**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

IVANILDE MARQUES DA SILVA ROCHA

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
SEGUNDO O PARTOGRAMA COM LINHAS DE ALERTA E AÇÃO**

São Paulo
2005

IVANILDE MARQUES DA SILVA ROCHA

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
SEGUNDO O PARTOGRAMA COM LINHAS DE ALERTA E AÇÃO**

São Paulo
2005

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
SEGUNDO O PARTOGRAMA COM LINHAS DE ALERTA E AÇÃO**

Ivanilde Marques da Silva Rocha

Orientadora:

**Profª Drª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos
de Oliveira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Área de Concentração em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

São Paulo
2005

Sumário

página

1 Introdução	2
2 Revisão da Literatura	8
3 Objetivos	25
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 Método	27
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Local.....	28
4.3 Casuística e Amostra.....	33
4.4 Coleta dos dados	33
4.5 Variáveis do estudo	34
4.6 Análise dos dados.....	37
4.6.1 Análise descritiva	37
4.6.2 Análise comparativa univariada.....	37
4.7 Aspectos éticos.....	38
5 Resultados	39
5.1 Identificação das parturientes	40
5.2 Condições clínico obstétricas na internação	41
5.3 Intervenções obstétricas	43
5.4 Tipo de parto.....	53
5.5 Diagnóstico obstétrico.....	54
5.6 Condições perinatais	56
6 Discussão.....	59
7 Conclusões	77
8 Considerações.....	82
9 Referências	85
10 Anexos	

Lista de Quadros

página

Quadro 1	Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto na fase ativa normal e parto precipitado	19
Quadro 2	Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto na fase ativa prolongada e parada secundária da dilatação.	20
Quadro 3	Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto no período pélvico prolongado e parada secundária da descida.....	21
Quadro 4	Condutas de estímulo ao parto normal.	22

Lista de Figuras

	página
Figura 1	Curva de dilatação cervical 11
Figura 2	Divisões funcionais do trabalho de Parto 12
Figura 3	Partograma de Philpott, Castle 13
Figura 4	Distribuição dos partos, segundo o tipo no Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (Setembro/2004-Março/2005) 31
Figura 5	Frequência do banho, segundo a zona em que o parto ocorreu 47
Figura 6	Frequência do movimento, segundo a zona em que o parto ocorreu 47
Figura 7	Frequência da deambulação segundo a zona em que o parto ocorreu. 48
Figura 8	Comparação de todas as intervenções (banho, movimento e deambulação), segundo a zona de ocorrência do parto 48

Lista de Tabelas

	página
Tabela 1	Distribuição das mulheres atendidas no Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (HMMZED), segundo a idade
Tabela 2	Distribuição das mulheres atendidas no HMMZED, segundo as condições clínico-obstétricas na internação
Tabela 3	Frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto das mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 4	Frequência de banhos, movimentos e deambulações realizados pelas parturientes no HMMZED, segundo as zonas do partograma
Tabela 5	Frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto segundo a zona do parto das mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 6	Frequência das intervenções obstétricas realizadas nas mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 7	Distribuição do tipo de rotura das membranas, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 8	Distribuição do uso de ocitocina, cardiotocografia e fármaco, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 9	Distribuição do tipo de fármaco, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas na HMMZED
Tabela 10	Frequência das intervenções obstétricas, segundo a zona em que ocorreu o parto nas mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 11	Distribuição do tipo de parto, segundo a zona de sua ocorrência nas mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 12	Frequência dos diagnósticos das mulheres atendidas no HMMZED.
Tabela 13	Frequência dos diagnósticos, segundo a zona do parto normal das mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 14	Frequência dos diagnósticos, segundo a zona da cesárea das mulheres atendidas no HMMZED
Tabela 15	Estatística descritiva relativa às condições dos recém-nascidos (RN) - Índice de Apgar do primeiro e quinto minuto, Idade Gestacional (IG) e peso - atendidos no HMMZED
Tabela 16	Distribuição do Índice de Apgar de primeiro e quinto minuto dos recém-nascidos das mulheres atendidas no HMMZED, segundo a zona em que ocorreu o parto.
Tabela 17	Distribuição da reanimação, segundo a zona em que ocorreu o parto.
Tabela 18	Distribuição do peso do recém-nascido das mulheres atendidas na HMMZED, segundo a zona em que ocorreu o parto
Tabela 19	Frequência de contato mãe e filho, segundo a zona em que ocorreu o parto das mulheres atendidas no HMMZED

Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005. 100p

A utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto tem sido recomendada pela Organização Mundial da Saúde desde 1984. Esta investigação foi conduzida com a finalidade de estudar o emprego de práticas obstétricas em mulheres, cuja assistência foi prestada por enfermeiras obstetras e o trabalho de parto foi acompanhado com o auxílio do partograma com linhas de alerta e de ação. O objetivo geral foi analisar o uso de intervenções obstétricas, o tipo de parto, os diagnósticos obstétricos e os resultados perinatais, segundo as Zonas I, II e III do partograma. Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 233 mulheres com gestação única, apresentação cefálica, idade gestacional maior que 37 semanas atendidas em uma maternidade pública do município de Itapeverica da Serra no período de 15 de dezembro de 2004 a 15 de março de 2005. A análise comparativa foi feita com os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer para estudar as diferenças entre as classes das variáveis. O nível de significância adotado foi 0,05. Os resultados mostraram idade média de 24,1 anos ($dp= 5,8$); 39,5% nulíparas; 78,5% foram internadas com dinâmica uterina presente; 69,1% com membranas íntegras; e 63,9% estavam na fase ativa do trabalho de parto. As práticas banho (71,4%) $p=0,001$; movimento (85,2%) $p=0,001$ e deambulação (85,7%) $p=0,009$ foram mais utilizadas na Zona III. A rotura artificial foi mais empregada na Zona II (92,4%) $p=0,001$, a ocitocina (45,9%) $p=0,010$ na Zona I. As intervenções monitorização eletrônica fetal ($p=0,527$), fármaco ($p=0,158$), posição de parto ($p=0,150$) e episiotomia ($p=0,055$) não apresentaram diferenças estaticamente significantes entre as três zonas do partograma. Quanto ao tipo de parto a cesariana ocorreu em 24,0 na zona III ($p=0,001$). Os resultados perinatais não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as Zonas do partograma.

Palavras –chave: Partograma. Parto. Assistência obstétrica. Enfermagem obstétrica

Obstetrical practices adopted in the labor assistance according to the partogram with alert and action lines [dissertation] Sao Paulo (SP): Nursing School of the University of Sao Paulo (USP); 2005. 100p

The utilization of the partogram in tracking the course of labor has been recommended by the World Health Organization ever since 1994. This investigation was conducted to study the usage of obstetrical practices in women who were assisted by nurse midwives and whose delivery was aided by the partogram with alert and action lines. The overall goal was to analyze the use of obstetrical interventions, the type of delivery, the obstetrical diagnoses and the perinatal results, according to zones I, II and III of the partogram. A cross-sectional study was carried out with a representative sample of 233 women with a single gestation, cephalic presentation, gestational age with more than 37 weeks, and assisted in a public maternity hospital in the city of Itapeceirica da Serra - Brazil, in the period from December 15, 2004 to March 15, 2005. The comparative analyses were performed with the Qui-square and the Fischer's exact tests to study the differences among the classes of variables. The level of significance adopted was 0,05. The results showed the average age of 24,1 years old (standard deviation=5,8); 39,5% nuliparas; 78,5% were admitted with the presence of a uterine dynamic; 69,1% with intact membranes; and 63,9% were at the active phase of labor. The practices shower (71,4%) $p=0,001$, movement (85,2%) $p=0,001$, and deambulation (85,7%) $p=0,009$ were more often utilized in Zone III. The artificial rupture was more often employed in Zone II (92,4%) $p=0,001$; occitocin (45,9%) $p=0,010$, in Zone I. The interventions electronic fetal monitoring ($p=0,527$), pharmaco ($p=0,158$), delivery position ($p=0,150$), and episiotomy ($p=0,055$) did not present statistically significant differences among the three zones of the partogram. As for the type of delivery, the cesarean delivery took place in 24,0 % in Zone III ($p=0.001$). The perinatal results did not present statistically significant differences among the zones of the partogram.

KEY WORDS: Partogram. Labor. Obstetrical assistance. Obstetric nursing.

*A Deus pela oportunidade de vencer mais esta etapa em
minha vida acadêmica e profissional*

*Não fora Sua Graça e seus Milagres, este trabalho não
teria se realizado*

*Todas as provas que passei confirmaram-me que “todas as
coisas cooperam para o bem dos que amam a Deus” e
fizeram-me crer mais ainda que*

Ele é O DEUS DO IMPOSSÍVEL

*A meu querido esposo Enéas, por acreditar em minha capacidade, pela força
estímulo e colaboração;*

*À você Aline, filha querida, pelo estímulo, força e intercessão por meio de suas
orações a Deus com seus amigos para esta vitória;*

*Ao Erick, meu amado “caçulinha” que foi, por tantas vezes, negligenciado no
cuidado e atenção em detrimento deste trabalho;*

A minha mãe, pela compreensão e pelas orações diárias;

A meus irmãos, irmãs e cunhadas por compreenderem minha ausência nas reuniões familiares;

À Prof^a Dr^a Sonia Maria Junqueira Vasconcellos Oliveira, pela orientação deste trabalho;

Às professoras Dras do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da EEUSP Isabel Cristina Bonadio, Maria Luiza G. Riesco, Maria Alice Isunechiro, Amélia Fumiko Kimura, Emília Saito, Miriam Aparecida B. Merighi Maria Lúcia Mott por compartilharem o conhecimento nas diversas disciplinas;

Às Professoras: Dr^a. Maria Crsitina Gabriellone e Dr^a Maria Luiza G. Riesco, pelas apreciações e sugestões no meu Exame de Qualificação incentivando-me a persistir na pesquisa;

À grande amiga e profissional Camilla Schneck, pelo estímulo e ajuda desde o curso de Inglês para o ingresso no Mestrado até a conclusão deste trabalho, a você, toda a minha admiração pelo conhecimento e domínio na área da investigação;

À amiga Adriana Caroci, por me fazer acreditar nesta vitória no momento mais crucial;

Às amigas e ajudantes especiais, Prof^a Regina H. Faustino, Prof^a Maria do Rozário Signorelli, Prof^a Marlise O.P. Lima, Riane Faustino, Roseclaire Reis e Stella Cerqueira;

À equipe de enfermeiras obstetras minhas contemporâneas no CPN - HGIS: Anatólia Basile, Nilce Machado, Risia Prego, Cleusa Pinto, Patrícia Azevedo, Sandra Silva, Galucietli Silva Eluciane, Cleusa Marli, Soraya, Camilla, Joselice Silva, Mirian, Vivian Zorzim,

Às amigas(os) do Centro Universitário Adventista de São Paulo: Lourdes Marci R. Barros, Anatólia Basile, Adriana Caroci, Marlise O. P. Lima, Regina H. Faustino, Osvalcir Azevedo, Milca L. Oliveira, Raquel;

À equipe de enfermeiras(o) obstetras do CPN e do Hospital e Maternidade Zoraide Eva das Dores pela paciência e habilidade no treinamento do partograma, por acreditarem que de fato este instrumento facilita a assistência centrada nas necessidades da paturiente e pela oportunidade concluir este trabalho com a colaboração de vocês: Cristina C Antonio Rita Maresca, Flávia Manhoso, Suzana Albuquerque, Maristela Castilho, Quemoel Borges,

Às enfermeiras do Alojamento Conjunto Isabel Brugnago, Lisiane Schuwantetz,

A Creusa Maria Roseri Dal'Bó pela assessoria estatística;

À Professora Ivone Boreli, pela cuidadosa correção de português

Ao Enf^o Eduardo José. C.B.P e Mello, gerente de enfermagem da HMMZED pela colaboração e compreensão;

À Dra Maria José de Albuquerque, Dr. Edúino Teobaldo Rencck Junior, Dr. Octávio Gonçalves Filho, e equipe 2005 da Secretaria da Saúde, por permitirem a continuidade da coleta de dados e a conclusão da pesquisa;

À Dra Raquel Zacainer, Enf^a Flávia P. Barros, Dr. Octávio Gonçalves Filho, Dr. Yoshi Tsudaça, e todos os componentes do Conselho Municipal de Saúde 2004 que aprovaram o projeto;

À equipe administrativa do HMMZED; Leonilde G. Andrade, Aline S. Pires, Aline Freitas, Doris J.S. Silva, Luis Carlos M. Souza;

A Cristiane Borges pela tradução de alguns textos;

Aos irmãos e amigos da Igreja Adventista do Sétimo Dia de Taboão da Serra, especialmente, aos jovens pela força, incentivo e orações;

Ao meus queridos alunos do UNASP que me incentivaram, apoiaram, acreditaram e oraram por mim;

Às parturientes que fizeram parte deste estudo;

Que o Deus dê paz derrame bênçãos especiais sobre todos que de forma direta ou indireta colaboraram com este trabalho.

Que Deus abençoe a todos os que de alguma forma colaboraram com este estudo

A assistência ao nascimento vem passando por transformações no que diz respeito à busca de melhores evidências para assegurar sua qualidade obter melhores resultados maternos e perinatais.

A preocupação com a adequação da tecnologia na assistência é uma tendência que tem sido desenvolvida por vários segmentos da sociedade, não sendo restrita aos profissionais da saúde, por contrapor-se ao modelo de assistência ao nascimento praticado nas últimas décadas, caracterizado pela institucionalização do parto e pelo uso rotineiro de práticas obstétricas que, muitas vezes, são iatrogênicas.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS:

Nas últimas décadas, vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho no caso do parto hospitalar (OMS, 1996).

Em 1996, a OMS lançou a publicação “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, que foi elaborado por um grupo de especialistas de diversos países, com base nas melhores evidências científicas apresentadas em trabalhos publicados em todo o mundo. Nesse documento, as práticas usadas na assistência ao parto normal foram classificadas em quatro categorias que estão descritas a seguir (OMS, 1996).

Categoria A-	<i>Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas</i>
Categoria B-	<i>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;</i>
Categoria C-	<i>Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;</i>
Categoria D-	<i>Práticas, freqüentemente, utilizadas de modo inadequado.</i>

Dentre as práticas incluídas na Categoria A, encontra-se o monitoramento cuidadoso do trabalho de parto por meio do uso do partograma, um verdadeiro “retrato de corpo inteiro” da evolução do trabalho de parto, cujos desvios podem ser reconhecidos até por profissionais menos experientes, pela leitura de definições gráficas de padrões e normalidade (Paula et al, 1984).

