação visual para tomada de conduta (Hofmeyr *et al.*, 2021).

Atualmente o novo partograma da OMS define a fase ativa de TP a partir de 5 cm de dilatação cervical associado a contrações regulares, pois mostrou-se que, em média, a partir deste ponto de corte, as mulheres de baixo risco sem resultados perinatais adversos evoluem mais rapidamente, excedendo 1 cm/h. O que também chama atenção no novo partograma é que, devido a eliminação das linhas de alerta e de ação, ele deixou de ter parâmetros fixos de evolução da dilatação cervical iguais nas duas fases de TP (fase ativa e expulsivo). Agora, baseado em evidências atuais, ele considera novos limites de tempo para cada centímetro de dilatação que foram derivados dos percentis 95 de duração do TP em diferentes níveis de dilatação em mulheres com resultados perinatais normais. Esses novos parâmetros servirão para nortear a tomada de decisão, tornando o partograma de uso mais dinâmico (Hofmeyr *et al.*, 2021; Vogel *et al.*, 2024).

A ferramenta também inclui cuidados de apoio que, por vezes, podem acabar sendo negligenciados, como: presença de acompanhante durante o TP; uso de métodos de alívio da dor; alimentação presente; mobilidade da paciente e posição adotada por ela durante o TP (Vogel *et al.*, 2023).

Além disso, foi analisado que a ideia do partograma tradicional do tempo de dilatação cervical ocorrer em cerca de 1 cm/h durante a fase ativa de TP pode ser inadequado para algumas mulheres, não indicando necessariamente uma falha de progressão naquelas que não evoluem nesse ritmo, logo, por si só, não deve ser motivo para intervenções rotineiras visando acelerar o nascimento (Morais *et al.*, 2023).

Exemplificando o argumento acima, se um determinado TP evoluísse rápido e de repente desacelerasse, levaria mais 4 horas para chegar na linha de ação. E

ainda, se o TP tiver progredindo lentamente devido a contrações irregulares e ao cruzar a linha de ação passasse a evoluir em tempo normal, poderia levar a ansiedade e induzir a intervenções desnecessárias por estar do lado “errado” da linha de ação, o que torna o partograma tradicional inapropriado para acompanhamento seguro do TP (Hofmeyr *et al.*, 2021).

Um ponto limitante no partograma tradicional é a ausência de um espaço explícito e específico de monitoramento da segunda fase do TP. Essa fase é o momento mais crítico do TP, visto ser uma fase que requer cuidados mais próximo, intenso e contínuo, devido ao aumento da atividade uterina, do esforço materno do período expulsivo, dentre outros possíveis eventos. E, portanto, a ausência de registro de forma clara, específica e pontual nessa fase pode levar a maus desfechos obstétricos e até mesmo no comprometimento de respaldo legal. Felizmente, essa seção de monitoramento foi incluída no novo partograma da OMS (Hofmeyer *et al.*, 2021).

É importante destacar, que o novo partograma é destinado para gestações de baixo risco. Entretanto, foi analisado que embora as gestantes de alto risco possam precisar de cuidados e monitoramento mais específicos, essas mulheres também poderiam se beneficiar do seu uso como uma ferramenta de suporte para a vigilância materno-fetal (Ghulaxe *et al.*, 2022).

**Quadro 1** - Resumo das diferenças entre o partograma tradicional e o novo partograma da OMS.

<b>Partograma tradicional</b>	<b>Novo partograma da OMS</b>
Fase ativa com 6 cm de dilatação	Fase ativa com 5 cm de dilatação
Linhas de “alerta” e de “ação” com tempo de dilatação de 1 cm/h	Novos limites de tempo para cada cm de dilatação
Ausência de monitoramento do segundo estágio de TP	Monitoramento documentado do segundo estágio de TP
Ausência de registro de cuidados de apoio (presença de acompanhante, uso de métodos de alívio da dor, ingestão de líquidos via oral e posições adotadas pela paciente)	Avaliação de cuidados de apoio
Registro do BCF, características do líquido amniótico e posicionamento da	Adicionado registro das desacelerações do BCF, cavalgamento de suturas e

cabeça fetal na pelve	presença de bossa
Ausência de registros dos sinais vitais maternos	Registro dos sinais vitais maternos com a inclusão de presença de proteína e cetona na urina
Avaliação da descida fetal pelo plano de De Lee	Avaliação da descida fetal através dos “quintos da cabeça”
Ausência de destaque para desvios da normalidade e de registro de condutas frente aos desvios identificados	Exigência em destacar os desvios da normalidade, em registrar um plano de ação frente aos desvios identificados e manter as avaliações em compartilhamento com a paciente

Fonte: Srividya; Lakshmi (2023).

## 4.2 ETAPA 2 - Sensibilização dos profissionais e validação do instrumento

### 4.2.1 Sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao uso do novo partograma da OMS: opiniões gerais

A etapa de sensibilização dos profissionais de saúde e de validação do instrumento foi realizada através de dezesseis encontros presenciais e individuais, com sete enfermeiros(as) obstetras e nove residentes de Enfermagem Obstétrica, totalizando dezesseis participantes (n=16), todos atuantes no CPN da maternidade participante. Com alguns residentes, a etapa da sensibilização envolvendo a apresentação do instrumento e treinamento através de um caso clínico foi realizada em conjunto, mas a validação da ferramenta foi executada em outro momento individualmente.

**Tabela 1** - Características dos participantes. Curitiba, Paraná, Brasil, 2024.

VARIÁVEIS	n (16)	%
<b>Idade (anos)</b>	26,75 (média)	
23 a 26 anos	05	31,25%
27 a 30 anos	11	68,75%
<b>Sexo</b>		
Feminino	15	93,75%
Masculino	01	06,25%
<b>Profissão</b>		

Enfermeiro(a) Obstetra	07	43,75%
Residente de Enfermagem Obstétrica	09	56,25%
<b>Presença de especialização na área da obstetrícia</b>		
Sim	07	43,75%
Em andamento	09	56,25%
<b>Tempo de atuação na instituição (anos)</b>		
	15,81	
	(1 ano e 3 meses em média aproximadamente)	
≥1 ano	09	56,25%
<1 ano	07	43,75%

Fonte: próprio autor (2024).

Durante o processo de sensibilização e validação do partograma os profissionais puderam dar sugestões de melhorias ao instrumento pensando em deixá-lo mais adequado ao CPN da maternidade participante. Além disso, eles fizeram considerações pertinentes sobre a nova ferramenta.

Dentre as opiniões fornecidas, os profissionais do presente estudo demonstraram grande satisfação diante do novo instrumento, o que reflete em uma provável facilidade na futura adesão do partograma em suas práticas assistenciais.

*“Eu achei ele muito interessante, acho que tem que ter atualização mesmo nas práticas da obstetrícia, principalmente num documento assim que é tão antigo como o partograma. Então, as coisas que foram adicionadas são coisas que a gente preconiza hoje em dia, em relação a métodos não farmacológicos e a avaliação que deve ser um pouco mais detalhada”. (E11)*

*“Eu achei muito legal, não vou dizer que é uma coisa muito fácil, a gente vai ter que “penar” (sofrer) um pouquinho para colocar na nossa rotina de assistência. Só que eu acho, que ao mesmo tempo que dá a sensação de você intervir mais, é uma intervenção boa que às vezes passa batido em coisas que são importantes”. (E2)*

*“Parece que é muita coisa, mas eu achei mais tranquilo, você faz uma a duas vezes e você pega o jeito, não achei muito difícil [...] a linguagem e compreensão eu achei adequada, achei bem simples, é algo que dá para ser usado na prática com tranquilidade [...] quanto a facilidade no preenchimento também achei tranquilo. É que nem o partograma antigo, parece que tem muita informação, mas se você parar com calma pra ler, não é, é o que a gente vê no dia a dia”. (E4)*

*“Gostei! Gostaria que fosse aplicado aqui, acho que a gente está bem atrasado assim, em critério de partograma. Acho que aqui seria uma grande “peleia” (luta) para implantar [...] a gente não preenche (o partograma tradicional) porque a gente sabe que aquilo ali é só um papel, e isso aqui teoricamente não é só um papel, ele traz outras colaborações para a tua assistência. Então pegar o hábito de escrever, pegar o hábito de olhar essas coisas acho que seria uma “peleia” bem grande assim, mas acho que super*

*vale a pena, não só a tentativa, mas de fato implantar. A gente está mais do que atrasado”. (E15)*

Entretanto, o novo partograma pareceu não ser tão bem aceito em todas as regiões onde ele foi testado. Por exemplo, em Zimbábue as parteiras demonstraram-se surpresas ao saber sobre a substituição do partograma tradicional pelo novo instrumento, pois a maioria relatou gostar do partograma tradicional e não haver necessidade de reformulação (Laisser *et al.*, 2021).

Acredita-se que por tratar-se de um instrumento novo que veio para substituir um que vem sendo empregado há anos, é comum causar tal estranhamento no início. Um dos participantes do presente estudo corroborou com este ponto de vista.

