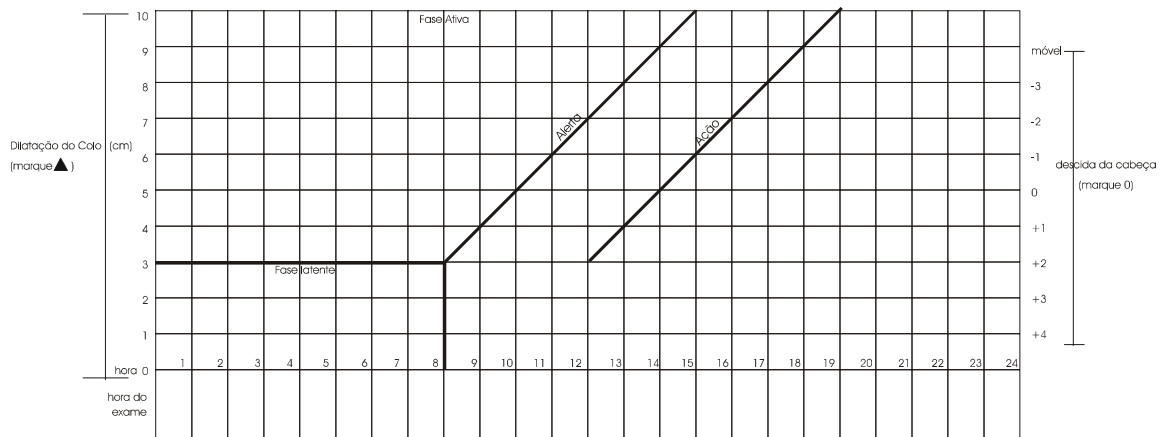


O PARTOGRAMA

PARTE I: PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS



(PRELIMINAR)

PARTOGRAMA DA OMS ADAPTADO PARA O
PARANÁ PELA SESA E COMITÊ ESTADUAL
DE MORTALIDADE MATERNA
TRADUÇÃO: HEITOR PASSERINO NETO

CURITIBA
1999

PREFÁCIO

Do total estimado de meio milhão de mortes maternas anuais, cerca de 99% ocorrem em países em desenvolvimento. Uma proporção desconhecida destas, segue-se a um trabalho de parto prolongado devido a uma desproporção céfalo-pélvica, que pode resultar em um trabalho de parto obstruído, desidratação da gestante, ruptura uterina e fístula obstétrica (e também, mas de maneira indireta, em hemorragia pós-parto e infecção neo-natal). O trabalho de parto obstruído, com ou sem ruptura uterina, aparece entre as cinco maiores causas da mortalidade materna em quase todos os países em desenvolvimento, mesmo que a sua importância relativa varie de região para região. Todavia, pode ser dito com certeza que, o trabalho de parto anormalmente prolongado e seus efeitos, contribuem de maneira importante na mortalidade e morbidade materna e perinatal ao redor do mundo.

Existem muitos impedimentos – geográfico, econômico, político e socio-cultural - que levam à não disponibilidade ou não utilização dos cuidados básicos obstétricos que são requeridos para o satisfatório manejo do trabalho de parto obstruído. A intenção de intervir para uma maternidade segura é definir direta ou indiretamente estes impedimentos. A detecção precoce da progressão anormal e a prevenção do trabalho de parto prolongado, poderão ajudar a reduzir a mortalidade materna e perinatal. O partograma, é um gráfico onde são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto, tem sido usado por mais de 20 anos, mas não tão largamente quanto seria de se esperar pelos bons resultados obtidos. Para se conseguir uma larga e rápida adoção, a Organização Mundial de Saúde formou uma comissão consultiva que produziu uma forma padronizada e aceita. Este foi o objetivo da Experiência Multicêntrica da OMS, desenvolvida na Indonésia, Malásia e Tailândia. O resultado da experiência confirmou o que tinha sido encontrado em estudos primários quanto à efetividade, baixo custo e realização. Nesta experiência, a proporção de trabalhos de parto com duração superior a 18 horas, caiu pela metade após a implantação do partograma. O índice de cesarianas entre mulheres “normais” (isto é, sem complicações sérias ou risco elevado na admissão), foi reduzido de 5.2 para 3.7 por cento; a percentagem que requeria condução caiu para menos da metade. Não foram encontrados os dramáticos aumentos nos resultados neonatais que os estudos primários em Zimbabue e Malaw tinham mostrado. Todavia, um estudo em Assiut (Egito), ao mesmo tempo da experiência multicêntrica, mas não parte dela, mostrou uma queda marcante na percentagem de índices de apgar abaixo de 7 no 5º minuto e na mortalidade perinatal.

Em 1988, o Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde, imprimiu uma série de quatro documentos inter-relacionados, com o título “O Partograma: Uma Ferramenta de Gerenciamento Para Prevenção do Trabalho de Parto Prolongado”. Estes estão agora sendo reeditados em formato novo, tendo em conta os resultados da experiência multicêntrica sob o título geral “Prevenindo o Trabalho de Parto Prolongado: Um Guia Prático – O Partograma”. O primeiro fascículo “Princípios e Estratégias”, explica a história e princípios do partograma, discute vários trabalhos em relação

aos seus formatos, descreve como o partograma da OMS foi planejado e dá um breve relato de sua razão e método de uso.

É essencial notar que o partograma só pode ser usado por trabalhadores da saúde com treinamento adequado em obstetrícia e que sejam capazes de:

- observar e conduzir um trabalho de parto normal e o parto;
- acompanhar a dilatação cervical corretamente;
- anotar a dilatação cervical e a hora, da maneira certa, no gráfico.