Para Rudge, De Luca, Peraçoli (1989), o partograma é a representação gráfica do trabalho de parto, sendo um excelente recurso visual da evolução da dilatação cervical e da descida da apresentação.

Seguindo a tendência de empregar a tecnologia de maneira adequada para a assistência ao parto e nascimento, a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Itapeverica da Serra, São Paulo, reiniciou as atividades da Maternidade “Zoraide Eva das Dores” em 18 de setembro de 2004. Segundo pactuações institucionais, ficou definido que esta maternidade seria referência aos partos de baixo risco, incluindo, as cesáreas. Dentre as propostas estabelecidas, estão a humanização da assistência e a realização de partos normais pela enfermeira obstetra.

De acordo com a OMS (1996), entre os profissionais de saúde capacitados para atuar na assistência ao parto, a enfermeira obstetra ou obstetriz é um dos provedores de cuidados primários de saúde mais adequado para esta função. Assim, uma maior participação destas profissionais é recomendada na assistência à gestante de baixo risco e ao parto normal sem distocia

Segundo Osava (1997), a enfermeira obstetra é a profissional capaz de gerar um resultado importante na assistência ao parto, favorece a naturalização da experiência de dar à luz e a humanização da assistência, contribui para a redução de cesarianas e, conseqüentemente, para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.

O perinatologista americano Marsden Wagner, referindo-se à contribuição da enfermeira obstetra e obstetriz na mudança de paradigma da assistência, aponta que em todos os países onde foi observada uma melhora efetiva na qualidade da assistência à saúde materna e perinatal, existia por trás um trabalho integrado entre o movimento de mulheres, obstetrizes e enfermeiras obstetras. Para o autor, colocar nas mãos das Enfermeiras obstetras e obstetrizes o cuidado primário de gestantes e parturientes de baixo risco constitui uma das principais estratégias para a efetiva humanização do nascimento (Wagner, 2001).

Frente aos estudos, a Secretaria de Saúde e Diretoria do Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores optaram pela criação de um Centro de Parto Normal (CPN), segundo o estabelecido pela Portaria n.º 985 de 5 de agosto de 1999 que define Centro de Parto Normal no Artigo 1º, parágrafo 1º como *“Unidade de Saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias”*. (M.S, 1999).

Para o estabelecimento de normas, rotinas e protocolos no Centro de Parto Normal, tomou-se como base o Manual do Ministério da Saúde “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”. Este manual incorporou a classificação do grupo de trabalho sobre Parto Normal publicada pela OMS, como Categorias 1, 2, 3 e 4, respectivamente, modificadas pelas novas evidências científicas (M.S, 2003).

Em relação ao partograma, o manual citado destaca a importância de seu uso, considerando a curva de dilatação cervical, descida da apresentação e uso das linhas de alerta e ação com a finalidade de diagnosticar alterações, indicar tomada de condutas apropriadas para correção de desvios, evitando intervenções desnecessárias (M.S, 2003).

Philpott, Castle (1972a) realizaram um estudo sobre a importância da linha de alerta e de ação para distinguir o parto eutócico do distócico. Delimitaram zonas distintas no partograma denominadas Zonas I, à esquerda da linha de alerta, Zona II entre as linhas de alerta e ação e Zona III, quando ultrapassa a linha de ação.

Apoiado nas publicações citadas e por considerar que este instrumento auxilia na identificação de intercorrências durante o trabalho de parto, o CPN da Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores incorporou em seus protocolos o uso do partograma com linhas de alerta e ação para o acompanhamento e gerenciamento do trabalho de parto.

O partograma humanizado adotado já era utilizado no CPN do Hospital Geral de Itapequerica da Serra (CPN-HGIS); que insere condutas humanizadas, como: dieta, banho, deambulação, movimento, entre outras. A Enfermeira obstetra Anatólia Basile e o médico obstetra Newton Myashita fizeram suas adaptações com a

finalidade de facilitar o trabalho em equipe, pois a enfermeira acompanha o trabalho de parto, ao detectar qualquer alteração, o médico é solicitado, fazendo uso do mesmo partograma para acompanhamento e tomada de condutas (Basile, Pinheiro, Myashita, 2004).

Para evidenciar a importância do uso do partograma no acompanhamento do parto e, sobretudo, no diagnóstico e tomada de condutas diante de um trabalho de parto distócico, foi realizado um treinamento da equipe de enfermeiras e médicos obstetras.

Como enfermeira obstetra e docente, atuando no CPN na assistência ao parto e nascimento de baixo risco, com a proposta de uma assistência centrada nas necessidades da mulher, observo que o uso do partograma com linhas de alerta e ação facilita o estabelecimento de condutas frente ao trabalho de parto com evolução fisiológica normal, bem como o diagnóstico de alterações, identificando e ou prevenindo possíveis distocias com o uso de intervenções preestabelecidas no protocolo de assistência humanizada ou solicitação de avaliação médica se necessário.

O uso do partograma viabiliza o cumprimento da Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e a Resolução COFEN 233/2000, Art. 3.º, alíneas a e b, pela qual a enfermeira obstetra que presta assistência ao parto e nascimento, tem como responsabilidade identificar distocias obstétricas e tomar providências necessárias até a chegada do médico, intervindo em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos imprescindíveis para garantir a segurança do binômio mãe-filho (Brasil, 2001; Conselho Federal de Enfermagem, 2001).

Este estudo pretende identificar as intervenções utilizadas durante o acompanhamento do trabalho, de parto bem como avaliar se o emprego do partograma com linhas de alerta e ação de fato norteia os profissionais, que prestam assistência à parturiente em relação ao uso destas intervenções e à identificação de distocias obstétricas, apontando medidas para preveni-las ou corrigi-las.

Diante desse contexto, buscam-se resposta aos seguintes questionamentos:

Quais as intervenções obstétricas adotadas, no acompanhamento do trabalho de parto? Como estas são usadas em relação às linhas de alerta e ação do partograma? A zona do partograma onde ocorre o nascimento, interfere no tipo de parto e nas condições do concepto?

2 Revisão da Literatura

Até 1950, vários estudos desenvolveram conhecimentos sobre a dilatação cervical no tempo, legando importantes conhecimentos, mas, ignorando propósitos essenciais, tais como: definição do complexo trabalho de parto, estabelecimento de normas que regem seu curso e determinação de linhas significativas de normalidade (Paula et al., 1984).

Caldeyro-Barcia et al. citados por Greenhil, Friedman (1976) realizaram trabalhos a partir da década de 1950, sobre a fisiologia da contratilidade uterina que representaram um marco no conhecimento da dinâmica uterina.

Ao analisar a evolução gráfica do trabalho de parto em primíparas, Friedman (1955) observou uma relação entre o tempo do trabalho de parto e a dilatação cervical. Concluiu que esta relação descrevia graficamente uma curva com características sigmóides.

Em estudo posterior, o autor analisa a evolução gráfica de 756 partos, confirmando a relação entre tempo e dilatação cervical, conforme trabalho anterior no qual constata que as curvas de dilatação, que se prolongavam no tempo, sugeriam parto obstruído (Friedman, 1957).

Apoiado nesses estudos, um modelo conceitual da evolução do trabalho de parto, foi proposto baseado na associação entre tempo e dilatação cervical. Este modelo busca analisar a relação de eficiência entre o emprego de energia e a geração do trabalho correspondente por meio de uma representação gráfica da relação entre dilatação cervical e descida da apresentação fetal, versus tempo (Greenhil, Friedman, 1976).

No trabalho de parto, a dilatação cervical registrada graficamente apresenta uma curva sigmóide característica em função da relação: centímetros versus tempo em horas. Já a descida da apresentação no plano de De Lee, em

relação ao tempo em horas, apresenta, graficamente, uma curva hiperbólica. A representação gráfica das duas relações utilizadas em um mesmo eixo de abscissa (eixo x) e ordenada (eixo y) é um padrão visual que permite a interpretação rápida e a avaliação do trabalho de parto em seu decurso normal, e identifica também a ocorrência de distocia em momento oportuno. No parto normal fisiológico, geralmente, existe um padrão característico, porém cada parturiente descreve sua própria representação gráfica (Greenhil, Friedman, 1976).

Conforme os autores citados, o primeiro período clínico do parto é subdividido em duas fases: latência e ativa. A fase latente inicia-se quando as contrações uterinas se estabelecem de maneira regular, com presença de dilatação cervical e termina quando a curva apresenta um ponto de inflexão com acentuada tendência à elevação.

Em termos de dilatação cervical, vai de um a dois centímetros até quatro a cinco centímetros. Nesta fase, a principal característica é a modificação cervical, que consiste no esvaecimento e amolecimento. Em nulíparas, a fase latente dura cerca de 8,6 horas, normalmente, não ultrapassando 20 horas. Nas múltíparas, dura em torno de 5,3 horas, não excedendo 14 horas (Greenhil, Friedman, 1976).

Por sua vez, a fase ativa inicia-se, aproximadamente, em quatro a cinco centímetros no momento de inflexão da curva, estendendo-se até a dilatação total do colo que corresponde a dez centímetros. Assim, esta fase subdivide-se em três momentos: fase de aceleração, inclinação máxima e desaceleração.

Normalmente, a fase ativa, é mais rápida e dura cerca de um terço da fase latente, sua velocidade média de dilatação é de 3 cm por hora, não sendo menor que 1,2 cm por hora em nulíparas e, raramente, é menor que 1,5 cm por hora em

múltiparas. A descida da apresentação fetal pode ser mínima na fase de latência e início da fase ativa que corresponde à aceleração.

Quando a curva de dilatação inicia sua fase de inclinação máxima, a descida da apresentação fetal deve ser progressiva. O maior grau de descida acontece quando o colo aproxima-se da dilatação total. Neste momento, começa a fase ativa da descida da apresentação fetal que atinge sua inclinação máxima ao mesmo tempo em que o início da fase de desaceleração da dilatação.

Desse modo, a inclinação da curva referente à fase ativa, tanto da dilatação cervical como da descida da apresentação é um indicador de eficiência do trabalho de parto, isto é, quanto mais inclinada melhor será o aproveitamento da energia gerada pelas contrações uterinas, conforme demonstra a Figura-1.

Figura 1 – Curva de dilatação cervical (Greenhill, Friedman, 1976).

Uma subdivisão em unidades funcionais foi proposta para detalhar a relação entre dilatação cervical e descida de apresentação pelo tempo, com características distintas e influenciadas por diversos fatores. Assim, a divisão preparatória compreende o início das contrações regulares até o fim da fase de aceleração da dilatação, caracterizada pela polarização das contrações e preparo do colo uterino (Greenhil, Friedman, 1976).

A divisão de dilatação cervical inicia-se com a inflexão da curva no momento em que a velocidade da dilatação sofre aumento acentuado e estende-se até a desaceleração, correspondendo ao final da fase ativa. Esta divisão corresponde a toda a dilatação que ocorre no colo, após o período preparatório.

A divisão pélvica começa na desaceleração da dilatação cervical e o alcance simultâneo da velocidade máxima da descida da apresentação fetal, o que representa um desligamento do conceito clássico da divisão clínica do trabalho de parto, no qual se observa que a dilatação ocupa apenas uma pequena parte do primeiro período, enquanto a descida abrange a ambos, começando e progredindo bem antes do fim do primeiro período clínico do parto, como ilustrado na Figura –2.

Figura 2 – Divisões funcionais do trabalho de parto (Greenhill, Friedman, 1976).

A representação gráfica do trabalho de parto deixou de ser apenas conceitual, outros investigadores empregaram a curva sigmóide de Friedman para elaborar partogramas de diversas complexidades.

A forma dos gráficos foi adaptada para diferentes necessidades, assim uma das mais importantes adaptações foi a de Philpott, Castle (1972a) que trabalhavam na antiga Rodésia onde a maior parte dos partos era realizada pelas parteiras, que necessitavam ser orientadas sobre o encaminhamento dos partos distócicos para o hospital.

Os autores citados deram um passo revolucionário no sistema gráfico, criando duas linhas denominadas “linha de alerta” e “linha de ação”, que permitiam identificar a evolução anormal do trabalho de parto. Se a dilatação cervical cruzasse a linha de alerta, a parturiente deveria ser encaminhada ao hospital, conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3 - Partograma de Philpott , Castle (Ministério da Saúde,2003).

Na Figura 3, observa-se que o traço da linha de alerta foi padronizado a partir do início da fase ativa até a dilatação completa, após um intervalo de 4

horas, foi traçada uma linha de ação paralela à primeira linha. Este intervalo era o tempo gasto para transportar a mulher aos centros médicos onde ocorriam os partos operatórios (Philpott, Castle, 1972b).

A seguir, estão relatados alguns estudos que utilizaram o partograma.

No Reino Unido, Beazley (1972) realizou um estudo com 460 primíparas e 276 múltiparas em que mostra a importância do partograma ao diagnóstico do trabalho de parto distócico, destacando o baixo custo do método comparado a seus benefícios.

Na Inglaterra, Duignan, Studd, Hugnes (1975) avaliaram o registro gráfico de 3.217 partos de mulheres com três grupos raciais: asiáticas, brancas e negras, assim, não foram encontradas diferenças nas curvas obtidas entre as diversas raças.

Melmed, Evans (1976) empregaram o partograma em 282 primíparas e observaram um valor preditivo da velocidade de cervicodilatação no parto normal. Neste estudo, quando a dilatação evoluiu com 1 cm ou mais por hora o parto estava relacionado com pouca necessidade de intervenção. As evoluções da dilatação entre 0,5 e 0,9 cm/hora indicaram necessidade de ocitócitos e eventual uso de fórceps. Altas taxas de intervenções, inclusive, cesarianas foram relacionadas com a velocidade de dilatação menor que 0,5 cm/hora.

Costa, Conter, Calegari (1979) usaram o partograma em 738 parturientes, comparando alguns parâmetros utilizados por Philpott, Castle, tais como: incidência de cesáreas e emprego de ocitócitos. As parturientes foram divididas em três grupos: no grupo I, foram avaliados os partos que se verificaram à esquerda da linha de alerta; no grupo II, aqueles que ocorreram quando a linha de alerta foi atingida ou ultrapassada sem, contudo, atingir a linha de ação e, no

grupo III, os partos que ocorreram quando a linha de ação foi atingida ou ultrapassada. Cada grupo ainda foi subdividido, de acordo com a paridade em primíparas e múltiparas. Os autores constataram que o índice geral de cesárea e o uso de ocitócito foram similares aos índices de Philpott, Castle (1972b) de 2,6% e 9,7%, respectivamente.