*“Eu acho que só é questão de se familiarizar com o instrumento, porque ele é bem diferente do partograma tradicional, então como ele é novo você fica meio perdido, assim... onde colocar cada coisa, mas eu acredito que seja normal [...]”. (E10)*

*“[...] Não achei difícil, é prática, tem que praticar. Não é uma coisa nossa horrível super complicada, é basicamente o que a gente já faz no nosso dia a dia só que anotado”. (E2)*

*“Eu achei que ele é bem aplicável, assim... ele só é mais trabalhoso de se fazer ali né, porque a gente vai ter que ficar vendo de hora em hora mesmo a paciente e marcar tudo”. (E9)*

*“O ruim é que dependendo de como está o plantão, é você preencher isso em tempo real. Acho que esse é o maior desafio do partograma, porque às vezes, claro, se você está com uma paciente ali, tranquilo! Agora se você está com mais de uma, dependendo de como está corrido ou tenha uma intercorrência, fica mais complicado você preencher”. (E13)*

No estudo de Vogel *et al.* (2020), em todos os locais, exceto na Argentina, os profissionais perceberam que o novo partograma os levou a prestar uma assistência mais centrada na mulher, além de ter estimulado a equipe a monitorizar as pacientes com mais frequência e a anotar mais observações comparado às suas práticas rotineiras. Entretanto, segundo uma parteira do mesmo estudo, muitos profissionais não oferecem “cuidados de suporte” contidas na seção 2 do novo partograma, por terem que trabalhar com agilidade devido ao excesso de atribuições e sobrecarga de trabalho, mas ao mesmo tempo, segundo elas, ninguém deseja preencher o partograma de modo incorreto, o que de certa forma obriga o profissional a oferecer os cuidados de apoio à paciente.

Algumas parteiras do estudo de Laisser *et al.* (2021) ainda declararam que na prática nem sempre o partograma era concluído, somente quando alguma parteira achava que sua assistência iria ser avaliada por alguém e que poderiam ser responsabilizadas, como por exemplo, em caso de morte de alguma paciente.

Um ponto positivo é que o hábito de preencher o partograma de forma retroativa e/ou somente quando o convém, não será mais possível com o uso do novo partograma devido às suas características e dinâmica. Isso enfatiza ainda mais a importância do novo partograma como uma ferramenta que não deve ser utilizada somente para registrar o resultado da assistência, mas também para o monitoramento do TP em tempo real a fim de guiar a prática clínica dos profissionais.

*“Pensando que a partir de quando for implementado o partograma aqui, dificilmente a gente vai conseguir fazer o partograma depois, tipo, a gente vai ter que preencher em tempo real”. (E2)*

*“[...] Porque assim, o partograma que a gente tem aqui ele é retrospectivo né, então a gente só faz ali para questões burocráticas, esse daqui seria um canal de comunicação mesmo”. (E9)*

*“[...] E na verdade ele nos obriga a fazer de 1/1h, a não fazer depois, que é o que acaba acontecendo na maioria das vezes, muitas vezes né, no partograma anterior que a gente usava. Então eu acho que ele é muito bom”. (E7)*

Segundo Vogel *et al.* (2023), um fator essencial na assistência ao TP e parto de boa qualidade é garantir que as mulheres sejam adequadamente monitoradas durante seu processo de parturição, realizando o preenchimento do partograma em tempo real com base em avaliações clínicas regulares.

Quanto ao *design* do novo partograma, os estudos trouxeram muitas opiniões heterogêneas dos participantes. Alguns profissionais do estudo de Laisser *et al.* (2021) demonstraram preocupação pelo fato de aspectos como a idade e volume de urina não terem sido incluídos ao instrumento, o que exigiria anotações adicionais. Outros gostaram porque os registros poderiam ficar contidos em uma folha A4. Já houveram aqueles que acharam a ferramenta difícil de ler devido ao tamanho pequeno da fonte e que os espaços de anotação são muito pequenos para contemplar todas as informações registradas. O tamanho dos espaços de registro também foi um ponto de insatisfação de um dos participantes do presente estudo.

No estudo de Vogel *et al.* (2020) houve um forte consenso dos profissionais de que o *layout* do novo partograma precisava ser maior, pois no formato atual estava impossível de registrar em tempo real e de forma legível, o que levou alguns profissionais a não registrarem os cuidados ou demorarem muito para escrever todas as avaliações ou ainda, a escreverem num pedaço de papel separado para anotar depois, com a justificativa de terem outras atribuições, o que pode acabar afetando a utilidade do partograma.

Um dos participantes do presente estudo apresentou um argumento semelhante ao exposto anteriormente a respeito da sobrecarga de trabalho atrelado a qualidade do preenchimento do partograma:

*“[...] Por mais que seja um cuidado 1:1 (um profissional para uma paciente), mesmo assim às vezes você fica sozinha e você não consegue fazer quatro partogramas ao mesmo tempo, e aí como fica? [...] Porque quando a gente está com mais gente, residente, é um pouco mais fácil. Agora por exemplo, as enfermeiras da noite que praticamente estão sozinhas, não têm apoio, e a gente tem um número “x” de pessoas que a gente pode receber, isso às vezes vai ser inviável, elas não vão conseguir fazer isso em tempo real, vai ser uma grande demanda de trabalho e às vezes as pacientes demandam muito [...] e você não consegue sair, escrever. Às vezes até a folha de evolução do TP em si a gente vai escrever duas, três horas depois. É óbvio que é importante a gente ficar ciente e em cima disso para a gente não perder também né, porque é um acompanhamento, é um documento que faz parte do processo. Mas talvez seja a gente se educar também, de ficar preenchendo e aprender que a gente tem que fazer isso, talvez se torne um hábito muito mais fácil, mas às vezes quando está aquela loucura de plantão, aquele plantão muito tumultuado às vezes fica um pouco inviável”. (E5)*

Em concordância com os argumentos acima, ainda no estudo de Vogel *et al.* (2020) os profissionais mencionaram situações em que eles não conseguiram preencher o partograma em tempo real, como nos casos de algumas mulheres que demandaram cuidados mais urgentes do que outras. Mas, por outro lado, participantes de outros países do mesmo estudo perceberam que com o novo instrumento foi reduzido o número de intervenções desnecessárias devido ao melhor monitoramento das mulheres, resultando a longo prazo na redução da carga de trabalho.

Ainda sobre o *design* do novo partograma, um participante do presente estudo também se demonstrou insatisfeito com a estrutura do partograma por outro ponto de vista:

*“Eu gostei, a única coisa que eu não gosto desse partograma é que eu acho que ele é de difícil visualização, entendeu. Por exemplo, a gente não consegue, igual o partograma antigo, ver conforme vai evoluindo tudo junto, dilatação e cabeça, que é no mesmo quadrinho. Acho que isso é ruim. É isso de ficar indo e voltando para a página, anotando BCF em um canto, aí vai para a outra página para anotar a dilatação, vai para a outra para ver as contrações [...] fica muita informação, no final parece que está o monte de informação jogada, difícil visualizar rapidamente sabe, se você bater o olho rápido você não entende nada, você tem que pegar para ler”. (E6)*

Na fala do participante acima ao citar sobre “página” foi devido ao partograma ter sido impresso em posição horizontal e em duas laudas, pois foi a forma em que a pesquisadora achou que a visualização ficou melhor para execução do treinamento com os profissionais.

As opiniões acima corroboram com a percepção de alguns participantes do estudo de Laisser *et al.* (2021) que demonstraram preocupação quanto a ausência de uma exibição gráfica como a do partograma tradicional, o que acabou dificultando a percepção deles quanto à progressão normal ou anormal do TP. Outras não gostaram da ausência da linha de ação no novo instrumento, porque elas teriam que refletir sobre os resultados da avaliação da paciente e com isso tomar decisões sobre o que fazer e ter o controle dessas informações, enquanto que no partograma tradicional elas só agiriam quando a linha de ação fosse cruzada, tornando o serviço mais cômodo. Entretanto, algumas parteiras mais experientes foram mais flexíveis diante desta mudança.

No estudo de Vogel *et al.* (2020), os profissionais da Argentina e do Quênia consideraram que no novo partograma as formas de registro estavam mais visuais (circulando alertas e registrando a dilatação e descida fetal em uma tabela) e de fácil interpretação. Já os profissionais da Índia, Malawi, Nigéria e Tanzânia acharam o novo instrumento difícil de interpretar pois, segundo eles, requer uma análise e comparação entre os parâmetros da mulher e do feto com o que é considerado normal, e no partograma tradicional só de olhar as linhas de alerta e de ação já perceberia se o bebê estava em “perigo”.

Observou-se ainda que as parteiras sênior do estudo de Laisser *et al.* (2021) foram mais receptivas com o novo partograma e deram mais apoio do que as parteiras júnior tendo em vista suas experiências que o fizeram ter uma visão mais crítica e consciente sobre a importância e impactos positivos dessa nova ferramenta na assistência obstétrica.

#### **4.2.2 Validação do partograma: considerações e melhorias**

Ao final da sensibilização e do treinamento com os profissionais através da resolução de um caso clínico, foi entregue a eles um formulário para validação do instrumento em escala do tipo Likert, contendo perguntas sobre cinco domínios, conforme exposto abaixo:

**Tabela 2** - Distribuição de domínios contidos no formulário de validação. Curitiba, Paraná, Brasil, 2024.

Domínios	1 - Não adequado	2 - Necessita de grande reformulaç ão	3 - Necessita de pequena reformulaç ão	4 - Adequado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 - Linguagem e compreens ão	0	0	05 (31,25%)	11 (68,75%)	16 (100%)
2 - Facilidade no preenchim ento	0	0	08 (50%)	08 (50%)	16 (100%)
3 - Relevância do conteúdo	0	0	04 (25%)	12 (75%)	16 (100%)
4 - Clareza do conteúdo	0	0	08 (50%)	08 (50%)	16 (100%)
5 - Viabilidade de aplicação e uso	0	0	05 (31,25%)	11 (68,75%)	16 (100%)

Fonte: próprio autor (2024).

Ao final do processo de validação do instrumento, foi realizado o cálculo do IVC através de uma fórmula (figura 7). Das oitenta respostas obtidas, houve predominância da pontuação “3 - necessita de pequena reformulação” e “4 - adequado”, sendo trinta respostas com a pontuação “3” e cinquenta respostas com a pontuação “4” totalizando um IVC de 01, o que significa que o instrumento foi validado para ser utilizado no CPN da maternidade participante.

**Figura 7 - Fórmula para cálculo do IVC.**

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Fonte: google imagens (2024).

A seguir, foram apresentadas as considerações dos participantes e sugestões de melhorias ao instrumento, sendo divididos por seções correspondentes às mesmas seções que compõem o partograma para melhor compreensão.

#### **4.2.2.1 Seção 1 - Identificação (nome, paridade, início do TP, diagnóstico do TP, rotura das membranas e fatores de risco)**

Na seção 1, foi sugerido adicionar itens sobre a idade gestacional da mulher, presença de *Streptococos* do grupo B, motivo do internamento e o nome do bebê, visto ser informações que os profissionais costumam registrar na ficha de acompanhamento do TP na maternidade em questão.

Um ponto que causou estranheza pela totalidade dos participantes foi que, segundo o manual do usuário do novo partograma, o item “paridade” não inclui o histórico obstétrico da mulher (número de partos normais, cesáreas, abortos e gestações ectópicas anteriores), sendo considerado apenas o número de partos normais anteriores. Pensando na importância desta informação que influencia na condução do TP, foi sugerido pelos participantes incluir o histórico obstétrico completo da mulher. A OMS não deixa claro o que os motivou a isso, entretanto, um dos participantes chegou a expor seu ponto de vista sobre a possível justificativa do instrumento não considerar o histórico completo delas.

*“Eu entendo o que eles devem ter pensado ao considerar só o número de partos [...] pensando em parto, se a mulher for múltípara, pode ser que esse parto seja mais rápido, por exemplo, e que uma cesárea não interferiria nesse tempo [...] acho que foi isso que eles devem ter pensado. Tipo “ah ela tem um aborto”, mas isso não vem ao caso porque não vai interferir em nada nesse processo de TP”. (E2)*

*“[...] Eu acho importante colocar a paridade, se tem uma cesárea anterior, porque nesses casos pode ser usado balão para indução, mas não pode pôr Misoprostol [...]”. (E5)*

No estudo de Pingray *et al.* (2021) realizado com profissionais da África, Ásia, Europa e América Latina, os profissionais propuseram também incluir nesta seção, a

data e a hora da admissão da paciente, porém, esses itens não foram contemplados na versão final do partograma publicado pela OMS. Além disso, apontaram possíveis dificuldades em registrar o início da fase ativa no instrumento em casos de mulheres que fossem admitidas tardiamente.

#### **4.2.2.2 Seção 2 - Cuidados de suporte (acompanhante, alívio da dor, líquidos via oral e postura)**

No presente estudo, ao avaliar a seção 2, alguns participantes sugeriram reduzir a frequência de avaliação dos parâmetros desta seção, tendo em vista às mudanças recorrentes e bruscas da mulher quanto a esses quesitos.

*“Para um parto, o que é dois minutos? O que é uma hora para um TP? Então acho que registrar só de hora em hora não diz muito da realidade do que aconteceu dentro daquela hora, porque depende muito do que você marcar. Então tipo, às 06h00 pode não ter tido acompanhante, mas às 06h02 ele pode ter subido com as malas, e aí coloca o que? Já colocou um “não” e aí você vai ficar riscando e apagando quantas vezes? Então não acho que isso aqui seja tão fidedigno com o que acontece em tempo real, acho que se tivesse um espaço para a gente escrever igual a gente está mais habituado, assim: “às 06h00 recebemos a paciente sem acompanhante, às 06h02 o acompanhante chega e permanece com ela, 06h05 troca de acompanhante”. Então acho que isso seria mais legal, essa explicação. Mesma coisa “alívio de dor”, às 06h00 pode não ter nada e às 06h02 pode ter tudo, “líquidos” também”. (E12)*

*“No cenário 1:1 o partograma realmente vai te fazer olhar (para os cuidados de apoio). No cenário de plantão, caos, muito provavelmente vai te fazer mentir, você não vai olhar isso aqui (cuidados de apoio) então acho que nisso ele acaba talvez perdendo um pouco de aplicabilidade a depender da demanda né”. (E15)*

Também foi sugerido para a seção 2, criar novas abreviações para a categoria “postura”, como “QA” para a posição em “quatro apoios” ou “SS” para a posição “semi-sentada”. Estas sugestões citadas foram semelhantes ao encontrado no estudo de Pingray *et al.* (2021), onde os profissionais foram a favor de avaliações menos frequentes destes itens, bem como em também criar novas abreviações como, por exemplo, “PS” para “posição supina” a fim de melhorar o entendimento.

Outro profissional do presente estudo chegou a estranhar ter que avaliar sempre a posição que a mulher está adotando.

*“A mulher tem autonomia de posição, ela pode ficar em qualquer posição que ela queira, menos em decúbito dorsal porque isso é ruim. Óbvio que isso é ruim, a gente sabe. Mas pensando no bem estar dela, ela pode ficar do jeito que ela quiser. Mas é isso, é você alertar”. (E2)*

O estudo de Vogel *et al.* (2024) destacou que os dados clínicos registrados que desviarem do normal, coincidindo com os parâmetros de alerta do partograma, deverão ser destacados com um círculo para identificação visual com o objetivo de alertar o profissional a tomar condutas necessárias. Entretanto, durante a sensibilização realizada com os profissionais do presente estudo, observou-se que para alguns itens do partograma essa estratégia de circular os “alertas” foi vista como inadequada no ponto de vista de alguns profissionais.

*“Eu acho “alerta” um termo meio estranho de usar, porque se a mulher internou já em fase de transição com 8 ou 9 cm, provavelmente é uma fase que ela não vai conseguir comer, e às vezes, não querem nem beber água. Então se eu marcar um “não” ali, pra mim não vai ser um alerta de nada porque eu sei que é esperado nessa fase e a gente tem que respeitar. Mesma coisa se ela não quiser mudar de posição. Só que ao mesmo tempo esse “alerta” parece ser importante para o expulsivo principalmente na parte da “postura” porque se é um bebê que está meio alto e ela precisa verticalizar para esse bebê descer, então um “decúbito dorsal” vai me alertar de que eu preciso mudar ela de posição para ver se tem progressão da descida do bebê. Então a parte de “postura” é válida, só que mais para o período expulsivo, porque [...] a gente tem que respeitar a posição que a mulher quer adotar, e se ela quer adotar a posição em decúbito dorsal que muitas vezes acontece, eu vou fazer o que?... Eu tiraria da seção 2 o termo “alerta” porque eu acho que fica muito assim... impondo que a gente tenha que fazer algo, por mais que a OMS diga que não é algo que obrigatoriamente tenha que fazer. Mas quando a pessoa fala em “alerta” é porque algo vai complicar depois, e para isso (acompanhante, alívio da dor e líquidos via oral) talvez não seja um “alerta”, talvez não precise ter parâmetro, porque tipo... se ela não quer ter acompanhante eu sei que vou usar o “R” de “recusou”, mas já muda do parâmetro do “alerta”, então a gente iria insistir pra ela ter um acompanhante? Para mim fica meio sem lógica para esses três primeiros aqui (acompanhante, alívio da dor e líquidos via oral) e para a “postura” eu acho que o “alerta” se aplica mais para o período expulsivo”. (E1)*

De maneira geral, o item que avalia a presença do acompanhante foi um dos mais bem elogiados pelos participantes do presente estudo.

*“[...] O novo partograma [...] valoriza a presença do acompanhante e inclui isso como um ponto que interfere no processo de evolução do TP. Até porque quando a gente fala do TP na abordagem da psiconeuroendocrinologia a gente vê a importância do acompanhante e esse acompanhante está alinhado com as expectativas da mulher. Então acho que mais do que registrar que ela tem um acompanhante é dever ter alguma coisa ali... dizendo se esse acompanhante está participando daquele processo ou se ele está só de “corpo presente” sabe. É... enfim... talvez esse “acompanhante” aqui não deveria estar só como “sim” ou “não” pela presença dele, mas pela participação dele no processo do TP, sabe”. (E8)*

Por outro lado, no estudo de Laisser *et al.* (2021), as parteiras tinham uma ideia do partograma somente como um instrumento de registro de cuidados e não

como um norteador de condutas baseadas em evidências. Por exemplo, elas questionaram o motivo de ter uma seção no novo partograma que avalia a presença do acompanhante, já que no serviço de saúde que elas atuam, ter um acompanhante não era uma prática casual e não era permitido que o marido esteja presente com a paciente. Entretanto, algumas parteiras mostraram uma perspectiva positiva, de que o novo partograma pudesse melhorar as suas práticas.

As alternativas de cuidados de apoio contidas na seção 2, conforme discutido acima, podem até mesmo evitar uma cesárea desnecessária. Portanto, é de suma importância o novo partograma ter trazido um espaço para o profissional documentar estes cuidados realizados, que muitas vezes acabam sendo negligenciados (Vogel et al., 2024).