Em estudo posterior, Costa, Conter, Calegari (1989) analisaram 3.000 partogramas com o objetivo de verificar a necessidade de elaborar linhas de alerta e ação diferentes das propostas por Philpott, Castle para primíparas e múltiparas. Desse modo, concluíram não haver necessidade da criação de linhas diferentes.

Na China, Chen, Chu (1986) utilizando o partograma em 500 primíparas, concluíram que o valor preditivo desse instrumento pode ser observado clinicamente, pois metade dos casos que ultrapassaram a linha de ação evoluiu para parto cesárea.

Paula et al. (1984) citam que o registro gráfico é uma forma objetiva de diagnosticar a distocia funcional e acompanhar o trabalho de parto, após corrigida a causa do trabalho de parto disfuncional. Alegam que o partograma é um método que permite a avaliação rápida e completa da evolução do trabalho de parto, facilita a transferência de casos na passagem de plantão, além de ser um instrumento de ensino em hospitais-escola.

Quanto à importância das linhas de alerta e ação, os autores citados comentam que o uso do partograma estimula o profissional a buscar a causa da disfunção do trabalho de parto, o que torna racional o emprego de ocitócitos e transforma a conduta intuitiva em algo preditivo.

No Senegal, Dujardin et al. (1992) analisando a evolução do parto em 1.022 parturientes, observaram que se o nascimento ocorreu nas Zonas II e III houve aumento na taxa de parto cesárea, de reanimação neonatal e de natimortalidade neonatal, quando comparados aos casos que evoluíram Zona I do partograma.

Esta investigação mostrou que as intervenções durante o trabalho de parto, como a amniotomia e ocitocina foram utilizadas em metade dos partos distócicos, os autores concluíram que esses resultados evidenciaram a utilidade e eficácia do partograma e salientaram o valor da intervenção, logo que a linha de alerta é ultrapassada.

No Reino Unido, Cartmil, Thornton (1992) estudaram a influência do partograma na decisão do profissional intervir no trabalho de parto. Dezesesseis obstetras foram questionados, em dois momentos, sobre qual decisão tomariam em seis casos hipotéticos de partos com distocia. Os resultados mostraram que houve associação da decisão de intervir quando os partogramas apresentaram a fase latente prolongada ($p < 0,01$). As decisões referidas pelos profissionais foram: observação contínua, repetição de exames vaginais, avaliação da vitalidade fetal, condução do parto com ocitocina e utilização de fórceps e cesariana.

Em Unugu, na Nigéria, UmezuliKe, Onah, Okaro (1999) avaliaram o conhecimento e o uso do partograma entre 200 médicos e 220 obstetras, que prestam assistência a mulheres em trabalho de parto, em níveis primário e secundário de maternidades públicas e privadas. Entre os pesquisados, 90% sabiam da existência do partograma, mas apenas 33% tinham conhecimento correto do mesmo.

Em relação ao uso do partograma para prevenir o trabalho de parto prolongado, os autores citados destacaram que só 29% dos médicos e 46,4% das obstetrias faziam essa identificação. Quanto à utilidade do partograma, a maioria dos profissionais (92,5% dos médicos e 95% das parteiras) respondeu que o partograma é útil, porém só um quarto deles o usa rotineiramente. A justificativa para este fato, foi o pouco conhecimento dos profissionais e a indisponibilidade do instrumento. A situação foi identificada como falta de comprometimento dos serviços e dos profissionais. Recomendaram auditoria nas maternidades dos países com altas taxas de mortalidade materna, com o objetivo de estabelecer ações para redução desses indicadores.

Albuquerque (1993) realizou uma investigação para avaliar o partograma em uma população de baixo risco obstétrico comparando-o, após, com os resultados da literatura. A população estudada constitui-se de 166 mulheres, o autor observou a ocorrência de parto normal em cerca de 89% dos casos e fórceps em quase 11%. Concluiu que os seus resultados foram semelhantes aos da literatura mundial.

O estudo de Bosse, Massawe, Jahn (2002) avaliou a qualidade do acompanhamento do trabalho de parto no cuidado rotineiro, após a introdução do partograma em três hospitais da Tanzânia. Os partos de cada hospital foram analisados durante quatro semanas, seguindo alguns critérios de avaliação, como: monitorização dos sinais vitais, das contrações uterinas, dos batimentos cardíacos, da dilatação, descida da apresentação e interpretação correta do partograma.

Nos três locais, os autores citados observaram que o partograma estava preenchido em mais de 95% dos prontuários, os casos de monitorização

insuficiente relacionavam-se com os resultados maternos e fetais insatisfatórios e apresentavam um aumento na taxa de cesárea, porém, sem diferença estatística.

Rudge, Calderon, De Lucca (1989) propuseram o diagnóstico de distocia por meio da observação das curvas de dilatação e descida da apresentação fetal no partograma com linhas de alerta e ação. Os autores afirmam que, além da identificação da distocia, é preciso conhecer sua etiologia para instituir o tratamento adequado.

Com base na divisão funcional do trabalho de parto, as distocias são classificadas no período de dilatação em: parto precipitado, fase ativa prolongada e parada secundária da dilatação; no período pélvico, em: período pélvico prolongado e parada secundária da descida. Frente a essas distocias, alguns autores caracterizaram-nas e estabeleceram condutas que são identificadas no partograma e estão demonstradas nos Quadros de 1 a 3. No quadro 4 encontra-se as condutas de estímulo ao parto normal, recomendadas nos quadros anteriores.

Quadro 1 – Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto na fase ativa normal e parto precipitado.

Período de dilatação	
Diagnóstico	Práticas recomendadas
<p><i>Fase ativa normal</i></p> <p>Característica A evolução da dilatação cervical mantém-se na Zona I e segue paralela à linha de alerta, ou seja, 1.^a e 2.^a horas da Zona II. Velocidade média da dilatação de 1cm/h.</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo fisiológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar práticas de estímulo ao parto normal: deambulação, balanço pélvico, banhos, massagem em região lombossacra e repouso intermitente; • Avaliar BCF e DU a cada 30 a 60 min. • Avaliar cervicodilatação a cada 2 horas.
<p><i>Parto Precipitado</i></p> <p>Característica A evolução da dilatação mantém-se na Zona I, porém, com desvio à esquerda da linha de alerta. A dilatação cervical e a descida da apresentação ocorrem em período igual ou menor que quatro horas.</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersistolia • Taquissistolia • Uso indiscriminado de ocitocina • Ocorrência de líquido meconial 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar BCF e DU a cada 30 minutos; • Atentar para ocorrência de hipersistolia ou taquissistolia; • Adotar práticas de estímulo ao parto normal (Quadro 4) OBS: Intensificar massagem lombossacra e uso de bola. • Avaliar cervicodilatação a cada 1 ou 2 horas; • Suspender ocitócito caso esteja infundindo.

Fonte: Rudge , Calderon , De Luca (1989); Rudge et al (1999); Ministério da Saúde (2003); Basile (2001); Bachman (2002); Basile, Pinheiro, Myashita (2004); Rezende, 2005.

Quadro 2 – Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto na fase ativa prolongada e parada secundária da dilatação.

Período de dilatação	
Diagnóstico	Práticas recomendadas
<p><i>Fase ativa prolongada</i></p> <p>Característica A evolução da dilatação cervical localiza-se a partir das 3.^a e 4.^a horas da Zonas II e na Zona III.</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipossistolia; • Sedação • Anestesia • Desproporção cefalopélvica 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar condutas de estímulo ao parto normal (Quadro 4) observação: banhos(se DU > ou = 3/10min. • Avaliar BCF e DU a cada 30 a 60 min.; • Avaliar a dilatação cervical a cada 2h. s/n 1h. • Realizar amniotomia; • Administrar ocitócitos se DU for ineficiente. • Usar fármacos que favoreçam a dilatação.
<p><i>Parada secundária da dilatação</i></p> <p>Característica A dilatação permanece a mesma em dois toques sucessivos com intervalo de duas ou mais horas.</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica absoluta ou relativa; • Contrações ineficientes; • Sedação; • Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar condutas de estímulo ao parto normal (Quadro 4), intensificar estímulo ao balanço pélvico e posição de cócoras. • Avaliar BCF e DU a cada 30 a 60 min.; • Realizar amniotomia; • Usar ocitócitos se DU for ineficiente e fármacos se necessário.; • Realizar cesárea se falharem condutas anteriores.

Fonte: Rudge , Calderon , De Luca (1989); Rudge et al (1999); Ministério da Saúde (2001); Basile (2001); Bachman (2002); Basile, Junqueira, Ribeiro (2003); Basile, Pinheiro, Myashita (2004).

Quadro 3 – Diagnóstico e condutas no acompanhamento do trabalho de parto no período pélvico prolongado e parada secundária da descida.

Período de dilatação	
Diagnóstico	Condutas recomendadas
<p><i>Período pélvico prolongado</i></p> <p>Característica Descida progressiva da apresentação fetal, porém, muito lenta; dilatação cervical completa com demora na expulsão fetal.</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratilidade uterina deficiente na maioria dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a bacia, dilatação, apresentação e a variedade de posição; • Avaliar BCF e DU a cada 30 min.; • Adotar condutas de estímulo ao parto normal (Quadro 4), intensificar estímulo ao balanço pélvico, banhos e posição de cócoras; • Realizar amniotomia; • Administrar ocitocina se DU for ineficiente; • Utilizar o fórceps se indicado; • Realizar cesárea se falharem condutas anteriores.
<p><i>Parada secundária da descida</i></p> <p>Característica Dilatação cervical completa em dois toques sucessivos com intervalo de uma hora, registrando parada da descida, por pelo menos, uma hora após seu início</p> <p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica relativa. • Desproporção cefalopélvica e absoluta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condutas idênticas ao período pélvico prolongado nos itens: 1,2, 3, 4 e 5 • Aplicar o fórceps se a desproporção for relativa; • Realizar cesárea se a desproporção for absoluta.

Fonte: Rudge , Calderon , De Luca (1989); Rudge et al (1999); Ministério da Saúde (2001); Basile (2001); Bachman (2002); Basile, Junqueira, Ribeiro (2003); Basile, Pinheiro, Myashita (2004).

Quadro 4 – Práticas de estímulo ao parto normal.

Conduta	Fase do trabalho de parto / Anotação	Justificativa / Fundamentação
Dieta	Prescrita pelo médico na internação: dieta livre ou leve Anotação: total, parcial ou suco, sendo este mais utilizado na última fase.	Recomendada para reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno e fetal;
Banho Aspersão	Recomendado na fase de aceleração máxima Não adotar se a dinâmica uterina for ineficiente. Anotação: tempo e tipo de banho	Revitaliza, estimula a circulação, diminui o desconforto das contrações, promove relaxamento e, conseqüentemente, favorece a dilatação cervical, diminui as dores lombossacras e estimula as contrações uterinas;
Banho Imersão (caso tenha banheira)	Com hidromassagem. Sem hidromassagem (nas fases de aceleração máxima e desaceleração). Anotação: tempo e tipo de banho Observação: o estado das membranas ovulares é indiferente.	Revitaliza, estimula a circulação, diminui o desconforto das contrações, promove relaxamento e, conseqüentemente, favorece a dilatação cervical, diminui as dores lombossacras e estimula as contrações uterinas;
Deambulação	Fase de aceleração e aceleração máxima, sempre que se sentir encorajada. Anotação: Tempo de deambulação Observação: em caso de membranas ovulares rotas, a apresentação deverá estar encaixada	Fundamental para abreviar o tempo do trabalho de parto e diminuir algias lombares, por estar em posição vertical.
Massagem	Fase de aceleração máxima, desaceleração e período expulsivo. Anotação: Sim (S) Não (N) Locais: região lombossacra região cervical	Durante as contrações, atenua as dores, após as contrações promove relaxamento e no final do período expulsivo, estimula as contrações.
Movimento: balanço pélvico(b), Abaixa e Levanta(A/L), Bola(B)	Estimulado durante o banho e deambulação. Anotação: b, A/L, B Em caso de membranas ovulares rotas, o movimento abaixa e levanta deve ser evitado para prevenir o edema de colo;	Relaxa a tensão muscular da região pélvica; Melhora a circulação; Favorece o encaixe da apresentação na bacia.
Diurese	Orienta-se e estimula-se o esvaziamento vesical, durante todo o trabalho de parto. Anotação: Presente ou Ausente	Diminui o desconforto da dor nas contrações, Previne bexigoma, favorece a descida da apresentação fetal.

Continua na página seguinte

Evacuação	Estimular evacuação espontânea durante todo o trabalho de parto. Anotação: Presente (P) ou Ausente (A).	Favorece o peristaltismo natural, diminui o desconforto intestinal, previne a evacuação no momento do parto.
Orientação e Respiração	Estimular a respiração espontânea durante as contrações no trabalho de parto. Se a parturiente apresentar-se descompensada durante as contrações, deve ser estimulada a soprar, conforme seu próprio ritmo para restabelecer a respiração espontânea. Orientar inspiração profunda, após a contração seguida de expiração lenta. Anotação: Sim (S), Não (N)	Promove oxigenação materna e fetal; Promove e restitui o autocontrole; Promove relaxamento.
Posição / Parto	Livre durante o trabalho de parto. Auxiliar a escolha da posição no parto. Anotação: cócoras / DL / Sentada / outras	Favorece o conforto e relaxamento da parturiente. A posição vertical favorece a descida da apresentação.
Fármacos	Quando houver alteração no partograma que indique seu uso. Anotação: nome/ gotejamento/ dose/ via/ horário.	Utilizados quando as condutas humanizadas alternativas não obtiveram sucesso, prescritos pelo médico ou conforme protocolo de prescrição pela enfermeira obstetra.
Cardiotocografia	Realizada quando o trabalho de parto evolui entre as linhas de alerta e a ação do partograma; Na condução ou indução do trabalho de parto com ocitocina. Anotação: Instalado / padrão.	Monitoramento do trabalho de parto. Não é realizada de rotina para a limitação da parturiente ao leito. A ausculta intermitente é feita de hora em hora.

Fonte: Bachman (2002); Basile, Junqueira, Ribeiro (2003),

Para Einkin et al. (2005), o partograma além de representar graficamente a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo, é um instrumento que facilita tomar conhecimento da evolução do trabalho de parto rapidamente com o exame de apenas uma folha de papel, pois devem estar registrados os batimentos cardíofetais, a dinâmica uterina, os fármacos usados e outros fatores importantes que evitem anotações de descrições longas.

Hoje, o partograma é empregado em ambiente hospitalar, não sendo necessária a intervenção médica, quando a dilatação atingir ou cruzar a linha de alerta e exige maior e melhor observação clínica. Quando a curva de dilatação cervical aproximar-se ou atingir a linha de ação, a intervenção médica tornar-se-á necessária, com intuito de melhorar a evolução do parto e corrigir possíveis distocias, não sendo, necessariamente, uma conduta cirúrgica (MS, 2003).

Embora existam diferentes modelos de partograma propostos, todos têm como finalidade melhorar a assistência ao parto. A enfermeira obstetra que assiste a mulher no parto e nascimento, deve buscar a qualidade, desempenhando seu papel, de acordo com a lei do exercício profissional que lhe oferece respaldo no acompanhamento do trabalho de parto, na identificação de distocias, na tomada de providências e realização do parto normal.

3 Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar o uso de intervenções obstétricas, o tipo de parto, os diagnósticos obstétricos e os resultados perinatais, segundo as Zonas I, II e III do partograma.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1 Descrever as condições clínico-obstétricas das mulheres na internação;
- 3.2.2 Verificar a prevalência das intervenções obstétricas adotadas no parto, segundo as Zonas I, II e III do partograma;
- 3.2.3 Comparar a frequência das intervenções obstétricas, segundo as Zonas I, II, III de ocorrência do parto.
- 3.2.4 Identificar o tipo de parto, conforme as Zonas I, II e III do partograma;
- 3.2.5 Identificar o diagnóstico obstétrico, de acordo com a evolução do parto nas Zonas I, II e III do partograma;
- 3.2.6 Descrever os resultados perinatais, segundo a Zona do partograma em que ocorreu o nascimento.

4 Método

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se por ser transversal, utilizando a coleta retrospectiva de dados, relativa, à adoção de intervenções obstétricas, tipo de parto e resultados perinatais, conforme as linhas de alerta e ação do partograma.

Kelsey et al. (1996) mencionam que os estudos transversais são empregados com o intuito de coletar, em um ponto no tempo, informações sobre a frequência e distribuição de variáveis relacionadas ao processo saúde-doença na população em estudo, a ocorrência do evento de interesse poderá ser mensurada em um dado ponto no tempo ou em qualquer ponto durante um determinado período.

A desvantagem está na limitação decorrente da temporalidade, pois isto dificulta o estabelecimento de relações de causalidade entre exposição e doença, conforme são mensuradas ao mesmo tempo (Kelsey et al., 1996).

4.2 Local

O estudo foi realizado no CPN do Hospital e Maternidade Municipal “Zoraide Eva das Dores”, localizado na região metropolitana de São Paulo, no município de Itapequerica da Serra, a 45 Km da capital de São Paulo.

Trata-se de uma instituição municipal que recebeu este nome em reconhecimento aos serviços prestados pela senhora Zoraide, a segunda parteira mais antiga conhecida no município, que realizou o parto de boa parte da população de Itapequerica da Serra no período compreendido entre 1930 e

1968. Os serviços que prestava eram de cunho voluntário na grande maioria das vezes ou recebia o que lhe era ofertado pelos beneficiados.

O município de Itapecerica da Serra tem uma população aproximada de 140.000 habitantes e, em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS, funciona como Gestão Plena do Sistema, tendo como gestor a Secretaria Municipal de Saúde.

A Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores foi inaugurada em 1994 para dar cobertura a seus munícipes e aos de Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra.

No período, entre 1994 e 2001, a maternidade contava com 16 leitos, atendendo a uma demanda de 180 partos mensais. Em 1999, com a inauguração do Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapecerica da Serra SECONCI-OSS a demanda da maternidade municipal diminuiu para 120 partos mensais. No ano de 2001, teve suas atividades suspensas por necessidade de reforma de suas instalações.

Considerando o Sistema Regional de atenção ao parto, o Conselho de Políticas de Saúde decidiu que as atividades da Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores deveriam ser reiniciadas. Sendo pactuado entre a Secretaria da Saúde do Município e o Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS) que a maternidade municipal ficaria com a responsabilidade de atender os partos de baixo risco, incluindo, cesáreas e curetagens.

Por outro lado, o HGIS ficaria como referência para assistência à gestante, puérpera e recém-nascido de alto risco, suporte laboratorial, banco de leite e agência transfusional. Para tanto, foram estabelecidos critérios de risco obstétrico e neonatal para a devida transferência ao HGIS.

A Secretaria Municipal de Saúde, com a diretoria que iria compor a administração preocupou-se com a adequação da tecnologia na assistência que tem sido uma tendência atual e visando a uma assistência centrada nas necessidades da cliente, optaram pela criação de um Centro de Parto Normal, em área intra-hospitalar e próxima ao Centro Obstétrico.

O CPN é um estabelecimento destinado a assistência a parto normal que pode funcionar de maneira intra ou extra-hospitalar, mantendo o ambiente hospitalar, como referência para remoções em um período máximo de uma hora; deve, ainda, permitir a presença de acompanhantes (MS, 1999).

Além disso, aumentou sua capacidade para 32 leitos, sendo, então, “reinaugurada” no dia 18/9/2004, com início de suas atividades em 20/9/2004. No primeiro mês de funcionamento, a Instituição atendeu a uma demanda de 131 partos.

A Maternidade é composta pelas unidades de Centro de Parto Normal, Alojamento Conjunto e Centro Cirúrgico Obstétrico para atender a partos fórceps, cesáreas de baixo risco e curetagens. Realiza, também, laqueadura tubária e vasectomia indicadas pelo serviço de planejamento familiar do município.

Atualmente o serviço conta, com um médico obstetra, como Coordenador geral e uma enfermeira obstetra como Supervisora da maternidade. A equipe que presta assistência à parturiente no CPN é constituída por dois médicos obstetras, uma enfermeira obstetra, um neonatologista e dois auxiliares de enfermagem, por plantão de 24 horas. No alojamento conjunto, a equipe de enfermagem é composta de uma enfermeira obstetra e quatro auxiliares de enfermagem por turno de trabalho.

A seguir, a Figura 1 mostra a distribuição dos partos, segundo o tipo no período de setembro de 2004 e março de 2005.

Figura 4. Distribuição dos partos segundo o tipo no Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (Setembro/2004-Março/2005)

Fonte: Prefeitura Municipal de Itapeçerica da Serra (2005)

Desde setembro de 2004 até março de 2005, a instituição realizou 990 partos, destes 86,1% (853) foram partos normais, 13,2 % (117) cesáreas e 0,7% (07) fórceps.

No CPN, a assistência ao parto e nascimento é feita por uma equipe multiprofissional¹ com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade responsável que segue o protocolo de condutas do guia prático para assistência ao parto

¹ “Equipe multiprofissional com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade responsável, é a multiplicação do potencial de cada profissional, que autorizado pelos protocolos institucionais de trabalho em equipe ultrapassa com segurança as linhas divisórias entre as profissões, delega racionalmente funções e responsabilidades e otimiza o resultado final das atuações profissionais (visão de medicina holística)” (Basile, Pinheiro, Miyashita, 2004).

normal da OMS (1996), que recomenda utilizar as práticas fundamentadas nas melhores evidências.

Dentre outras atribuições no CPN, cabe à enfermeira obstetra iniciar e finalizar o partograma, abrir as linhas de alerta e ação às mulheres em fase ativa do trabalho de parto; realizar prescrições alternativas ou medicamentosas conforme protocolo estabelecido; identificar as distocias por meio da interpretação do partograma, solicitar avaliação médica diante de alterações do quadro clínico materno ou fetal e realizar o parto normal eutócico (Basile, Pinheiro, Miyashita, 2004).

Entre as várias atribuições do médico obstetra estão: diagnosticar a normalidade do trabalho de parto na internação da parturiente para encaminhamento ao CPN; diagnosticar as patologias clínico-obstétricas e ou distocias do trabalho de parto na admissão da gestante ou parturiente, indicando as condutas, de acordo com a tecnologia medicamentosa e cirúrgica apropriadas, atender as solicitações da enfermeira obstetra na avaliação das distocias e alterações, com discussão em equipe e tomada de conduta (Basile, Pinheiro, Miyashita, 2004).

4.3 Casuística e amostra

Para a coleta de dados do estudo, foram utilizados os prontuários das mulheres atendidas no CPN da Maternidade Zoraide Eva das Dores, no período de 15 de dezembro de 2004 a 15 de março de 2005 .A justificativa para a definição desse período deu-se em função da recente implantação do uso do partograma no serviço.

Neste estudo, foram incluídos todos os prontuários de mulheres internadas no CPN no período referido acima, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Gestação única com feto vivo em apresentação cefálica;
- Idade gestacional igual ou superior a 37 semanas;
- Líquido amniótico claro no momento da internação;
- O parto ter ocorrido no mínimo duas horas, após a internação;
- Ter linhas de alerta e ação traçadas no partograma;
- Ter preenchimento correto do partograma.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos pela própria pesquisadora por meio de consulta ao livro de registro dos partos no qual constam entre outros dados: registro hospitalar, idade materna e tipo de parto. De posse dos registros hospitalares, os prontuários foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e examinados pela pesquisadora que preencheu o instrumento proposto para coleta de dados, conforme descrito no Anexo A.

Os dados foram armazenados e analisados com o auxílio dos *softwares* Microsoft Excel e Epi-Info versão 6.04.

4.5 Variáveis do estudo

- Idade Materna: idade em anos completos na ocasião do parto;

Condições clínico-obstétricas na internação

- Paridade – número de partos anteriores, classificados em nenhum, um, dois, três ou mais;
- Cesárea – classificada em sim e não;
- Dinâmica uterina – classificada em contrações uterinas ausentes ou presentes;
- Esvaecimento do colo – classificado em grosso, médio ou fino;
- Dilatação cervical – classificada em centímetros de 1 a 4 e 5 a 9;
- Estado das membranas – classificadas em íntegras ou rotas;
- Fase do trabalho de parto – caracterizada pela presença de cervicodilatação e dinâmica uterina, classificada em fase latente e ativa;

Intervenções obstétricas durante o parto

- Banho – ocorrência de banho de aspersão, realizado com a finalidade de aliviar a dor e a tensão muscular, durante o trabalho de parto, classificado em não e sim e a frequência em 1, 2 e 3;
- Deambulação – ocorrência de deambulação realizada durante o trabalho de parto, classificado em não e sim e a frequência em 1, 2 e 3;
- Movimentos – ocorrência de *exercícios sobre a bola*: a parturiente permaneceu sentada para promover a movimentação dos membros inferiores e da pelve; *exercícios de abaixa/levanta* e *posição de cócoras* que consistiam na movimentação no sentido vertical para promover movimentos da pelve, favorecer a descida da apresentação fetal e

diminuir a tensão muscular da região perineal no trabalho de parto;
balanço pélvico: consistia da movimentação da pelve no sentido rotatório para aliviar a tensão, a dor e para auxiliar na rotação interna da cabeça fetal; classificados em não e sim e a frequência em 1, 2 e 3;

- Zona do partograma – classificada em Zona I, à esquerda da linha de alerta, Zona II, entre a linha de alerta e de ação e Zona III à direita da linha de ação;
- Tipo de rotura – classificada em rotura artificial ou espontânea das membranas ovulares;
- Ocitocina – uso de ocitocina endovenosa;
- Cardiotocografia – utilizada ou não durante o trabalho de parto;
- Fármaco – caracterizado pelo emprego ou não de fármacos durante o trabalho de parto, sendo estes: N-Butilescopolamina, metroclorpramida diluídos em glicose (Buscopam[®], Plasil[®] e Glicose), metroclorpramida diluída em glicose (Plasil[®] e Glicose);
- Episiotomia – realização ou não do procedimento;
- Posição do parto – classificada em semi-sentada ou lateral;

Dados do parto

- Tipo de parto – classificado em parto normal e cesariana;

Diagnósticos obstétricos

- Fase ativa normal – classificada quando a evolução da dilatação cervical mantém-se na Zona I e segue paralela à linha de alerta, ou seja, até as primeira e segundas horas da Zona II. Velocidade média da dilatação de 1cm/h;

- Fase ativa prolongada – classificada, quando a evolução da dilatação cervical localiza-se a partir das terceira e quarta horas das Zonas II e na Zona III;
- Período pélvico prolongado – caracterizado pela descida progressiva da apresentação fetal, porém, muito lenta; dilatação cervical completa com demora na expulsão fetal;
- Parada secundária da descida – caracterizada pela dilatação cervical completa em dois toques sucessivos com intervalo de uma hora, registrando parada da descida por, pelo menos, uma hora após seu início;
- Parada secundária da dilatação – caracterizada pela permanência da dilatação cervical em dois toques sucessivos, com intervalo de duas ou mais horas;
- Outros – indicações maternas e ou fetais de cesárea: bradicardia fetal, sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão, descolamento prematuro da placenta entre outras;

Condições perinatais no parto

- Interação mãe-filho – caracterizada pelo contato precoce do recém-nascido com a mãe imediatamente após o nascimento;
- Reanimação – caracterizada pelo uso de ventilação artificial, massagem cardíaca e uso de fármacos;
- Boletim de Apgar – avaliado nos primeiro e quinto minutos de vida, classificado de um a dez.

- Idade gestacional – calculada em semanas completas pelo método de Capurro somático, logo após o nascimento;
- Peso ao nascimento – calculado em gramas.

4.6 Análise dos dados

4.6.1 Análise Descritiva

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados, e foram conhecidas as características das pacientes do estudo, que estão apresentadas em forma de tabelas ou gráficos. Nas tabelas, constam as frequências relativas (porcentuais) das classes de cada variável qualitativas, e a frequência absoluta (N). Para as variáveis quantitativas foram usadas médias e medianas para resumir as informações, os desvios-padrão e valores mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

4.6.2 Análise Comparativa Univariada

Para analisar as variáveis qualitativas, foram usados os seguintes testes:

- *Teste Qui-Quadrado de Pearson*

O teste baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não (Vieira, 1998).

- *Teste de Fischer*

O teste tem a mesma finalidade do Qui-Quadrado, porém é indicado nas situações cujos valores esperados forem inferiores a 5 (Soares, Siqueira 1999).

Para analisar as variáveis quantitativas, foram usadas as seguintes metodologias:

Os resultados dos níveis descritivos (valores de p) que apresentaram valores inferiores a 0,05, foram considerados estatisticamente significantes. Os processamentos foram realizados por intermédio do programa SPSS for Windows versão 10.0.

4.7 Aspectos Éticos

Em cumprimento a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi enviado ao Conselho Municipal de Saúde e posteriormente, apresentado a este Conselho, que, após apreciação e avaliação, considerou-o aprovado (Anexo D).