*“Eu achei que o novo partograma é muito mais completo que o anterior, porque ele leva em consideração o protagonismo da mulher no TP, como por exemplo, o profissional de saúde respeitar e levar em consideração a postura, a posição que a paciente está naquele momento, se ela está ingerindo líquido ou não, se ela está usando métodos de alívio da dor... eu acho que isso é bem importante [...]”. (E8)*

Os achados do estudo de Srividya e Lakshmi (2023) corroboram com os argumentos citados acima. Neste estudo, foi demonstrado que a maior satisfação dos profissionais também foi a seção de monitoramento de “cuidados de apoio” que incentivam as práticas de cuidados respeitosos durante o TP e nascimento.

#### **4.2.2.3 Seção 3 - Cuidados com o bebê (BCF, desacelerações do BCF, líquido amniótico, posição fetal, bossa e cavalgamento)**

Na seção 3, alguns profissionais sugeriram a possibilidade de conseguir anotar a variabilidade do BCF, antes, durante e após as contrações ao invés de registrar apenas a média dos valores.

*“Sobre a frequência, não acho legal ficar colocando só a média, isso não traz o que acontece, então a gente precisa ter um mínimo, uma média... nem a média eu acho que precisava, acho que o mínimo e o máximo ali do quanto chegou o BCF”. (E12)*

Ainda na seção 3, foi sugerido preencher o item de posição da cabeça fetal conforme a nomenclatura já usada na instituição participante, como: occipito púbico (OP)/sacral (OS), occipito direita anterior (ODA)/posterior (ODP)/transverso (ODT), occipito esquerda anterior (OEA)/posterior (OEP)/transverso (OET) e se está cefálico ou pélvico. Foi sugerido também retirar a opção de avaliação do cavalgamento de

suturas e a necessidade de classificar a bossa em cruces, registrando apenas se a bossa está presente ou ausente.

*“Às vezes a cabeça do bebê está lá em cima e tem um bolsão protuso e você [...] tenta, mas não consegue palpar. Se fosse aplicado assim (como é preconizado no novo partograma) talvez mudaria nossa cultura, porque hoje nossa cultura aqui no hospital é “tentei palpar e não consegui”, beleza, mas aí tem cantos que é obrigatório você tentar sentir, tipo cultura de hospital mesmo. “Tal maternidade todos os profissionais têm que evoluir, se é um occipito posterior à direita ou à esquerda ou occipito posterior ou occipito anterior”, precisa falar isso exatamente, e talvez isso mudaria a cultura daqui, só que em contrapartida até a gente conseguir avaliar isso, seria um toque mais chato para a paciente. Claro que tipo... se é um expulsivo mais demorado e eu preciso realmente avaliar, é uma situação. Mas se é uma mulher que internou com 5 cm e [...] que fica em “Nárnia” (em outra dimensão, condição esperada no TP ativo) fácil e eu fico insistindo, aquilo dificulta e pode ela considerar uma violência obstétrica ou até mesmo recusar um próximo toque mesmo que esteja na hora correta de avaliar ou ela querer desistir do TP [...]”.* (E1)

*“Nunca usei essa classificação (classificação da bossa e cavalgamento por cruces), só “tem” ou “não tem”. Até porque o que pode ser médio para mim pode não ser para outra pessoa”.* (E2)

*“Eu nem sabia que a forma como as suturas estão cavalgadas significava alguma coisa, eu só avaliava se estavam cavalgadas ou não”.* (E15)

No estudo de Pingray *et al.* (2021) também foi evidenciado menor nível de aceitação para os itens “posição fetal”, “bossa” e “cavalgamento”.

#### **4.2.2.4 Seção 4 - Cuidados com a mulher (pulso, pressão sistólica, pressão diastólica, temperatura e urina)**

Na seção 4, um participante propôs adicionar o item “saturação” nesta seção por tratar-se de um quesito relevante, sendo um dos sinais vitais avaliados de rotina na instituição participante. Entretanto, houve um profissional que achou melhor retirar do instrumento os sinais vitais e deixá-lo somente no prontuário.

*“Os sinais vitais talvez eu não colocaria no partograma porque ele é instituído no programa de todos os hospitais, cada um tem o seu e querendo ou não isso já é bem aderido pela equipe e realizado, sabe, eu acho que talvez não se encaixe aqui isso, pensando num modo de encurtar ele pra facilitar o preenchimento desse instrumento que é longo”.* (E8)

Já houveram aqueles profissionais que gostaram da ideia de incluir os sinais vitais no partograma:

*“Eu gosto muito que ele valoriza os sinais vitais porque isso geralmente é uma coisa subestimada... que a gente conversou agora pouquinho, que aqui a gente ver de 6/6h e isso está errado, e na verdade a Diretriz Nacional de*

*Assistência ao Parto diz que o pulso e a temperatura deveriam serem vistos de hora em hora [...]”. (E15)*

Além disso, quase a totalidade dos profissionais sugeriram a retirada da avaliação de proteína (proteinúria) e cetona (cetonúria) na urina pela ausência de fita reagente de urina na instituição participante. Ainda mais, esse tipo de alteração como a proteinúria, por exemplo, geralmente só é encontrada em quadros de pré-eclâmpsia, que já seria classificada como uma gestação de alto risco. Logo, esse tipo de paciente não é admitido no CPN por ser um local que só recebe gestantes de baixo risco, e quando necessário avaliar esse quesito, é investigado por meio de exames laboratoriais.

*[...] Para o nosso cenário eu tiraria a “urina”, óbvio, porque a gente não faz isso e não sei o quanto isso mudaria na conduta do parto, então acho que não precisa ter, seria um tópico a menos”. (E15)*

*“A avaliação da “urina”, que não é rotina fazer aqui no hospital, por exemplo, mas claro que num hospital, num lugar que faça, faz mais sentido, ou de repente em determinado TP, determinada comorbidade [...]”. (E3)*

*“[...] Só não aprovo a “urina”, eu acho que é algo que deve ser por critério, até porque a gente não vai ter fita de urina para todo mundo no Sistema Único de Saúde (SUS), então pode ser criterioso. Quando for escrever um protocolo hospitalar para isso (novo partograma), deixar a fita de urina para as pacientes que tem pré-eclâmpsia que estão induzindo sabe, deixar criterioso”. (E4)*

Nos resultados do estudo de Pingray *et al.* (2021), também foi encontrado um menor índice de concordância para a frequência de registro da “urina”, demonstrando ser um item pouco comum de ser avaliado de rotina nos serviços de saúde em geral.

#### **4.2.2.5 Seção 5 - Progresso do TP (contrações em 10 minutos, duração das contrações, dilatação cervical e descida fetal)**

No item “duração das contrações”, foi sugerido pelos participantes do presente estudo, a possibilidade de escrever a duração exata de cada contração e não somente a média delas como foi determinado no novo partograma, pois trata-se de uma informação útil e fundamental para análise da efetividade da dinâmica uterina.

*“Não acho isso legal porque isso não traz um parâmetro para a gente, pode ter contrações de dez segundos a sessenta segundos ou às vezes até mais, então da forma que o novo partograma trouxe [...] a gente sabe o que está acontecendo com ela, mas sem certeza que ela está em TP ativo”. (E12)*

Houve também a proposta de avaliar a dinâmica uterina somente quando necessário, como ao perceber mudança no padrão das contrações ou antes de iniciar uma indução farmacológica, por exemplo. Essa sugestão foi dada por ser inviável

avaliar a dinâmica uterina a cada 30 minutos obrigatoriamente, e pior ainda no período expulsivo de 15/15 minutos, tendo em vista que leva 10 minutos para avaliar a dinâmica uterina de uma paciente.

*“Meu Deus, e se a gente estiver com cinco mulheres? Humanamente impossível, só se for assistência 1:1”. (E1)*

*“Me preocupa um pouco... não é que me preocupa, acho um desafio essa contagem de contração, essa dinâmica uterina de 30/30 minutos e 15/15 minutos, não sei como faria isso na prática”. (E10)*

Ainda sobre a seção 5, o item “dilatação cervical” foi o mais elogiado, apresentando maior grau de satisfação entre os participantes. Eles relataram se sentirem mais seguros em saber até quando deixar fluir o TP e quando intervir. Além disso, a ausência da ideia de a mulher dilatar “1cm/hora” como Friedman acreditava, é um fator que pode levar a menos intervenções intraparto. No entanto, houveram observações relevantes sobre esse item:

*“Estou pensando nesses puxos aí... porque às vezes ela nem está no expulsivo, nem com dilatação total (10 cm) ainda, aí tipo assim, eu vou precisar avaliar ela para ter certeza que aquilo é um expulsivo real”. (E2)*

O termo “puxo” significa quando o bebê começa a forçar o períneo da mulher e ela começa a sentir uma vontade incontrolável de fazer força para o bebê nascer. Geralmente quando chega nessa fase a mulher já está com 10 cm de dilatação, que é chamado de período expulsivo (período de expulsão do bebê). Logo, no novo partograma ao chegar nesse período, o avaliador deixa de registrar as avaliações na tabela da “fase ativa” e passa a registrá-las na tabela do “período expulsivo”.