5 Resultados

5.1 Identificação das parturientes

Os resultados apresentados correspondem aos dados colhidos em prontuários de mulheres atendidas no Centro de Parto Normal do Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (HMMZED), entre 15 de dezembro de 2004 e 15 de março de 2005. No período, ocorreram 499 partos, destes 46,7(233) casos atenderam aos critérios de inclusão.

A Tabela 1 apresenta a idade das mulheres internadas na maternidade que compõem a população do estudo.

Tabela 1. Distribuição das mulheres atendidas no Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (HMMZED), segundo a idade. Itapeacerica da Serra, 2004-2005. (N= 233)

	N	%
Idade (anos)		
< 15	5	2,1
15 20	52	22,3
20 25	78	33,5
25 30	58	24,9
30 35	14	10,3
> 35	26	6,9
Total	233	100

Pelos dados da Tabela 1, observa-se que 57 (24,4%) das mulheres tinham até 19 anos de idade, ou seja, eram adolescentes. Merece comentar que 57,9% estavam abaixo de 25 anos. Os valores de idade encontrados foram de 14 a 40 anos e a média verificada foi 24,1 anos (d.p.= 5,80).

5.2 Condições clínico-obstétricas na internação

A Tabela 2 mostra as condições clínico-obstétricas das mulheres do estudo na admissão para o parto.

Tabela 2. Distribuição das mulheres atendidas no HMMZED, segundo as condições clínico-obstétricas na internação. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 233)

Condições clínico-obstétricas	N	%
Partos anteriores		
0	92	39,5
1	69	29,6
2	27	11,6
≥3	45	19,3
Cesárea		
Não	211	90,6
Sim	22	9,4
Dinâmica uterina		
Presente	183	78,5
Ausente	50	21,5
Dilatação cervical^a (cm)		
1 a 4	205	88,0
5 a 9	28	12,0
^a média = 4,4 (d.p. = 1,7) mediana = 4,0		
Esvacimento do colo uterino		
Fino	39	16,7
Grosso	65	27,9
Médio	129	55,4
Estado das membranas ovulares		
Íntegras	161	69,1
Rotas	72	30,9
Fase da dilatação		
Fase ativa	149	63,9
Fase latente	84	36,1
Total	233	100

Quanto à paridade os dados da Tabela 2 demonstram que houve maior número de nulíparas 92 (39,5%) e as demais 141 (60,5%) com um ou mais partos anteriores. Entre as mulheres com história de partos anteriores, 22 (9,4%) tinham sido submetidas à cesariana.

No momento da internação, 183 (78,5%) das mulheres apresentaram dinâmica uterina e 205 (88%) estavam no início do trabalho de parto, isto é,

com dilatação cervical entre 1 e 4 centímetros, média de 4,4 centímetros, desvio-padrão de 1,7 e mediana de 4,0 e na maior parte delas 129 (55,4%), o colo uterino estava com esvaecimento médio.

Quanto às condições das membranas ovulares, 161 (69,1%) das mulheres foram internadas com bolsa íntegra e 72 (30,9%) com bolsa rota.

Do total de mulheres, a maioria 149 (63,9%) foi internada na fase ativa do trabalho de parto e as demais 84 (36,1%), na fase latente.

5.3 Intervenções obstétricas

A seguir, a Tabela 3 mostra a prevalência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto.

Tabela 3. Frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto das mulheres atendidas no HMMZED. Itapeçerica da Serra, 2004-2005. (N=233)

Frequência das intervenções	N	%
Um Banho		
Não	28	12,0
Sim	205	88,0
Dois Banhos		
Não	129	55,4
Sim	104	44,6
Três Banhos		
Não	192	82,4
Sim	41	17,6
Movimentos 1		
Não	24	10,3
Sim	209	89,7
Movimentos 2		
Não	66	28,3
Sim	167	71,7
Movimentos 3		
Sim	105	45,1
Não	128	54,9
Deambulação 1		
Não	30	12,9
Sim	203	87,1
Deambulação 2		
Não	101	43,3
Sim	132	56,7
Deambulação 3		
Não	164	70,4
Sim	69	29,6
Total	233	100

Os dados da Tabela 3 demonstram que um grande número 204 (87,6%) de mulheres tomou, pelo menos, um banho, enquanto 103 (44,2%) tomaram dois e 43 (18,5%) três banhos. Destaca-se que, aproximadamente, em 80% dos banhos a duração foi igual ou maior que 30 minutos.

A maioria das mulheres realizou uma ou duas séries de movimentos com frequências de 209 (89,7%) e 167 (71,7%), respectivamente. Merece comentar que os movimentos realizados foram: abaixa/levanta, balanço pélvico e permanência em posição de cócoras e na bola sueca.

Quanto à deambulação, 203 (87,1%) das mulheres realizaram, no mínimo, um período de deambulação no o trabalho de parto, 132 (56,7%) dois e 69 (29,6%) três. Convém mencionar que na maioria das vezes, os períodos de deambulação foram, maiores que 30 minutos.

Tabela 4. Frequência de banhos, movimentos e deambulações realizadas pelas parturientes no HMMZED, segundo as zonas do partograma. Itapecerica da Serra, 2004-2005.

Intervenção	<u>Zona do Partograma</u>					
	<u>Zona I</u>		<u>Zona II</u>		<u>Zona III</u>	
	N	%	N	%	N	%
Banho						
1	143	74,9	58	40,8	3	17,6
2	37	19,4	61	43,0	5	29,4
3	11	5,7	23	16,2	9	52,0
Total	191	100	142	100	17	100
Movimentos						
1	155	59,6	54	26,6	-	-
2	71	27,3	94	46,3	2	11,1
3	34	13,1	55	27,1	16	88,9
Total	260	100	203	100	18	100
Deambulação						
1	160	65,6	43	29,0	-	-
2	63	25,8	67	45,3	2	16,7
3	21	8,6	38	25,7	10	83,3
Total	244	100	148	100	12	100

Ao se analisar os dados da Tabela 4, observa-se que, proporcionalmente, o maior número de intervenções ocorreu nas Zonas II e III do partograma.

Na Zona I, houve maior frequência de mulheres com um banho (143 - 74,9%), na Zona II com dois banhos (61 - 43,0%), ao passo que na Zona III a maior proporção foi de parturientes com três banhos (9 - 52,0%).

Em relação aos movimentos, a maior frequência encontrada na Zona I foi de mulheres com uma série de movimentos (155 - 59,6%), na Zona II o maior número (94 - 46,3%) observado foi com duas séries e na Zona III a maioria realizou três séries (16 - 88,9%).

Quanto à deambulação, na Zona I o maior porcentual (160 - 65,6%) foi de parturientes que deambularam um período durante o trabalho de parto. Na Zona II, 67 (45,3%) realizaram dois períodos e na Zona III, como esperado, houve um reduzido número de deambulações, sendo a maior frequência registrada com três períodos (10 - 83,3% mulheres).

A seguir, a Tabela 5 mostra a comparação da frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto, segundo a zona de ocorrência do parto.

Tabela 5. Frequência de banhos, movimentos e deambulações durante o trabalho de parto segundo a zona do parto das mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005.(N=233)

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

Teste Qui-quadrado.

Todas as intervenções analisadas na Tabela 5 apresentaram associação estatística com a zona de ocorrência do parto ($p\text{-valor} < 0,05$). Proporcionalmente, nas Zonas II e III onde os partos ocorreram, as intervenções de banhos, movimentos e deambulação foram utilizadas com maior frequência.

As mulheres com partos na Zona III apresentaram estatisticamente maior proporção de mais de um procedimento de banhos (71,4%), de movimentos (85,2%) e de deambulações (85,7%).

Vale destacar, que, na Zona do partograma não ocorreram ausências de banho e deambulação.

A seguir, os resultados podem ser melhores visualizados nas Figuras, 5 a 8.

Figura 5. Frequência do banho, conforme a zona em que o parto se verificou.

Figura 6. Frequência do movimento, conforme a zona onde o parto se verificou.

Figura 7. Frequência da deambulação, segundo a zona onde o parto ocorreu.

Figura 8. Comparação de todas as intervenções (banho, movimento e deambulação), segundo a zona de ocorrência do parto.

A seguir, a Tabela 6 apresenta as intervenções obstétricas que foram realizadas durante o trabalho de parto e parto.

Tabela 6. Frequência das intervenções obstétricas realizadas nas mulheres atendidas no HMMZED. Itapeçerica da Serra, 2004-2005.

Intervenções	N	%
Tipo de Rotura (n=161) ^a		
Artificial	123	76,5
Espontânea	38	23,6
Ocitocina		
Não	125	53,6
Sim	108	46,4
Cardiotocografia		
Não	197	84,5
Sim	36	15,5
Fármaco		
Não	128	54,9
Sim	105	45,1
Episiotomia (n=217) ^b		
Não	141	65,0
Sim	76	35,0
Posição do parto (n=217) ^b		
Semi-sentada	141	65,0
Lateral	76	35,0
Total	233	100

^a excluídas 72 mulheres que internaram com bolsa rota

^b excluídas 16 mulheres que tiveram cesariana

De acordo com os dados da Tabela 6, 123 (76,4%) mulheres tiveram rotura artificial das membranas, a ocitocina foi utilizada em 108 (46,4%) e a cardiotocografia só em 36 (15,5%) parturientes. Pouco menos da metade (105 - 45,1%), recebeu algum medicamento. A episiotomia foi realizada em 76 (35,0%) dos casos e a posição semi-sentada utilizada em 141 (65,0%) das mulheres com parto normal.

Tabela 7. Distribuição do tipo de rotura das membranas, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 161)

Tipo de rotura de membrana	Zona do partograma						<i>p-valor</i>
	Zona I		Zona II		Zona III		
	N	%	N	%	N	%	
Artificial	53	63,1	61	92,4	9	81,8	< 0,001
Espontânea	31	36,9	5	7,6	2	18,2	
Total	84	100	66	100	11	100	

Teste Qui-quadrado.

Pelos dados da Tabela 7, observa-se que a rotura artificial foi realizada em maiores proporções nas Zonas II e III com 92,4% e 81,8%, respectivamente, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,001$). Em relação à rotura espontânea, a maior frequência observou-se na Zona I (36,9%).

Tabela 8. Distribuição do uso de ocitocina, cardiotocografia e fármaco, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (n = 233)

Intervenções	Zona do partograma							
	Zona I		Zona II		Zona III		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ocitocina	62	57,4	36	33,3	10	9,3	108	100
Cardiotocografia	26	71,4	6	17,2	4	11,4	36	100
Fármaco	57	54,2	43	41,0	5	4,8	105	100

Conforme os dados da Tabela 8, as intervenções com ocitocina, cardiotocografia e fármaco foram empregadas em maiores proporções na Zona I do partograma com 62 (57,4%), 26 (71,4%) e 57 (54,2%), respectivamente.

Tabela 9- Distribuição do tipo de fármaco, segundo as zonas do partograma nas mulheres atendidas na HMMZED. Itapequerica da Serra, 2004-2005. (N = 105)

Tipo de fármaco	Zona do partograma							
	<u>Zona I</u>		<u>Zona II</u>		<u>Zona III</u>		<u>Total</u>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Buscopan®, glicose e plasil®	9	15,8	3	7,0	2	40,0	14	13,3
Glicose e plasil®	48	84,2	40	93,0	3	60,0	91	86,7
Total	57	100	43	100	5	100	105	100

Conforme demonstram os dados da Tabela 9, prevaleceu o uso de glicose associado à metoclopramida em todas as zonas do partograma.

A seguir a Tabela 10, apresenta a comparação das intervenções obstétricas, conforme a zona de ocorrência do parto.

Tabela 10- Frequência das intervenções, obstétricas segundo a zona em que ocorreu o parto nas mulheres atendidas no HMMZED. Itapequerica da Serra, 2004-2005.

O parto nas maternidades atendidas no PIMM/2022: Rapsódia da Cora, 2023 e 2024.

Intervenções	Zona de ocorrência do parto						p-valor ^a
	Zona I		Zona II		Zona III		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de rotura^b							
Artificial	50	63,3	60	92,3	13	76,5	< 0,002
Espontânea	29	36,7	5	7,7	4	23,5	
Total	79	100	65	100	17	100	
Ocitocina							
Não	72	54,1	48	60,8	5	23,8	0,010
Sim	61	45,9	31	39,2	16	76,2	
Total	133	100	79	100	21	100	
Cardiotocografia							
Não	113	85,0	68	86,1	16	76,2	0,527
Sim	20	15,0	11	13,9	05	23,8	
Total	133	100	79	100	21	100	
Fármaco							
Não	80	60,2	39	49,4	9	42,9	0,158
Sim	53	39,8	40	50,6	12	57,1	
Total	133	100	79	100	21	100	
Episiotomia^c							
Não	91	70,5	43	59,7	7	43,8	0,055
Sim	38	29,5	29	40,3	9	56,3	
Total	129	100	72	100	16	100	
Posição de parto^c							
Lateral	45	34,9	22	30,6	9	56,2	0,150
Semi-sentada	84	65,1	50	69,4	7	43,8	
Total	129	100	72	100	16	100	

^aTeste Qui-quadrado

^bexcluídas 72 mulheres que internaram com bolsa rota

^cexcluídas 16 mulheres que tiveram cesariana

A análise comparativa entre as intervenções obstétricas e a zona em que o parto ocorreu, apresentada na Tabela 10, demonstra que houve uma diferença estatística só no tipo de rotura ($p\text{-valor} < 0,002$) e no uso de ocitocina ($p\text{-valor} = 0,010$).

A rotura artificial de membrana foi feita em maiores proporções entre as parturientes com parto na Zona II 62 (92,3%) e na Zona III 13 (76,5%). A ocitocina foi empregada em maior proporção entre as mulheres com partos na Zona III 16 (76,2%).

5.4 Tipo de parto

A seguir, são apresentados os tipos de parto, segundo a zona de sua ocorrência.

Tabela 11- Distribuição do tipo de parto segundo a zona de sua ocorrência nas mulheres atendidas no HMMZED. Itapeceira da Serra, 2004-2005 (N = 233)

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

Teste Qui-quadrado

Conforme os dados da Tabela 11, as diferenças encontradas entre o tipo de parto e a zona de sua ocorrência são estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 0,001$). A cesariana verificou-se em apenas 3,0% da Zona I e em 24,0% da Zona III.

5.5 Diagnóstico obstétrico

Tabela 12. Frequência dos diagnósticos das mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N=233)

Diagnóstico	N	%
Fase ativa normal	182	78,1
Fase ativa prolongada	26	11,1
Período pélvico prolongado	12	5,1
Parada secundária descida	6	2,6
Parada secundária dilatação	3	1,3
Sofrimento fetal agudo	2	0,9
Prolapso de cordão	1	0,4
Crise hipertensiva	1	0,4
Total	233	100

Conforme os dados da Tabela 12, 78,1% das mulheres tiveram o diagnóstico de fase ativa normal, 11,1% fase ativa prolongada nos 12 casos de período pélvico prolongado, 4,1% nasceram de parto normal e 18,8% de cesárea. Como esperado, nos demais diagnósticos a via de parto foi abdominal.

As Tabelas 13 e 14 mostram os diagnósticos atribuídos às mulheres, segundo o tipo de parto e as zonas do partograma com detalhe de horas na Zona II.

Tabela 13. Frequência dos diagnósticos, segundo a zona do parto normal das mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N=217)

Diagnósticos	Parto Normal												Total	
	Zona I				Zona II				Zona III					
			1ª. h.		2ª. h.		3ª. h.		4ª. h.					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fase ativa normal	129	100	38	100	15	100	-	-	-	-	-	-	182	83,9
Fase ativa prolongada	-	-	-	-	-	-	7	70	5	55,6	14	87,5	26	12,0
Período pélvico prolongado	-	-	-	-	-	-	3	30	4	44,4	2	12,5	9	4,1
Total	129	100	38	100	15	100	10	100	9	100	16	100	217	100

Dentre os partos normais , a Tabela 13 demonstra que diagnóstico de fase ativa normal ocorreu em 182 mulheres (83,9%), a fase ativa prolongada em 26 (12,0%) e o período pélvico prolongado em 9 (4,1%).

Vale ressaltar que foram os nascimentos ocorridos nas terceira e quarta horas da Zona II e os da Zona III foram considerados como fase ativa prolongada.

Tabela 14. Frequência dos diagnósticos, segundo a zona da cesárea das mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N=16)

Diagnósticos	Cesárea													
	Zona I				Zona II				Zona III				Total	
			1ª. h.		2ª. h.		3ª. h.		4ª. h.					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Período pélvico prolongado	-	-	-	-	2	66,7	-	-	1	100	-	-	3	18,8
Parada secundária da descida	1	25,0	-	-	-	-	2	100	-	-	2	40,0	5	31,3
Parada secundária da dilatação	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	3	60,0	4	25,0
Sofrimento fetal agudo	1	25,0	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	2	12,5
Prolapso de cordão	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,25
Crise hipertensiva	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,25
Total	4	100	1	100	3	100	2	100	1	100	5	100	16	100

Os dados da Tabela 14 apontam que as indicações de cesárea foram em razão dos seguintes diagnósticos: 3 (18,8%) por período pélvico prolongado, 5 (31,3%) por parada secundária da descida e 4 (25,0%) por parada secundária da dilatação. Os demais diagnósticos tiveram indicação fetal ou materna alheia à evolução do parto.

5.6 Condições perinatais

A Tabela 15 apresenta os dados relativos às condições dos recém-nascidos.

Tabela 15. Estatística descritiva relativa às condições dos recém-nascidos (RN) - Índice de Apgar do primeiro e quinto minuto, idade gestacional (IG) e peso - atendidos no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005.(N=233)

Variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Apgar 1.º minuto	x	x	9	1	10
Apgar 5.º minuto	x	x	10	2	10
IG Capurro (semanas)	39,4	1,0	39	37	42
Peso RN (gramas)	3225,0	406,6	3.220	2.125	4.200

X= não se aplica para essa variável

Em relação às condições de vitalidade do RN, a Tabela 15 mostra mediana de 9 e 10, valores mínimos de 1 e 2 no primeiro e quinto minutos, respectivamente. A idade gestacional variou de 37 (critério de inclusão para o estudo) a 42 semanas. A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.225 g (dp = 406,6) e mediana de 3.220 g.

Tabela 16. Distribuição do Índice de Apgar de primeiro e quinto minuto dos recém-nascidos das mulheres atendidas no HMMZED, segundo a zona em que ocorreu o parto. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 233)

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

Teste exato de Fisher

Os dados da Tabela 16 demonstram que o Índice de Apgar igual ou maior que sete prevaleceu em mais de 90,0% dos conceptos nas três zonas do partograma. A análise comparativa entre as zonas do partograma não apresenta diferença estatística, tanto ao Índice de Apgar de primeiro minuto ($p\text{-valor}=0,149$) como de quinto ($p\text{-valor}=0,667$). Na Zona III merece comentar que não foram encontrados valores desse índice abaixo de sete no primeiro e no quinto minutos.

Tabela 17- Distribuição da reanimação do RN, segundo a zona em que ocorreu o parto. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 233)

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

Teste exato de Fisher

Pelos dados da Tabela 17, observa-se que não houve diferença estatística na reanimação dos recém-nascidos entre as zonas de ocorrência do parto ($p=0,260$).

Tabela 18. Distribuição do peso do recém-nascido das mulheres atendidas na HMMZED, segundo a zona em que ocorreu o parto. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 233)

Peso do RN	Zona do parto						p-valor
	Zona I		Zona II		Zona III		
	N	%	N	%	N	%	
2000 a 2500	5	3,8	3	3,8	-	-	0,207
2500 a 3000	37	27,8	24	30,4	2	9,5	
3000 a 3500	54	40,6	27	34,2	11	52,4	
3500 a 4000	36	27,1	23	29,1	6	28,6	
>4000	1	0,7	2	2,5	2	9,5	
Total	133	100	79	100	21	100	

Teste exato de Fisher

Pelos dados da Tabela 18, não houve diferença estatisticamente significativa entre as diversas categorias de peso em relação a zona do parto ($p=0,207$).

A seguir, Tabela 19 apresenta o contato mãe-filho distribuído, segundo as zonas do partograma.

Tabela 19. Frequência de contato mãe e filho segundo a zona em que ocorreu o parto das mulheres atendidas no HMMZED. Itapecerica da Serra, 2004-2005. (N = 233)

Contato mãe-filho	Zona do parto						p-valor
	Zona I		Zona II		Zona III		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	126	94,7	69	87,3	17	81,0	0,046
Não	7	5,3	10	12,7	4	19,0	
Total	133	100	79	100	21	100	

Teste Qui-quadrado.

Na Tabela 19, a análise comparativa apresentada aponta uma diferença estatística de contato mãe-filho entre as zonas do partograma ($p\text{-valor} = 0,046$); e as parturientes que deram à luz na Zona I tiveram maior frequência (94,7%).

6 Discussão

A discussão dos resultados desta pesquisa é apresentada, considerando os aspectos a seguir:

- as intervenções obstétricas e o tipo de parto, segundo as zonas do partograma;
- as intervenções obstétricas, diagnósticos e os resultados perinatais, conforme as zonas de ocorrência do parto.

O fato de a análise ter sido realizada com base no modelo da evolução do trabalho de parto proposto por Friedman (1957) favoreceu o estudo das intervenções no o primeiro período clínico do parto. Outro ponto importante adotado para fundamentar a discussão do estudo baseou-se nas evidências científicas recomendadas pela OMS (1996).

A adoção do modelo proposto por Friedman aliado às contribuições realizadas por Philpot, Castle (1972a; 1972b), para uso do partograma permitem estabelecer critérios mais precisos de indicação das intervenções a serem empregadas no o trabalho de parto, aa proporção que se situam entre entre as zonas do partograma, as diferentes possibilidades de evolução do trabalho de parto.

As condições clínico-obstétricas apresentadas na internação pelas mulheres estudadas permitem afirmar que, em sua maioria, foram admitidas em momento oportuno e propício para iniciar o registro do partograma, pois 63,9% encontravam-se na fase ativa (Tabela 2). O critério utilizado para caracterizar a fase ativa foi a dilatação do colo uterino maior que 4 centímetros e presença de dinâmica uterina (Greenhil, Friedmman, 1976).

No estudo multicêntrico sobre o emprego do partograma, houve uma pequena proporção de mulheres com fase latente prolongada (> 8 horas) (OMS, 1994).

Para Hofmeyr (2005) a dificuldade clínica para determinar o início do trabalho de parto e a fase ativa com precisão são fatores limitantes para comparação dos estudos sobre a utilização do partograma.

O início do preenchimento do partograma deve ser feito próximo ao começo da fase ativa, pois, segundo o “Manual parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” do Ministério da Saúde a “abertura do partograma na fase latente implicaria não só em intervenções desnecessárias, mas, também iatrogênicas” (MS, 2003).

A confirmação do diagnóstico de fase ativa antes da admissão está associada ao menor uso de ocitocina, analgesia e aumento do senso de controle da mulher sobre o trabalho de parto (Hodnett, 2004).

Neste sentido, o critério para internar as mulheres para acompanhamento do trabalho de parto deve considerar o início da fase ativa do parto, desde que, não haja outras condições maternas ou fetais que indiquem necessidade de controle mais precoce.

No presente estudo, a internação na fase ativa foi realizada em 63,9% (149) e a presença de dinâmica uterina foi observada em 78,5% (183); 88% das mulheres foram admitidas com dilatação entre 1 e 4 centímetros e a dilatação cervical média foi 4,4 centímetros.

Do total de mulheres, 69,1% (161) foram internadas com as membranas ovulares íntegras (Tabela 2).

Os resultados indicam que a população é na maioria composta por mulheres jovens, com idade média de 24,1 anos ($dp= 5,8$) e, portanto, como esperado a maior frequência encontrada em relação à paridade foi de nulíparas (39,5%) (Tabelas 1 e 2). Estes resultados foram semelhantes aos verificados por Schneck (2004), em estudo realizado com mulheres da mesma região, onde foram verificadas 37,8% de nulíparas, idade média também de 24,1 anos; 25,6% de adolescentes e 60,2% de mulheres com menos de 25 anos.

Práticas obstétricas e zonas do partograma

Segundo o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal da OMS (1996) entre os métodos não farmacológicos que são utilizados durante o trabalho de parto com o objetivo de reduzir a sensação dolorosa estão: o banho de chuveiro ou de imersão, a movimentação, incluindo, a mudança de posição e a deambulação, além de outras intervenções. Estas práticas também têm a finalidade de estimular o progresso do trabalho de parto (Bachman, 2002; Basile, Junqueira, Ribeiro, 2003; Enkin et al., 2005).

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

A mais recente revisão sobre as características da assistência em centros de parto extra-hospitalares de países desenvolvidos, realizada pelo National Epidemiology Perinatal Unit, no Reino Unido, não apresenta dados a respeito de tais práticas (Stewart et al., 2004).

Em nosso meio, constata-se que embora o modelo de assistência ao nascimento encontre-se em fase de transição, estas práticas ainda são foco de interesse de profissionais e pesquisadores, pois se constituem em recursos importantes à transformação da assistência intervencionista.

Assim, além de seus benefícios estas promovem a oportunidade de tirar a mulher da inércia do leito e estimulá-la a deambular, banhar-se ou

movimentar-se e isto pode ser uma estratégia aos serviços que buscam a mudança das características da assistência.

Ao serem estimuladas a assumir posições diferentes daquelas restritas ao leito, as mulheres adotam, espontaneamente, posturas ortostáticas, como sentada, em pé ou caminhando e, com frequência, retornam a uma posição deitada no final do trabalho de parto (Enkin et al., 2005).

A justificativa para que o movimento e a deambulação da parturiente atuem como estímulo ao trabalho de parto é que ambos favorecem a descompressão dos grandes vasos – aorta abdominal e veia cava inferior, – aumentando o fluxo sanguíneo uterino e promovendo contrações uterinas mais eficazes (OMS, 1996; Rezende, 2005).

A respeito da deambulação em estudo, no qual a parturiente teve liberdade de movimentar-se, os autores afirmam que esta prática favoreceu a evolução do parto, encurtando o primeiro período e ajudando no bem-estar materno-fetal (Galvão, Neto, 2000).

O emprego destas três práticas pelas mulheres deste estudo foi observado em proporções acima de 85,0% em, pelo menos, uma vez (Tabela 3).

Os resultados do estudo de Ochiai (2000) demonstram que o banho de aspersão com duração de 10 minutos não diminuiu a intensidade da dor, avaliada, mediante a escala numérica, mesmo assim as mulheres referiram que essa prática proporcionou sensação de alívio, relaxamento e revigoramento.

Embora o uso de água aliada à temperatura no banho de imersão pareça ser mais adequado para o alívio da dor em relação ao banho de

aspersão, este pode ser útil para o relaxamento da mulher e permitir adoção de posição diferente da restrita ao leito.

No estudo atual, merece comentar que a duração do banho de aspersão das mulheres que realizaram uma vez esse procedimento foi maior que 30 minutos em 77,0% e 85,8% entre as que o realizaram mais de uma vez.

Para Enkin et al. (2005) a mudança de posição da mulher também altera as relações entre a gravidade, as contrações uterinas e a pelve materna. Os autores citados ainda afirmam que isto estimula a evolução do trabalho de parto e reduzir a dor, embora não existam estudos que comprovem essa justificativa.

Neste estudo, pode-se observar que a proporção de utilização das práticas (banho, movimento e deambulação) aumentou, conforme o trabalho de parto avançava nas Zonas II e III (Tabela 4). Este resultado aponta que os profissionais utilizaram o partograma, como um critério para indicar as condutas durante o parto.

Na análise comparativa, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), quando as três intervenções foram agrupadas, conforme a frequência em nenhuma, uma e mais que uma (Tabela 5). Assim, nesta população, as mulheres que realizaram, pelo menos, um banho (53,4%), mais de uma série de movimentos (65,4%) e mais de um período de deambulação (48,1%) concentraram-se entre aquelas em que o parto ocorreu na Zona I do partograma.

Por outro lado, nota-se que nos partos das Zonas II e III do partograma, as mulheres apresentaram maiores frequências de repetições das práticas de banho, movimento e deambulação (Tabela 5). Isto permite afirmar

que estas práticas foram utilizadas em números crescentes conforme o trabalho de parto foi ultrapassando a linha de alerta (Zona I) e aproximando (Zona II) ou cruzando (Zona III) a linha de ação, em convergência com a necessidade de se estimular o progresso do trabalho de parto e/ou proporcionar alívio da dor e conforto para a parturiente.

Outras medidas, também, com frequência são utilizadas com a finalidade de evitar o retardo no progresso do trabalho de parto, como a amniotomia, a infusão de ocitocina ou a associação de ambas (OMS, 1996; Rezende, 2005).