*“Acho que fica confuso porque às vezes ela começa com puxo, mas não está com total”. (E1)*

*“Gostei muito dessa parte porque ele limita bem o tempo de expulsivo, isso também evita algumas violências obstétricas, porque daí o profissional tem que respeitar essa janela de três horas para realmente intervir com alguma coisa. Mas também acho que para passar para essa parte do expulsivo, vai muito da prática clínica de cada um, porque como eu tinha comentado até durante a aula que você me deu, a capacitação... tem algumas pacientes que não estão no período expulsivo, mas que apresentam puxos muito fortes mesmo não estando com a dilatação total, é raro, mas acontece. Então nesses casos, você vai ter que continuar nesse espaço de “fase ativa” até que a gente tenha certeza do período expulsivo que tenha puxo real”. (E4)*

Sobre o item “dilatação cervical”:

*“Marcar só um “x” é ruim porque a gente não sabe o aspecto do colo. Pode permanecer naquela mesma dilatação, mas já ser um colo central, curto e fino”. (E1)*

Um participante do estudo sugeriu incluir no item “dilatação cervical” um lembrete informando que o toque vaginal deve ser realizado a cada quatro horas, segundo as novas recomendações da OMS (2018). Apesar de ser uma recomendação

já “batida”, no estudo de Pingray *et al.* (2021), alguns profissionais não concordaram com essa frequência de avaliação proposta, o que reforça a real necessidade de frisar essa frequência, a fim de evitar toques repetitivos que podem cursar com intervenções desnecessárias.

Já o item “descida” avaliado pelos “quintos da cabeça” causou muita estranheza aos profissionais por não ser um tipo de avaliação comum entre eles, entretanto todos se mostraram interessados em aprender esse método de avaliação. Alguns chegaram até mesmo a praticar posteriormente em seus atendimentos pré-hospitalares.

*“Eu acho “ok” até a gente usar essa técnica em pacientes que a gente consegue fazer isso e para a gente não precisar fazer toque. Então tipo “ai vou fazer o toque só para saber se o bebê desceu”, não, a gente pode fazer essa técnica. É uma boa se for pensar, mas nem sempre a gente vai conseguir fazer”. (E2)*

*“Isso aqui que é esquisito “dos dedos”, mas faz sentido. Mas mesmo assim né, para a gente não precisar tocar a todo momento para ver e tal... mas tem aquela questão do desconforto na hora de examinar a paciente”. (E3)*

*“Aqui no CPN eu não vejo porque usar isso e não o De Lee, eu acho que não é isso que vai fazer tocar menos”. (E15)*

Um dos participantes do presente estudo argumentou que além da importância da altura da cabeça fetal, saber a posição da cabeça do bebê também é necessária em determinados momentos. Por exemplo, ao identificar uma desaceleração importante do BCF no período expulsivo, talvez nesse momento só saber a altura da cabeça fetal pelos “quintos da cabeça” não seja suficiente, sendo importante realizar um toque vaginal para saber em que posição o bebê se encontra na pelve materna. Com isso facilitaria determinar a conduta mais adequada para auxiliar o bebê a rodar e descer evitando um expulsivo prolongado e todos os riscos que essa situação pode trazer.

Ainda sobre o item “descida”, outros profissionais do presente estudo preferiram que retirasse essa forma de avaliação do instrumento ou também incluísse o plano de De Lee no partograma, visto ser o método mais comum já utilizado pelos profissionais em sua assistência, e então cada profissional usaria o que fosse mais adequado, na sua concepção, para cada momento que for avaliar a paciente.

#### **4.2.2.6 Seção 6 - Medicação (ocitocina, medicamentos e fluídos endovenosos)**

Na seção 6, dois participantes sugeriram alterações, que foi sobre registrar as medicações utilizadas nos itens da seção 7 (avaliação e plano) e adequar a forma de registrar a ocitocina, trocando as “gotas/minuto” por “mL/hora”, já que no hospital participante se faz uso de bomba de infusão que é controlada por mL/hora.

No estudo de Pingray *et al.* (2021) os profissionais sentiram a necessidade de ter uma explicação mais clara sobre a forma de registrar os medicamentos; da adição de abreviaturas para registro do uso da ocitocina e da inclusão do item “uso de oxigênio” nesta mesma seção.

Outro ponto, é que no item de avaliação do uso da ocitocina, não foi estabelecido pelo manual do usuário da OMS um padrão na forma de registrar a dosagem utilizada. Desse modo, subentende-se que fica a critério do profissional anotar como ele preferir, dando margem para ele escrever a dosagem máxima ou a mínima que foi utilizada em determinado horário ou anotando todas as doses separadas por barras, por exemplo, o que pode dificultar a interpretação por outros profissionais na continuidade daquele cuidado.

*“[...] Quando a gente abre muito (as formas de registrar) fica a critério do profissional o que ele quer colocar, cada um faz de um jeito, aí se se um dia a gente quiser usar isso para uma avaliação, a gente não consegue porque cada um vai estar de um jeito [...] então acho que abre muito leque quando fica a critério do profissional. Então acho que seria melhor se tivesse um partograma um pouquinho mais organizado nesses pontos [...] e assim acho que daria para usar, mas depois de umas boas atualizações para o nosso serviço [...]”.*  
(E12)

Um dos participantes do presente estudo deu a sugestão de criar um protocolo para padronizar certas formas de registrar determinadas avaliações, abreviaturas, dentre outros, para a assistência no CPN em que foi realizado o estudo. Inclusive essa ideia poderia servir para solucionar a problemática citada anteriormente pelo outro participante.

*“A viabilidade de aplicação do partograma na assistência do CPN eu acho super adequada, só que precisa da questão da formulação de um protocolo, porque tanto essa “clareza dos aspectos abordados”, quanto a “aplicação”, ela vai mudar de acordo com a forma que a gente aplica na prática. Mas acredito que o modo como o instrumento é aplicado, assim como qualquer instrumento que a gente usa aqui, vai de acordo com o protocolo, então assim [...] elaborar um bom protocolo do acordo com a nossa realidade e de repente adicionar algumas abreviaturas a mais, porque o resto eu achei muito bom”.* (E4)

#### **4.2.2.7 Seção 7 - Tomada de decisão compartilhada (avaliação e plano de cuidados)**

Na seção 7, os participantes do estudo de Pingray *et al.* (2021) tiveram dificuldade em compreender a diferença entre os itens “avaliação” e “plano”. Já os profissionais da presente pesquisa não relataram nenhuma queixa quanto a esse quesito, entretanto durante a execução do caso clínico que ocorreu após a sensibilização dos profissionais, percebeu-se que alguns participantes apresentaram dificuldade no discernimento entre esses dois itens “avaliação” e “plano”, o que necessitou de explicações mais claras sobre suas diferenças. Mas de modo geral foi um tópico que causou bastante agrado aos profissionais por permitirem traçar um plano de ação, o que torna o cuidado individualizado.

*“Eu gostei dessa avaliação e plano, você viu que se assemelha a nossa Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)? Que delícia! Cara é muito SAE isso... pegar histórico, fazer uma avaliação, diagnóstico, planejamento, que seria a prescrição de enfermagem com intervenção né, gostei bastante”. (E4)*

Na primeira versão criada e testada do novo partograma, era incluso ao instrumento uma 8ª seção (resultados do nascimento) contendo avaliações do recém-nascido como, modo de nascimento, apgar ao 5º minuto, perda sanguínea, estado neonatal e peso ao nascer (Pingray *et al.* 2021). Porém essa seção foi excluída da versão final e original do partograma. Inclusive, alguns participantes do presente estudo, durante o treinamento, sentiram falta e indagaram sobre a existência de um espaço para registro do nascimento e dados do recém-nascido como contém no partograma tradicional que eles utilizam na instituição participante.

Ainda segundo Pingray *et al.* (2021), embora grande parte dos profissionais avaliados sintam a necessidade de acrescentar os dados do nascimento, eles já são registrados no prontuário e o partograma não objetiva substituí-lo, mas sim auxiliar os profissionais a implementarem as novas recomendações da OMS sobre cuidados intraparto.

### **4.3 ETAPA 3 - Versão final do instrumento**

Por fim, apesar do instrumento ter sido validado, o partograma foi modificado conforme as sugestões fornecidas pela maioria dos participantes, sendo apresentado

para eles a sua versão final e em português como encerramento da etapa de coleta de dados.

Como até o momento o partograma ainda não foi oficialmente validado em língua portuguesa, a versão adaptada criada através deste estudo ainda não poderá ser divulgada e utilizada no CPN da maternidade participante devido questões éticas e legais.

**Figura 8:** novo partograma adaptado com as sugestões dos participantes do estudo.

GUIA DE CUIDADOS NO TRABALHO DE PARTO DA OMS																																																		
Nome: _____ Idade: _____ G _ P _ C _ A _ E _ IG: _____ sem TS: _____ GBS: _____ Diagnóstico: _____ Exame físico de internamento no PA: _____ h _____ Data e hora da admissão no CP/CO: ____/____/____ h ____ Comorbidades: _____ Nome do bebê: _____ Nome do(a) acompanhante: _____ Alergias: _____ Observações: _____												Etiqueta																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Horário</td> <td style="width: 10%;">:</td> </tr> <tr> <td>Tempo</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>ALERTA</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">← FASE ATIVA →</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">← EXPULSIVO →</td> </tr> </table>												Horário	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	Tempo	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	ALERTA	← FASE ATIVA →										← EXPULSIVO →	
Horário	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:																																						
Tempo	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:																																						
ALERTA	← FASE ATIVA →										← EXPULSIVO →																																							
CUIDADOS DE APOIO	Acompanhante																																																	
	Alívio da dor																																																	
	Dieta																																																	
	Posição																																																	
Acompanhante e alívio da dor: S - sim   N - não   R - recusado; Dieta: J - jejum   S - sim   N - não   R - recusado Posição: QA - quatro apoios   EM - em movimento   SS - semi-sentada   CO - cócoras   EP - em pé   DD - decúbito dorsal   DLE/D - decúbito lateral esquerdo/direito   BAN - banqueta																																																		
BEBÊ	BCF	<110, ≥160																																																
	Desacelerações	T																																																
	LA	MEC +++, SA																																																
	Posição fetal	OS																																																
	Bossa	+																																																
Desacelerações: N - não   P - precoce   V - variável   T - tardia; LA: BI - bolsa íntegra   LCCG - líquido claro com grumos   MEC - mecônio   SA - sangüinolento; Posição fetal: OS - occipito sacral   OP - occipito púbico   OD/A/P/T - occipito direita/anterior/posterior/transverso   OE/A/P/T - occipito esquerda/anterior/posterior/transverso; Bossa: (+) presente   (-) ausente																																																		
PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO	DU (10 mm)	≥2, >5, >20, <-60																																																
	Dilatação (4/4h)	10																																																
		9	≥ 2h																																															
		8	≥ 2.5h																																															
		7	≥ 3h																																															
		6	≥ 5h																																															
5	≥ 6h																																																	
Descrever as características do colo em cada avaliação.																																																		



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido no decorrer deste estudo, com o passar do tempo, o partograma tradicional criado por Friedman em 1952 foi se tornando de uso inadequado e insuficiente para acompanhamento real do TP frente às novas evidências de assistência ao TP e parto. Tal argumento é embasado por estudos científicos atuais que evidenciaram a ausência de um “tempo certo” de TP, desmistificando a ideia de existir um padrão único de TP.

Entretanto, apesar de seu modelo estar ultrapassado, o partograma desde que foi criado vem demonstrando ainda ser uma excelente estratégia de monitoramento da progressão do TP, necessitando apenas de atualizações. Com isso um novo modelo de partograma foi proposto e lançado pela OMS incluindo as mais atuais recomendações sobre cuidados intraparto de boa qualidade.

Portanto, se faz necessário iniciar a adesão desta nova ferramenta nos serviços de saúde de todo o Brasil que prestam assistência ao TP e parto, a fim de tornar uma assistência mais individualizada, centrada das reais necessidade da mulher e aspectos de cada TP, resultado em um cuidado holístico e mais seguro.

O processo de sensibilização dos profissionais quanto ao uso do novo partograma foi de fácil realização e de grande sucesso, pois os participantes demonstraram-se proativos e interessados em conhecer e manusear a nova ferramenta, bem como apresentaram grande satisfação e anseio em aderi-lo em suas práticas obstétricas.

Desse modo, o partograma foi então validado pelos participantes do presente estudo para ser utilizado no CPN da maternidade participante e também foram atendidos a quase todas as sugestões para a sua modificação, tornando-o mais adequado às demandas e características da instituição em questão. Vale ressaltar que a versão final do instrumento, após ser validado a nível nacional, poderá ser implementado futuramente no hospital participante dando continuidade ao projeto.

Como limitações do estudo, tem-se o fato de o novo partograma, apesar de ter sido desenvolvido há quatro anos, ainda não existir na versão em português impossibilitando a sua implementação nos serviços de saúde até o momento, o que necessita de um processo de validação no Brasil para seu uso. Além disso, por ser um instrumento relativamente novo, ainda há poucos estudos publicados sobre a

temática e ainda todos sendo internacionais, o que também dificultou na amplitude da discussão de resultados.

Logo, o presente estudo demonstrou ser de grande valia para os profissionais de saúde ao se manterem atualizados sobre o uso e benefícios desta nova ferramenta. Além disso, para a comunidade científica poderá servir como incentivo para a posterior validação oficial em língua portuguesa para então as instituições poderem implementar em suas rotinas de trabalho. Também, sugere-se criar novos estudos sobre a temática abordando outros aspectos, como, os impactos do novo partograma na redução das taxas de cesarianas ou na qualidade da assistência prestada ao TP e parto.

## REFERÊNCIAS

- AAERON, B.; CAHILL, A.; GUISE, J.M. *et al.* Safe prevention of the primary cesarean delivery. **ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus**, v. 210, p. 179-1932, 2014. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/s0002-9378\(14\)00055-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/s0002-9378(14)00055-6/fulltext). Acesso em: 14 de abril de 2024.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–8, 2011. DOI. 10.1590/S141381232011000800006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Diretriz-Nacional-de-Assist%C3%A2ncia-ao-Parto-Normal-2016.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2024.
- DALAL, A.R.; PURANDARE, A.C. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? **The Journal Obstetrics Gynecology of India**, v. 68, n. 1, p. 3-14, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783902/#CR5>. Acesso em: 14 de maio de 2024.
- GHULAXE, Y.; TAYADE, S.; HUSE, S. *et al.* Advancement in Partograph: WHO's Labor Care Guide. **Cureus**, v. 14, n. 10, e30238, 2022. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/109866-advancement-in-partograph-whos-labor-care-guide#!>. Acesso em: 05 de maio de 2024.
- HOFMEYR, G.J.; BERNITZ, S.; BONET, M. *et al.* WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 128, n. 10, p. 1658-1662, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9291293/>. Acesso em: 07 de junho de 2024.
- LAISSER, R.; DANNA, V.A.; BONET, M. *et al.* An exploration of midwives' views of the latest World Health Organization labour care guide. **African Journal of Midwifery Womens Health**, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/357264119\\_An\\_exploration\\_of\\_midwives'\\_views\\_of\\_the\\_latest\\_World\\_Health\\_Organization\\_labour\\_care\\_guide](https://www.researchgate.net/publication/357264119_An_exploration_of_midwives'_views_of_the_latest_World_Health_Organization_labour_care_guide). Acesso em: 28 de abril de 2024.
- LIMA, E.C.; CONCEIÇÃO, G.N.; NASCIMENTO, P.L. Uso do partograma como uma tecnologia facilitadora na enfermagem obstétrica. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 9, n. 9, p. 59-65, 2021. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Uso-do-partograma-como-uma-tecnologia-facilitadora-na-enfermagem-obstetrica-v-9-n-9.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2024.
- LUCENA, T.S.; SANTOS, A.A.P.; MORAIS, R.J.L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto.

**Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019. Disponível em: [https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7003/pdf\\_1](https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7003/pdf_1). Acesso em: 06 de junho de 2024.

MORAIS, B.S.; VANCETA, C.L.; CASTRO, D.H. *et al.* O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo. **Promoção e Proteção da Saúde da Mulher**, p. 77-86, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223007/001127649.pdf?sequence=1&isAllowed=.> Acesso em: 14 de abril de 2024.

MAGON, N. Partograph revisited. **International Journal of Clinical Cases Investiga**, v. 3, n. 1, p. 1-6, 2011. Disponível em: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?journal=Int+J+Clin+Cases+Investig&title=Partograph+revisited&author=N+Magon&volume=3&issue=1&publication\\_year=2011&pages=1:6&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Int+J+Clin+Cases+Investig&title=Partograph+revisited&author=N+Magon&volume=3&issue=1&publication_year=2011&pages=1:6&). Acesso em: 14 de maio de 2024.

MAHLER, H. The safe motherhood initiative: a call to action. **Lancet**, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2882090/>. Acesso em: 07 de junho de 2024.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2a ed. São Paulo. Sarvier, 2000.

NETO, H.P. (trad.). **O Partograma: Parte I. Princípios e Estratégias**, 1999.

OMS. GUÍA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: MANUAL DEL USUARIO [WHO labour care guide: user's manual]. **Ginebra: Organización Mundial de la Salud**; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 de abril de 2024.

PINGRAY, V.; BONET, M.; BERRUETA, M. *et al.* The development of the WHO Labour Care Guide: an international survey of maternity care providers. **Reproductive Health**, v. 18, n. 66, p. 01-09, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01074-2>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2019.

ROMERO, R. A profile of Emanuel A. Friedman. **American Journal of Obstetrics Gynecology**, v. 215, n. 4, p. 413-4, 2016. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30469-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30469-0/fulltext). Acesso em: 16 de novembro de 2024.

SRIVIDYA, N.; LAKSHMI, S.J.M. A study on implementation of WHO labour care guide in low-risk pregnant women and its impact on maternal and perinatal outcome. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 12, p. 226-230, 2023. Disponível em:

<https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/12488/7757>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

VOGEL, J.P. THOMSON, L.C.; PINGRAY, V. *et al.* Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. **Birth Issues In Perinatal Care**, n. 48, p. 66-75, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12511>. Acesso em: 13 de novembro de 2024.

VOGEL, J.P.; PINGRAY, V.; ALTHABE, F. *et al.* Implementing the WHO Labour Care Guide to reduce the use of Caesarean section in four hospitals in India: protocol and statistical analysis plan for a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomized pilot trial. **Reproductive Health**, v. 20, n. 18, 2023. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01525-4>. Acesso em: 07 de junho de 2024.

VOGEL, J.P.; PUJAR, Y.; VERNEKAR, S.S. *et al.* Effects of the WHO Labour Care Guide on cesarean section in India: a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomized pilot trial. **Nature Medicine**, v. 30, p. 463-469, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-023-02751-4>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

WHO labour care guide: user's manual. Geneva: **World Health Organization**, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1322094/retrieve>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. **Geneva: World Health Organization**; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://srhr.dspace-express.com/server/api/core/bitstreams/c4511841-27cd-4779-bd3c-5bb740c84961/content>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva: World Health Organization**; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth. Geneva: **WHO**, 2000. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=U-F3hTBnvz4C&oi=fnd&pg=PR1&ots=UxSUNwl\\_ve&sig=x-HD3s4niWtUoG7xRLvi2sunDNw&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=U-F3hTBnvz4C&oi=fnd&pg=PR1&ots=UxSUNwl_ve&sig=x-HD3s4niWtUoG7xRLvi2sunDNw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 18 de junho de 2024.