Os achados dessa pesquisa em relação à rotura artificial das membranas (76,5%) e o uso de ocitocina (46,4%) apresentaram prevalências muito próximas daquelas encontradas por Schneck (2004) que foram 74,6% e 44,5%, respectivamente.

Convém mencionar, que foram poucos os estudos publicados relacionado a amniotomia com o partograma. Assim, a seguir, são citadas algumas investigações que abordaram apenas a frequência desta intervenção.

Nos Estados Unidos, a rotura artificial de membrana na fase ativa em 20 anos (1980 – 2000) aumentou de 3,0% para 18,8%, segundo os dados do *US National Discharge Hospital Survey* (Kozac, Weks, 2002). Os dados do *National Birth Center Study*, apontam que em ambiente extra-hospitalar, a amniotomia foi realizada em 32,4% dos partos (Rooks et al., 1989).

Observou-se que a rotura artificial das membranas ovulares realizada, segundo a zona do partograma apresentou diferença estatística (p -valor $< 0,001$), com maiores proporções nas Zonas II e III (Tabela 7). O fato de se utilizar esta prática nas Zonas II e III indica a intenção dos profissionais de

estimular o trabalho de parto antes que se aproximasse ou ultrapassasse a linha de ação.

A análise da amniotomia, conforme a zona em que ocorreu o parto, também, mostrou diferença estatística. As proporções de rotura artificial na Zona I (63,1%) (Tabela 7) foram semelhantes às proporções desta prática entre as mulheres que tiveram o parto nessa zona (Tabela 10) (63,3%). No entanto, é preciso comentar que, apesar da frequência dessa prática parecer elevada na Zona I, percebe-se que foram roturas oportunas realizadas próximo à ultimização do parto. A mesma semelhança foi observada em relação à Zona II (92,4% - Tabela 7 e 92,3% - Tabela 10).

Vale ressaltar que, por se tratar de uma maternidade de baixo risco, o serviço optou pela prática de rotura artificial de membranas em tempo oportuno (entre 7 e 8cm), caso esta não ocorra espontaneamente. Pois em caso de constatação de líquido meconial, além de intensificar o controle da vitalidade fetal, haveria tempo suficiente de preparar a equipe para recepção do RN e, se necessário, providenciar sua transferência, visto que o serviço não dispõe de unidade de cuidados neonatais

Ainda, analisando a Tabela 7, constatou-se que 11 mulheres ultrapassaram a linha de ação (Zona III) com as membranas íntegras e, em duas delas, a rotura das membranas foi espontânea que poderia ser a justificativa do prolongamento do trabalho de parto.

O estudo de Dujardim et al. (1992) citado na *Introdução*, mostrou que as intervenções - amniotomia e ocitocina - foram empregadas na metade dos partos que ultrapassou a linha de alerta (Zona II) e entre as parturientes em que não foi realizada nenhuma intervenção; 44,0% ultrapassaram a linha

de ação (Zona III) comparadas com 26,0% que tiveram intervenção. Os autores concluíram apoiados nos resultados que o partograma é prático e eficaz, proporciona e direciona ao momento oportuno para a intervenção.

Nesta investigação, a proporção de ocitocina utilizada na Zona I (57,4% - 62 mulheres) foi mais elevada do que a da Zona II (33,3% - 36) (Tabela 8). A Zona I é a área do partograma que deve apresentar menos intervenção, visto que a evolução do trabalho de parto está dentro dos parâmetros fisiológicos.

O emprego da ocitocina apresentou diferença estatisticamente significativa na análise comparativa entre as zonas do partograma ($p=0,010$) (Tabela 10). Conforme citado nos *Resultados*, a ocitocina foi usada em maior proporção nas mulheres, cujo o parto ocorreu nas Zonas I e III (45,9% e 76,2%, respectivamente) (Tabela 10).

Os achados do atual estudo foram superiores aos observados por Costa, Conter, Calegari (1979) que constataram em nulíparas 6,1% de uso de ocitocina na Zona I e 54,6% nas Zonas II e III agrupadas. Por outro lado, verificaram nas múltiparas 1,8% na Zona I e 46,7% nas Zonas II e III, com diferença estatística para ambas as paridades ($p<0,001$). Desse modo, os autores salientam a validade do partograma, como um método criterioso para detectar precocemente o parto disfuncional, selecionando as parturientes que se beneficiam com o emprego de ocitocina.

No presente estudo, a justificativa para o uso acentuado de ocitocina poderia ser atribuída à recente implantação do Centro de Parto Normal, onde médicos e enfermeiros obstetras têm ainda arraigado o modelo intervencionista na assistência ao nascimento. Apesar da orientação de que as

intervenções devem se basear nas necessidades da mulher conforme o modelo assistencial proposto.

O estudo de Melmed, Evans (1976), referido na *Introdução*, apresentou maior proporção de ocitocina quando a velocidade da dilatação ocorreu entre 0,5 e 0,9 cm/h.

Em relação à episiotomia Schneck (2004) afirma que, de modo geral, existe grande oscilação nas taxas mundiais; aponta que as menores taxas estão relacionadas aos partos realizados em ambiente extra-hospitalar e outros fatores apontados para estas variações foram - tipo do prestador de assistência, características dos serviços, diferenças regionais e, sobretudo, as políticas institucionais adotadas em relação ao uso seletivo ou liberal. O autor ainda acrescenta que, que a nuliparidade e a escassez de estudos que avaliam o emprego desnecessário desta intervenção constitui um fator determinante para manutenção de taxas elevadas.

Os resultados apontam que a episiotomia foi realizada em 35,0% das parturientes (Tabela 6). Vale ressaltar que a população do estudo é de baixo risco. Em outros países, as taxas citadas desse procedimento foram 17,6% entre as mulheres atendidas em centros de parto extra-hospitalar nos EUA (Rooks et al., 1989); 7,8% na Suécia (Waldenström, Nilsson, Winbladh, 1997); 15,7% na Alemanha (David et al., 1999) e 3,8% em partos domiciliares atendidos por parteiras no Canadá (Janssen et al., 2002) e no Brasil 43,5% entre nulíparas (Campos; Lana, 2004).

Em contraposição, os dados das mulheres atendidas em ambiente intra-hospitalar demonstram 65,0% entre as suécas (Waldenström, Nilsson, Winbladh, 1997); 57,0% nas americanas (Curtin, 1999); 54,8% nas alemãs

(David et al., 1999); 46,6% nas nigerianas (Otoide, Ogbonmuwan, Okonofua.,2000); 32,8% nas australianas (Waldenström et al., 2001) e no Brasil 24,2% (Silva et al., 2000); 39,0% (Silva, 2002).

Embora a variável episiotomia não tenha apresentado diferença estatística entre as zonas onde o parto ocorreu o p-valor (0,055) ficou muito próximo do alfa assumido para este estudo (0,05) (Tabela 10). Assim, vale a pena destacar que, diferentemente da amniotomia e do uso de ocitocina as menores proporções de episiotomia se encontraram na Zona I (29,5%) e na Zona II (40,3%).

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é um procedimento que não deve ser realizado de maneira rotineira. Enkin et al. (2005) afirmam que não existem dados suficientes que apoiem os supostos benefícios do uso liberal da episiotomia. O autor refere que os estudos controlados demonstram que o emprego restrito da episiotomia resulta em menor risco de traumatismo perineal posterior, menor necessidade de sutura, menos complicação pós-parto, como dor perineal, dispareunia ou incontinência urinária, além de, não apresentar diferença de risco para traumatismo vaginal ou perineal grave.

Tipo de parto e zonas do partograma

Como esperada a análise da variável tipo de parto e zona do partograma apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com as cesarianas em maior proporção na Zona III (24,0%) e os partos normais na Zona I (97,0%) (Tabela 11).

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Philpott, Castle (1972a) que observaram proporções elevadas de partos vaginais (89,7%) na Zona I e de cesariana na Zona III (20,6%).

Na pesquisa de Chen, Chu (1986), citada na *Introdução*, foi encontrada freqüência mais elevada (50,0%) de cesariana do que o atual estudo para os partos que ultrapassaram a linha de ação. Por outro lado, Costa, Conter, Calegari (1979), observaram taxas de cesárea menores que foram de 1,1% na Zona I entre as múltiparas e nenhuma para as primíparas, ao passo que nas Zonas II e III o porcentual foi agrupado com 6,0% nas primíparas e 3,2% nas múltiparas.

Diagnósticos obstétricos

Rudge, Calderon, De Luca. (1989); Rudge et al. (1999) em estudo sobre diagnóstico e condutas no parto distócico, definiram fase ativa normal, quando a cervicodilatação localiza-se na Zona I e fase ativa prolongada, quando esta ocorre nas Zonas II e III. Os autores afirmam que, em se tratando de parto hospitalar, as intervenções deverão ocorrer imediatamente, após a linha de alerta ser ultrapassada.

Segundo Enkin et al. (2005), o desvio da evolução “normal” definida arbitrariamente, necessita de uma melhor avaliação e não de intervenção.

Apoiada na afirmação do Ministério da Saúde de que não existe necessidade de intervir, imediatamente após a linha de alerta ser cruzada, quando o registro gráfico é realizado em ambiente hospitalar, contudo exige maior observação da evolução clínica do trabalho de parto (MS, 2003).

Neste trabalho, considerou-se fase ativa normal os partos ocorridos na Zona I e nas primeira e segunda horas da Zona II.

Do total das mulheres com diagnóstico de fase ativa prolongada, embora seja considerado distocia 26 (12,0%) nasceram de parto normal (Tabela 13).

Entre os partos normais ocorridos na terceira hora da Zona II, 7 (70%) tinham diagnóstico de fase ativa prolongada e 3 (30,0%) de período pélvico prolongado. Na quarta hora da Zona II, 5 (55,6%) apresentaram fase ativa prolongada e 4 (44,4%) período pélvico prolongado. Por outro lado, na Zona III verificou-se maior número de partos com diagnóstico de fase ativa prolongada (14 - 87,5%) e apenas 2 (12,5%) por período pélvico prolongado (Tabela 13).

Quanto ao parto cesárea, segundo a zona de ocorrência, 8 (50%) ocorreram nas terceira e quarta horas da Zona II ou na Zona III (Tabela 14).

Os diagnósticos obstétricos atribuídos às mulheres, segundo o tipo de parto e as zonas do partograma com a especificação das horas da Zona II (Tabelas 13 e 14), corroboram os resultados dos estudos de Philpott, Castle (1972a); Melmed, Evans (1976); Costa, Conter, Calegari (1979) e Dujardim et al. (1992) que constataram taxas mais elevadas de fórceps, cesárea e mal prognóstico neonatal, quando a evolução ou ultimação do parto se dá próxima à linha de ação ou na Zona III.

No estudo observacional prospectivo realizado com 3.935 partos de primigestas de baixo-risco por Alfirevic, Edwards, Platt (2004) em dez maternidades inglesas, observaram que nas instituições com protocolos escritos para emprego do partograma havia menores taxas de cesárea por sofrimento fetal (OR= 0,49; IC= 99%: 0,30-0,81).

No atual estudo houve apenas um caso de cesárea por sofrimento fetal.

Condições perinatais no nascimento

Os dados deste estudo demonstraram média de 3.225 gramas para o peso, de 39,4 semanas para idade gestacional e valor mínimo do Índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de 1 e 2, respectivamente (Tabela 15). Os resultados sobre as condições de vitalidade, no primeiro e quinto minutos, ainda, indicaram que a maioria dos recém-nascidos obteve nota maior ou igual a sete no Boletim de Apgar nas três zonas do partograma, sem diferença estatística (Tabela 16).

Os achados demonstraram que os recém-nascidos que necessitaram de reanimação foram no total seis, e dois nasceram na Zona I e quatro na Zona II do partograma (Tabela 17).

Embora o cruzamento da reanimação do RN com o tipo e o diagnóstico do parto não conste dos *Resultados*, vale ressaltar que, dos quatro conceitos reanimados na Zona II, um nasceu de cesárea na primeira hora com diagnóstico de sofrimento fetal agudo e na quarta hora, dois de parto normal e um de cesárea por período pélvico prolongado. Isso demonstra a importância da equipe estar mais atenta à evolução clínica do parto para a possibilidade de intervir, quando esta se aproxima da linha de ação (MS, 2003).

Os resultados sobre a necessidade de reanimação encontrados por Dujardim et al. (1992) demonstraram que 9,8% dos cem casos que ultrapassaram a linha de alerta, apresentaram riscos relativos quatro vezes maiores de reanimação neonatal [IC = 95% (2,3 – 7,1) e $p < 0,0001$] e risco de cerca de cinco vezes maior de natimortalidade neonatal [IC=95% (1,8 – 15,6) e $p < 0,01$]. Nos casos em que o parto ocorreu na Zona II, houve quatro vezes

mais reanimação do que no grupo da Zona I [IC=95% (2,1 – 7,6) e $p<0,01$]. No entanto, os recém-nascidos que nasceram na Zona III, apresentaram risco relativo de quase nove vezes [IC=95% (2,8 – 34,7) e $p<0,001$] para a mortalidade fetal, comparados aos que permaneceram na Zona I.

Merece comentar, que não foi observado caso de reanimação neonatal na Zona III e nenhum óbito neonatal na população do estudo.

Conforme referido nos *Resultados*, não houve diferença estatística na reanimação dos recém-nascidos entre as zonas de ocorrência do parto, embora a aplicação de testes para a verificação das diferenças encontradas tenha validade restrita nesta pesquisa, pois foram observadas proporções muito baixas de resultados neonatais negativos.

Em aproximadamente dez por cento dos RN, verifica-se que existe necessidade de alguma intervenção, para que o concepto inicie a respiração. Estima-se que apenas em cerca de 1% deles haveria necessidade de manobra de reanimação (Perlman, Niermeyer, 2001).

Tradicionalmente, o contato precoce do recém-nascido com a mãe não é adotado pela maioria dos serviços. Na maternidade em estudo é adotado o contato pele a pele para os bebês com boa vitalidade.

Os resultados demonstram que o contato pele a pele ocorreu acima de 80,0% dos nascimentos (Tabela 19). Na análise comparativa, como esperado, verificou-se menor proporção do contato pele a pele entre os nascidos na Zona III, porém com um p-valor ($p=0,046$) muito próximo do alfa assumido para o estudo.