ZHANG, J.; TROENDLE, J.F.; YANCEY, M.K. Reassessing the labor curve in nulliparous women. **American Journal Obstetrics Gynecology**, v. 187, n. 4, p. 824-828, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12388957/>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Sara Samara Ferreira de Araujo, Marcia Daniele Seima e Tatiane Herreira Trigueiro Stella, pesquisadoras da Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) profissional de saúde que atua no Centro de Parto Normal (CPN) da instituição participante, a participar de um estudo intitulado “Novo partograma da Organização Mundial da Saúde: sensibilização dos profissionais de saúde de uma maternidade pública do Sul do Brasil”.

Os objetivos desta pesquisa é sensibilizar os profissionais de saúde de uma maternidade no Sul do Brasil, sobre como utilizar o novo partograma da OMS e validar o instrumento com os profissionais participantes da pesquisa.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário participar de um momento de educação em saúde sobre como utilizar o novo partograma, na qual será conduzida como forma de diálogo, onde você poderá participar ativamente, sanar dúvidas e dar opiniões sobre o instrumento. Após a capacitação, será proposto a você a resolução de um caso clínico a fim de que você possa treinar o preenchimento do partograma e potencializar seu aprendizado. Nessa etapa será utilizado um gravador e um diário de campo para captar informações mencionadas por você (caso tenha) que possam ser relevantes para posterior discussão da temática abordada.

Posteriormente é necessário você responder um formulário de validação do instrumento apresentado composto por cinco questões fechadas e abertas, questionando aspectos sobre a linguagem e compressão do instrumento, facilidade de preenchimento, relevância, clareza, viabilidade do seu uso na assistência, bem como sugestões que você e os demais participantes poderão fornecer para o aprimoramento do instrumento.

Em outro momento, você será novamente recrutado para demonstrá-lo o partograma com as alterações sugeridas por você e os demais participantes, como etapa final da coleta de dados.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer ao CPN do Hospital do Trabalhador, localizado na Rua Isaac Guelmann, 434, Novo Mundo, em Curitiba, para participar do momento de educação em saúde e preencher o questionário mencionado anteriormente, o que levará aproximadamente 40 minutos de abordagem no total.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao cansaço durante a abordagem do estudo.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: a irritabilidade, o cansaço, o estresse emocional, e o estigma como resultado da quebra de confidencialidade. Para minimizar a ocorrência de tais riscos, os dados serão produzidos com garantia de anonimato, sigilo e privacidade individual, não sendo possível sua identificação e, também, será tomada cautela na devolução dos achados em meios próprios, e os dados oriundos da pesquisa serão utilizados apenas para a finalidade proposta no trabalho. Os participantes receberão codificações alfanuméricas para evitar a quebra de anonimato. As informações ficarão armazenadas em computador pessoal, protegidos com senha e guardadas por cinco anos. Posteriormente serão descartadas.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: manter-se atualizado sobre o novo partograma recomendado pela OMS e quando for possível em outro momento, implementar o instrumento na instituição participante e os resultados demonstrarem a importância do seu uso para a melhoria da assistência ao TP ao promover maior segurança durante o acompanhamento do processo de parturição e respaldo legal ao profissional atuante.

Os pesquisadores Sara Samara Ferreira de Araujo, Marcia Daniele Seima e Tatiane Herreira Trigueiro Stella, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte telefone (86) 99986-4330 ou pelo e-mail [sarasam231@gmail.com](mailto:sarasam231@gmail.com). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone acima.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEPESH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido por meio do questionário e gravador será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de cinco anos.

É importante saber que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Entretanto, caso haja gasto relacionado à sua participação na pesquisa, você será ressarcido.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou

atendimento ordinário que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado(a) que serei atendido(a) sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendi que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinada pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

## ANEXO 2

HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Novo partograma da Organização Mundial da Saúde: sensibilização dos profissionais de saúde de uma maternidade pública do Sul do Brasil.

**Pesquisador:** Marcia Daniele Seima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81571124.0.0000.5225

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.014.763

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa metodológica, na qual consiste no desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos que podem ser utilizados na assistência saúde, como por exemplo, na educação em saúde (POLIT; BECK, 2019). A pesquisa será conduzida em três etapas. Na primeira etapa será realizada uma busca na literatura vigente, por meio de bases de dados científicas, manuais e protocolos sobre o novo partograma da OMS, fazendo um levantamento dos dados mais relevantes para a fundamentação teórica e discussão de resultados. A segunda etapa será realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio de um momento de educação em saúde com os profissionais atuantes no CPN da instituição participante como forma de sensibilizá-los sobre como utilizar o novo partograma da OMS.

A ocasião será conduzida como uma forma de diálogo, permitindo o profissional interagir, dar opiniões e sanar dúvidas, no decorrer ou após o processo conforme sua preferência. Após a capacitação, será proposto ao participante a resolução de um caso clínico para que o mesmo possa treinar o preenchimento do partograma e potencializar seu aprendizado. O caso clínico utilizado será retirado do Guia OMS de cuidados durante el

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.014.763

trabalho de parto: manual del usuário (2021) e readequado conforme necessidade da pesquisadora. O partograma utilizado na execução da educação em saúde será na versão em espanhol devido ao fato de ainda não estar disponível na literatura a versão em português.

No momento da educação em saúde será utilizado um gravador e um diário de campo a fim de captar informações mencionadas pelos participantes que possam ser relevantes para posterior discussão da temática abordada. A análise desses dados subjetivos será realizada e apresentada em formato descritivo à luz da literatura.

Na terceira etapa, será aplicado um formulário de avaliação elaborado pelos próprios pesquisadores para preenchimento individual, composto por cinco questões fechadas e abertas. No formulário será questionado aspectos sobre a linguagem e compreensão do instrumento, facilidade de preenchimento, relevância, clareza, viabilidade do seu uso na assistência, bem como sugestões que os participantes poderão fornecer para seu aprimoramento. Será utilizado o escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) proposto por Alexandre e Coluci (2011). Os especialistas procederão à análise correspondente à relevância de cada item (1- Não adequado, 2- Necessita de grande reformulação para ser adequado, 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado, 4- Adequado). Trata-se de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A avaliação será calculada por meio da soma de concordância dos itens marcados por "3" ou "4" pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas e será obtido um escore de IVC = 1. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais. Posteriormente os participantes serão novamente recrutados para demonstrá-los o partograma com as alterações sugeridas pelos mesmos, como etapa final da coleta de dados. No momento da coleta das informações será utilizado um gravador, diário de campo e o questionário. Para a análise dos dados será utilizado o programa Microsoft Excel

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.014.763

Sensibilizar os profissionais de saúde de uma maternidade no Sul do Brasil, quanto ao novo partograma da OMS.

Objetivos específicos

- ¿ Realizar um momento de educação em saúde com os profissionais que atuam no Centro de Parto Normal (CPN) da instituição participante sobre como utilizar o novo partograma da OMS;
- ¿ validar o novo partograma com os profissionais participantes da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: riscos de gradações variadas e tipos variados. Neste estudo, consideraram-se, como possíveis riscos, o desconforto, a irritabilidade, o cansaço, o estresse emocional, e o estigma como resultado da quebra de confidencialidade. Os participantes receberão codificações alfa numéricas para evitar a quebra de anonimato. As informações ficarão armazenadas em computador pessoal, protegidas com senha e guardadas por cinco anos. Posteriormente serão descartadas. Caso o participante venha a sentir-se desconfortável, cansado ou irritado será reforçado o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Benefícios: A sociedade poderá se beneficiar de agregação de informações atuais, provenientes do conhecimento procedente da pesquisa, bem como despertará o universo científico a levantar mais pesquisas sobre o tema, aprimorar o que encontrará como resultado e incentivar a implementação do novo partograma nos serviços de saúde, tendo em vista ser um instrumento que ainda está em processo de aprimoramento, evolução e ainda pouco implementado no Brasil em sua nova versão.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa poderão se beneficiar como forma de se manterem atualizados sobre o novo partograma recomendado pela OMS, e se beneficiarão de modo indireto, quando for possível em outro momento, implementar o instrumento na instituição participante e os resultados demonstrarem a importância do seu uso para a melhoria da assistência ao parto ao promover maior segurança durante o acompanhamento do processo de parturição e respaldo legal ao profissional atuante

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tema relevante na especialidade apresentada, onde a sensibilização dos participantes ao

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.014.763

protocolo e a validação do mesmo é necessária para a qualidade de assistência.