A OMS (1996) recomenda que o concepto imediatamente após o nascimento deve ser secado e colocado sobre o abdome ou nos braços

materno. Ao mesmo tempo, deve-se avaliar o estado do RN e verificar a permeabilidade das vias aéreas. Aconselha manter a sala de parto aquecida, e o contato pele a pele entre mãe e RN pode fazer com que a queda de temperatura do bebê não seja tão intensa, pois tem como finalidade fortalecer o vínculo mãe-filho no momento do nascimento. Cita como vantagens: o fator psicológico materno, a colonização do RN por microrganismos maternos e o estímulo para aleitamento precoce.

Nas duas últimas décadas, o contato pele a pele tem sido estimulado para favorecer a interação mãe-filho com o objetivo de desenvolver os aspectos psicológicos da criança quanto ao desenvolvimento da identidade materna. Este contato inicial fornece proteção e amparo, desenvolvendo o senso de sentir-se acolhido, ajudando a desenvolver uma identidade de um ser mais amoroso e menos violento (Odent, 2001).

7 Conclusões

O estudo realizado com 233 mulheres atendidas na Maternidade Zoraide Eva das Dores, no período de 15 de dezembro de 2004 a 15 de março de 2005, permitiu as seguintes conclusões.

Quanto à Identificação das parturientes

- ✓ 33,5% das mulheres tinham entre 20 e 24 anos, 22,3% entre 15 e 19 anos e 2,1% menos de 15 anos;
- ✓ a idade média das mulheres foi 24,1 anos (dp = 5,80);
- ✓ os valores de idade encontrados foram de 14 a 40 anos.

Quanto às condições clínico-obstétricas na internação

- ✓ 39,5% das mulheres eram nulíparas, 19,3% tinham três ou mais partos anteriores;
- ✓ 9,4% apresentaram cesariana anterior;
- ✓ 78,5% tinham dinâmica uterina presente;
- ✓ a média da dilatação cervical foi de 4,4 cm (dp=1,7 cm), 88% tinham dilatação entre 1 e 4 cm e 12% entre 5 e 9 cm;
- ✓ 55,4% das mulheres tinham esvaecimento médio do colo uterino;
- ✓ 69,1% das parturientes apresentavam membranas íntegras;
- ✓ 63,9% estavam na fase ativa do trabalho de parto.

Quanto às Intervenções obstétricas

- ✓ 88% das mulheres tomaram banho, pelo menos, uma vez, 89,7% das mulheres realizaram, pelo menos, uma série de movimentos e 87,1%, pelo menos, um período de deambulação;

- ✓ a análise comparativa entre a frequência de banho e a zona do partograma apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p>0,05$). As maiores proporções foram observadas na categoria maior que um para banho (71,4%) ($p=0,001$), para movimento (85,2%) ($p=0,001$) e deambulação (85,7%) ($p = 0,009$), entre as mulheres com parto na Zona III;
- ✓ a rotura artificial de membranas foi realizada em 76,5% das 161 mulheres que foram internadas com bolsa íntegra;
- ✓ a análise comparativa entre tipo de rotura de membrana e zona do partograma em que foi realizada, apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$). A rotura artificial foi feita em 63,1% dos casos na Zona I e em 92,4% dos casos na Zona II;
- ✓ a análise comparativa entre tipo de rotura de membrana e zona de que ocorrência do parto apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p<0,002$). A rotura artificial de membrana foi verificada em 92,3% dentre as mulheres com partos na zona II e em 76,5% das que tiveram parto na Zona III;
- ✓ a infusão endovenosa de ocitocina foi empregada em 53,6% das mulheres;
- ✓ do total de 108 mulheres que receberam infusão endovenosa de ocitocina, 57,4% receberam na Zona I e 33,3% na Zona II;
- ✓ a análise comparativa entre o uso de ocitocina e zona do partograma onde o parto ocorreu, apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,010$). A ocitocina foi empregada em 45,9% das

mulheres que tiveram partos na Zona I e em 76,2% nas com parto na Zona III;

- ✓ a cardiotocografia foi realizada em 15,5% (108) das mulheres, destas 71,4% feitas na Zona I;
- ✓ a análise comparativa entre cardiotocografia e zona onde o parto ocorreu, não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,527$);
- ✓ foi utilizado fármaco em 45,1% das mulheres; 54,2% na Zona I e 41% na Zona II. A análise comparativa entre uso de fármaco e a zona em que o parto ocorreu, não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,158$);
- ✓ a episiotomia foi utilizada em 35% das mulheres e a posição semi – sentada assumida por 60,5% delas;
- ✓ não foram encontradas diferenças estatisticamente entre a zona onde os partos ocorreram e o uso de episiotomia ($p = 0,055$) e posição do parto ($p = 0,150$).

Quanto ao tipo de Parto

- ✓ a cesariana ocorreu em 3% dos partos da Zona I, em 9% da Zona II e em 24% da Zona III ($p = 0,001$).

Quanto ao diagnóstico obstétrico

- ✓ 78,1% das mulheres apresentaram fase ativa normal, 11,1% fase ativa prolongada, 5,1% período pélvico prolongado, 2,6% parada secundária da descida e 1,3% parada secundária da dilatação.

- ✓ Dentre os partos normais 83,9% apresentaram diagnóstico de fase ativa normal, 12,0% fase ativa prolongada e 4,1% período pélvico prolongado.
- ✓ Dentre as cesarianas, 18,8% apresentaram período pélvico prolongado, 31,3% parada secundária da descida e 25% parada secundária da dilatação.

Quanto aos resultados perinatais

- ✓ a mediana do Apgar de primeiro minuto foi nove e do quinto minuto, dez Apgar menor que sete no primeiro minuto ocorreu em 3,0% dos partos da Zona I e em 8,9% dos partos da Zona II;
- ✓ o Apgar menor que sete no quinto minuto ocorreu em 0,81% dos partos da Zona I e em 2,5% dos partos da Zona
- ✓ a idade gestacional medida foi 39,37 semanas (dp = 0,99);
- ✓ o peso médio dos recém-nascidos foi 3,225 gramas (dp = 406,55);
- ✓ houve necessidade de reanimação em 1,5% dos partos da Zona I e em 5,1% dos partos da Zona II. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,260$);
- ✓ não houve diferença estatisticamente significativa entre peso dos recém-nascidos e a zona em que o parto ocorreu.
- ✓ no momento do nascimento, o contato mãe-filho foi realizado por 90,9% dos recém-nascidos. A maior proporção de contato mãe-bebê foi nos partos da Zona I ($p = 0,046$)

8 Considerações Finais

Os dados deste estudo contribuem para o conhecimento mais detalhado do uso do partograma, instrumento que, embora seja recomendado pela OMS, desde 1994, pouco tem sido utilizado nas maternidades, Centros de Parto Normal intra e extra-hospitalares.

Este estudo foi realizado em uma maternidade do município de Itapequerica da Serra, com implantação recente do Centro de Parto Normal. Em decorrência dessa alteração no modelo assistencial, um dos aspectos que chamou a atenção da pesquisadora, foi perceber que os profissionais buscam modificar suas práticas, adequando-as ao modelo proposto. Assim, em algumas situações, foi constatado que os profissionais não tomaram a decisão de intervir, como demonstrado nos casos de prolongamento da fase ativa do trabalho de parto que, possivelmente, tenha ocorrido como consequência da não realização da amniotomia na Zona II do partograma e, em sentido inverso, houve intervenções desnecessárias pelo fato do profissional ter arraigado o modelo intervencionista, em especial, no emprego indiscriminado da ocitocina na Zona I do partograma.

Isto se agrava porque a maioria dos médicos e enfermeiras obstetras que atua nesse modelo, também, trabalha em outros serviços de maternidade, cujo modelo é totalmente diferente da proposta de assistência humanizada, o que se torna difícil adequar as condutas para atender as necessidades individuais de cada mulher, mesmo tendo um instrumento que norteie o uso das intervenções.

Não é fácil modificar as ações assistenciais, pois isso demanda alterações de crenças, valores, atitudes e paradigmas que se fazem necessários para amadurecimento do conhecimento do profissional envolvido.

No início da coleta dos dados, a maternidade estava funcionando, há apenas três meses; por conseguinte, o uso do partograma era recente. Desse modo, a pesquisadora observou que, apesar do treinamento realizado, vários casos não puderam ser incluídos em razão do não preenchimento do partograma e das linhas de alerta e ação não traçadas que faziam parte dos critérios de inclusão no estudo.

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

9 Referências

Albuquerque PB. Partograma na gestante de baixo risco clínico obstétrico. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.

Alfirevic Z, Edwards G, Platt J. The impact of delivery suite guidelines on intrapartum care in 'standart primigravida. Eur. J Obstet Gynecol and Reprod Biol 2004; 115:28-31.

Bachman JA. Manejo do desconforto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM, editores. O cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Art Med; 2002. cap. 13, p. 314-35.

Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral esquerda. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2001.

Basile ALO, Junqueira RP, Ribeiro, TR. Partograma humanizado: aplicação de suas condutas. Acta Cien Bil Saúde 2003; 5(2):90-7.

Basile ALO, Pinheiro MB, Myashita NT. Centro de Parto Normal: o futuro no presente. São Paulo: Bartira; 2004.

Beazley JM. Use of partograms in labor. Proc R Soc Med 1972; 65(8):700.

Bosse G, Massawe, Jahn A. The partograph in daily practice: it's quality that matters. Int J Gynaecol Obstet 2002; 77(3):243-4.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo; 2001. p. 39.

Campos SV, Lana FCF. Avaliação da qualidade da assistência no centro de parto normal "Dr. David Capistrano da Costa Filho" em Belo Horizonte - MG. In: Anais do 15º International Congress on Women's Health Issues; 2004; São Pedro (SP). [CD-ROM].

Cartmill RS, Thornton JG. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision-making. Lancet 1992; 339(8808):486-91.

Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65(6):573-5.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 233/2000. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência à mulher no ciclo grávido puerperal. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo; 2001. p. 235.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4(2 Supl):15-25.

Costa PL, Conter SL, Calegari TR. Partograma: sua importância no acompanhamento do parto. *Ginecol Obstet Bras* 1979; 62:302-17.

Costa PL, Conter SL, Calegari, TR. Partograma: sua importância no acompanhamento do parto II. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1989; 11:7-11.

Curtin SC. Recent Changes in birth attendant, place of birth, and the use of obstetric interventions, United States, 1989-1997. *J Nurse-Midwifery* 1999; 44(4): 349-74.

David M, Schwarzenfeld HK, Diemer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 65:149-56.

Duignan NM, Studd JWW, Hugnes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol* 1975; 82(8):5093-601.

Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert on action lines on the partogram. *Lancet* 1992; 339(8805):1336-8.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955; 6(6):567-89.

Friedman EA. Trial of labor, formulation, application, and retrospective clinical evaluation. *Obstet Gynecol* 1957; 10(1):1-9.

Greenhil JP, Friedman EA. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976. Forças dinâmicas do trabalho de parto; p. 203-6.

Galvão, ML; Neto I. Liberdade de posição um recurso para a humanização da assistência ao parto e nascimento. IN: Conferência Internacional sobre o parto e nascimento, 2000. Anais. Fortaleza, [s.n.], 2000. p. 32

Hofmeyer ED. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2004; 2: 1-21.

Hofmeyer GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Practie & Research Clinical Gynaecology* 2005; 19(1) 103-11

Janssen PA, Lee KS, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson FD, Peacock D, Klein CM. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002; 166(3): 315-23.

Kelsey JA, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Cross-sectional and other type of studies. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1996. Methodos in observatioal studies; p.244-67.

Kozac LJ, Weeks JD. U.S. Trends in obstetric procedures, 1990-2000. *Birth* 2002; 29(3):15761.

Melmed H, Evans M. Predictive value of cervical dilatation rates. I. Primipara labor. *Obstet Gynecol* 1976; 47(5):511-5.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2003.

Ministério da Saúde – MS. Portaria n. 985, de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do /sistema Único de Saúde.(online). Brasília; 1999. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/b%20985%20CENTRO%20DE%20PARTO%20normal-CPN.rtf>. acesso em:16 fev.2001.

Ochiai AM. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Odent, M. Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO, 1982: p 18.

Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *Int J Gynaecol e Obstet* 2001; 75(Supl 1):539-45.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24].

Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.

Otoide VO, Ogbonmuwan SM, Okonofua FE. Episiotomy in Nigéria. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68(1): 13-7.

Paula L, Lima RC, Coutinho, MS, Manfro HD, Inhaquites MK, Luz, NP. Partograma. *Acta Med HUP* 1984; 384-98.

Perlman J, Niermeyer S. Neonatal resuscitation. *Semin Neonatol*. 2001; 6(3):211.

Philpott RH, Castle WM (a). Cervicographs in the management of labor in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1972a; 79(7):592-8.

Philpott RH, Castle WM (b). Cervicographs in the management of labor in primigravidae. II. The action line and treatment abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1972b: 79(7):599-602.

Prefeitura Municipal de Itapeceira da Serra. Serviço de arquivo médico e estatística do Hospital e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores. dezembro de 2004 a março de 2005.

Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. O parto: estudo clínico; pte. A, p. 337-54.

Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rose D, Rosenfield. Outcomes of care in Birth Centers. N Engl J Med 1989; 321(26): 1804-11.

Rudge MVC, De Luca LA, Peraçoli JC. Partograma: utilidade e importância. Femina 1989; 17(1):29-34.

Rudge MVC, Calderon IMP, De Luca LA. Uso do partograma no diagnóstico e conduta no parto distócico. Femina 1989; 17(1):135-45.

Rudge MVC, Maestá I, Peraçoli JC, Consonni M. Distócias do trabalho de parto identificadas no partograma. Femina 1999; 27(9):703-6..

Schneck CA. Intervenções obstétricas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra-Seconci-OSS. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Silva SF, Costa ASC, Riesco MGL, Basile ALO. Ocorrência de episiotomia e rotura perineal no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra – SP. In: Anais da 1ª Conferência Internacional sobre a humanização do Parto e Nascimento; 2000 nov 2-4; fortaleza: JICA; 2000. p.32.

Silva SF. Sutura do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. Belo Horizonte: Departamento de Estatística/UFGM; 1999.

Stewart M, McCandish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of the evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth-centre, and outcomes for their babies. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2004. Disponível em <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/>

UmezuliKe, AC, Onah, HE, Okaro, JM. Use of the partograph among medical personnel in Enugu, Nigéria. Int J Gynaecol Obstet 1999; 65(2):203-5.

Vieira S. Introdução à bioestatística. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus; 1998.

Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Intl J Gynecol Obstet 2001; 75 25-37.

Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 410-18.

Waldenström U, McLachlan H, Forster D, Brennecke S, Brown S. Team midwife care: maternal and infant outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2001; 41(3): 257-64.