Ressaltamos que na terceira etapa pesquisador refere que : "Na terceira etapa, que ocorrerá em outro momento, os participantes serão novamente recrutados para demonstrá-los o partograma com as alterações sugeridas pelos mesmos, como etapa final da coleta de dados. ", denotando a mudança de um protocolo implementado pela OMS após as considerações dos participantes, fugindo dos objetivos do presente estudo que são sensibilização e validação do novo protocolo de partograma da OMS.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de anuência institucional, folha de rosto, termo de compromisso da equipe apresentados e adequados

### Recomendações:

Não há

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

### Considerações Finais a critério do CEP:

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2343497.pdf	11/07/2024 14:38:08		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_Equipe.pdf	11/07/2024 14:37:23	Marcia Daniele Seima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/07/2024 14:37:03	Marcia Daniele Seima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_Diretor_Academico.pdf	11/07/2024 14:36:54	Marcia Daniele Seima	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia_Diretor_Hospital.pdf	11/07/2024 14:36:46	Marcia Daniele Seima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	11/07/2024 14:35:06	Marcia Daniele Seima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/07/2024	Marcia Daniele	Aceito

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

**HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR**

Continuação do Parecer: 7.014.763

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14:34:53	Seima	Aceito
----------------	--------------------	----------	-------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 19 de Agosto de 2024

---

**Assinado por:  
Fabio Carvalho  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida Republica Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DO NOVO PARTOGRAMA DA OMS

#### Dados de identificação do participante

Idade:

Sexo:

Profissão:

Presença de especialização na área da obstetrícia:

Tempo de atuação na instituição:

#### 1- Quanto à linguagem e compreensão do instrumento:

1- Não adequado

2- Necessita de grande reformulação para ser adequado

3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado

4- Adequado

\*Sugestão para adequação:

#### 2- Quanto à facilidade no preenchimento do instrumento:

1- Não adequado

2- Necessita de grande reformulação para ser adequado

3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado

4- Adequado

\*Sugestão para adequação:

#### 3- Quanto à relevância dos aspectos abordados no instrumento:

1- Não adequado

2- Necessita de grande reformulação para ser adequado

3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado

4- Adequado

\*Sugestão para adequação:

#### 4- Quanto à clareza dos aspectos abordados no instrumento:

- 1- Não adequado
- 2- Necessita de grande reformulação para ser adequado
- 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado
- 4- Adequado

\*Sugestão para adequação:

5- **Quanto à viabilidade de aplicação e uso na assistência do CPN:**

- 1- Não adequado
- 2- Necessita de grande reformulação para ser adequado
- 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequado
- 4- Adequado

\*Sugestão para adequação:

## APÊNDICE 2

### CASO CLÍNICO UTILIZADO PARA A TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O USO DO NOVO PARTOGRAMA

**Data: 7 de junho de 2020**

**Horário: 5h30**

Maria, G4 P2 (1 natimorto a termo) A1 (espontâneo), 38s, em uso de sulfato ferroso para tratar anemia. Chega ao pronto atendimento da maternidade queixando-se de contrações e perda de líquido vaginal.

Na avaliação médica foi constatado contrações regulares, dilatação de 5 cm e amniorrexe espontânea há 1 hora, sendo então internada para trabalho de parto.

**Horário: 6h**

Maria foi então encaminhada ao CPN e estava sem acompanhante na ocasião. A enfermeira obstetra que estava de plantão, admitiu Maria na suíte do CPN, conversou com ela e realizou o exame físico, constatando: batimento cardíaco fetal de 140 bpm sem desacelerações; dinâmica uterina com presença de 3 contrações de intensidade moderada durante 10 minutos com duração de 40 segundos, cada; 5 cm de dilatação cervical, insinuação cefálica, em occipito-posterior, ausência de bossa e líquido amniótico claro com grumos; avaliação de quintos da cabeça em 4/5. Ela se queixa de sentir muita dor devido às contrações uterinas e em seguida opta por deambular. A técnica de enfermagem entra na suíte e oferece a ela um suco de maçã, mas ela recusa.

Ao verificar os sinais vitais: frequência cardíaca de 88 bpm; pressão arterial de 120x80 mmHg e temperatura de 36,5° C. Ausência de proteinúria e/ou cetonúria. Como todos os parâmetros clínicos dela estão normais, a enfermeira obstetra planeja verificar novamente os sinais vitais em 4 horas, salvo indicação de verificar antes. A enfermeira planeja também avaliar a dilatação cervical a cada 4 horas ou conforme necessidade.

**Horário: 6h30**

Ao exame: batimento cardíaco fetal de 135 bpm sem desacelerações, 4 contrações uterinas dentro de 10 minutos com duração de 42 segundos em média, cada.

**Horário: 7h**

Ao exame: batimento cardíaco fetal de 132 bpm sem desacelerações. Presença de contrações uterinas no mesmo padrão da avaliação anterior com duração de 30 segundos de contração em média.

A enfermeira obstetra a estimulou a continuar deambulando e a adotar posições mais verticalizadas para ajudar na descida do bebê. Entretanto, Maria refere que prefere ficar em decúbito dorsal, pois é a posição que achou mais confortável. A enfermeira ainda indagou Maria sobre a presença de algum acompanhante para ela, frisando a importância de ter alguém de sua confiança o acompanhando para fornecer suporte emocional e apoio. Maria compreendeu essa importância e então entrou em contato com sua irmã para solicitar que ela comparecesse à maternidade onde ela estava internada.

**Horário: 7h30**

Ao exame: frequência cardíaca fetal de 148 bpm sem desacelerações. Presença de contrações regulares com padrão semelhante à avaliação anterior.

**Horário: 8h**

Ao exame: frequência cardíaca fetal de 132 bpm sem desacelerações. Padrão de contrações com cerca de 3 contrações em 10 minutos com duração de 50 segundos em média, cada.

A enfermeira estimula Maria a tentar tomar um banho de aspersão com água morna para aliviar sua dor. Ela topa e então é encaminhada ao chuveiro. Ela ainda aproveita o momento para ouvir músicas relaxantes e até topou tomar um suco para se hidratar. Neste momento, a irmã de Maria chega à suíte onde ela está internada e passa a acompanhá-la.

**Horário: 08h30**

Ao exame: frequência cardíaca fetal de 155 bpm sem desacelerações. Padrão de contrações com cerca de 4 contrações em 10 minutos, com duração de 39 segundos em média, cada.

**Horário: 09h00**

Maria já tinha desistido de permanecer no chuveiro e encontrava-se sentada na maca. Ela relatou à enfermeira que percebeu perda de líquido vaginal escorrendo pelas pernas. A enfermeira ao inspecionar observou que o líquido era claro com grumos e a tranquilizou. Ao fazer a ausculta fetal, constatou uma frequência cardíaca de 147 bpm, com presença de algumas desacelerações precoces chegando a 128 bpm. O padrão de contrações era semelhante à avaliação anterior. A enfermeira resolveu instalar uma cardiotocografia para avaliar melhor o batimento cardíaco fetal tendo em vista a presença de desacelerações captadas durante a ausculta intermitente.

**Horário: 09h30**

Durante a observação do traçado na cardiotocografia a enfermeira observou a permanência de desacelerações precoces e então solicitou Maria a mudar de posição para decúbito lateral esquerdo na tentativa de normalizar o traçado. Ao mudar de posição o padrão da cardiotocografia normalizou e permaneceu sem alterações até o final. A média de batimento cardíaco fetal era de 149 bpm sem desacelerações. O padrão de contrações permanecia semelhante à avaliação anterior.

**Horário: 10h**

Maria reclama de contrações de forte intensidade. Ao verificar os sinais vitais: frequência cardíaca de 96 bpm; pressão arterial de 128x84 mmHg; temperatura de 36.9°C, sem proteína e/ou cetona na urina. Batimento cardíaco fetal de 151 bpm sem desacelerações; dinâmica uterina de 3 contrações de forte intensidade em 10 minutos com duração de 50 segundos em média, cada; avaliação de quintos da cabeça em 3/5; dilatação cervical de 8 cm e posição da cabeça fetal em occipito-transverso. Observou ainda que o líquido amniótico se apresentava meconial (1+/4).

Após a avaliação Maria retornou a deambular. A enfermeira percebeu que as dores de Maria estavam cada vez mais intensas e ela estava verbalizando que pensava em desistir de tentar parto normal por achar que não iria conseguir dar conta do processo.

A enfermeira orienta a irmã de Maria sobre como apoiá-la de forma efetiva, usando panos frios no rosto e no corpo e massageando as costas e também aproveitou a ocasião para encaminhá-la à banheira com água morna para alívio da dor.

**Horário: 13h**

Maria começa a ter puxos involuntários, com presença de 3 contrações fortes em 10 minutos, com duração de 50 segundos. Ansiosa, Maria pede a enfermeira para realizar o toque vaginal novamente. Como a paciente apresentava puxos involuntários e também já estava próximo do horário da avaliação seguinte, a enfermeira resolveu fazer o toque vaginal e constatou que ela estava com 10 cm de dilatação com posição fetal em occipito-anterior; líquido amniótico meconial 1+/4; quintos da cabeça estava em 2/5 e batimento cardíaco fetal de 132 bpm sem desacelerações. Neste momento Maria permanecia em decúbito dorsal.

A enfermeira, identificou que Maria encontrava-se no período expulsivo, e então planejou em realizar a ausculta fetal a cada 15 minutos.

**Horário: 13h15**

Batimento cardíaco fetal de 138 bpm sem desacelerações e padrão de contrações semelhante à avaliação anterior. Maria neste momento adota uma posição verticalizada, em quatro apoios na maca, e sua acompanhante realiza massagem em sua região lombar para alívio da dor.

**Horário: 13h30**

Batimento cardíaco fetal de 141 bpm sem desacelerações e mesmo padrão de contrações regulares. Segue na mesma posição anterior e recebendo massagem pela sua irmã.

**Horário: 13h45**

Batimento cardíaco fetal de 149 bpm sem desacelerações e contrações regulares. Maria adota a posição em decúbito dorsal espontaneamente. A enfermeira estimula Maria a adotar posições verticalizadas por ser mais favorável ao trabalho de parto, mas ela recusa.

**Horário: 14h**

Maria apresentava 4 contrações fortes em 10 minutos, com duração de 50 segundos; descida fetal em 0/5; batimento cardíaco fetal de 118 bpm com desacelerações precoces. Neste momento, não estava mais fazendo uso de nenhum método de alívio da dor e recusou ingerir líquidos para hidratação. O parto ocorreu às 14h10 em posição verticalizada, sem intercorrências.