O partograma não deverá ser usado em partos domiciliares acompanhados por parteiras não treinadas em obstetrícia. Quando usado em casas de parto ou hospitais, a introdução do partograma precisa ser acompanhada por um programa de treinamento, sob supervisão apropriada e com seguimento. O primeiro volume conclui, traçando uma estratégia para incrementar o seu uso.

A segunda das quatro partes é intitulada “Manual do Usuário”. O correto uso de cada parte do partograma é explicado detalhadamente e com exemplos. É demonstrado como todas as observações contribuem para complementar a ferramenta central de monitoramento, que é um gráfico da dilatação cervical com suas linhas de alerta e ação. É chamada a tenção para que o partograma não seja iniciado caso haja complicações na gestação/parto (por exemplo: eclâmpsia, hemorragia, etc), que requeiram uma ação imediata. O documento apresenta o protocolo da OMS, usado nos estudos multicêntricos, o qual apresentou excelente resultado e é recomendado para o uso conjunto com o partograma (todavia é possível uma adaptação local). Por exemplo, numa casa de parto sem o suporte necessário para a execução de cesariana, é preciso fazer o preparo necessário para transferência a um local de referência (hospital) quando a dilatação se move para a direita da linha de alerta.

A terceira parte é o “Guia Facilitador”. Ele dá precisos e compreensíveis conselhos para aqueles que estão ensinando obstetrizes ou estudantes de medicina no uso do partograma. Objetivos do ensino, material requerido, pontos de ênfase especial e exercícios, são todos especificados.

A Quarta e última parte é denominada “Instruções Para Pesquisa Operacional”. O resultado da pesquisa multicêntrica junto com os relatórios das avaliações hospitalares em outros países, demonstraram que a introdução, sob uma boa supervisão, do correto uso do partograma, pode melhorar significativamente o final da gravidez e o parto. A parte IV especifica que as pesquisas não devem ser efetuadas com a confecção de um nomograma para a população específica, o que é desnecessário, mas com a aplicação prática do partograma e do seu conhecimento adquirido em estudos largamente efetuados. Os ganhos registrados no nível hospitalar, com o uso do partograma, são sempre maiores que os do nível de casas de parto que confiam na referência hospitalar para as emergências e intervenções obstétricas. Critérios mais objetivos quanto à demora do trabalho de parto e um método prático e objetivo de monitorar a progressão do parto, poderão ser uma contribuição significativa para a segurança e poderá ajudar a reduzir as incertezas e ansiedades dos profissionais da saúde. Todavia, um número de problemas permanece. Por exemplo, maternidades ou

redes de atendimento onde uma pesquisa operacional seja feita, deverá efetuar um mínimo de 500 partos ao ano. Isto não poderá ser um obstáculo intransponível e esforços intensos precisam ser feitos para prover pesquisas operacionais neste nível.

Em conclusão, o partograma corretamente usado melhora o acompanhamento preciso do trabalho de parto e do final da gestação a nível hospitalar e provavelmente, até mais, nas casas de parto. Além das gestantes que alcançam ajuda com o partograma, existem milhões que têm o parto sem um profissional da área de saúde ou só com a assistência de um parente ou outra pessoa não treinada. Com o gradual aumento da disponibilidade da tecnologia apropriada, da qual o partograma é um notável exemplo, a segurança do parto supervisionado domiciliar por uma parteira treinada e o parto institucional (hospital e casas de parto), será aumentada. O objetivo é de que os partos sejam atendidos na comunidade por um profissional de saúde treinado, idem no hospital e casas de parto, com o que mais e mais mulheres e seus bebês poderão beneficiar-se desta maior segurança. Permanece para os governos, pessoas e parceiros da maternidade segura, fazerem o máximo para alcançar este objetivo o mais rápido possível.

1. INTRODUÇÃO

Reconhecendo o inaceitável alto índice de mortalidade materna, a possibilidade de prevenção na maioria dos casos e as consequências sociais da morte materna para a família e os filhos, a Conferência para a Maternidade Segura, organizada em conjunto pelo Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e o Fundo para Populações das Nações Unidas, organizada em Nairobi no mês de fevereiro de 1987, concluiu com um “chamado para a ação”. Este chamado determina que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de mães e crianças, adotem agora uma ação positiva para reduzir a morbi-mortalidade materna. Entre as ações propostas estão: assegurar a toda gestante uma detecção precoce do risco gestacional, por profissionais de saúde apropriadamente treinados e supervisionados (não médicos), onde isto for possível, com o uso de toda a tecnologia para identificar o risco (incluindo o partograma, quando necessário); providenciar cuidados de pré-natal e durante o trabalho de parto, tão rapidamente quanto possível.

A hemorragia pós parto e a sepsis são as causas mais comuns de mortalidade materna em países em desenvolvimento, mas o trabalho de parto obstruído e a ruptura uterina podem causar até 70% das mortes maternas em algumas situações.

O trabalho de parto prolongado no mundo em desenvolvimento, é comumente devido à desproporção céfalo-pélvica, a qual pode resultar em trabalho de parto obstruído, desidratação da gestante, exaustão, ruptura uterina e fístula vesico-vaginal. O trabalho de parto prolongado é mais comum na mulher primigesta do que na múltipara e as complicações e efeitos da desproporção céfalo-pélvica diferem entre elas. Em países em que a desproporção céfalo-pélvica não é prevalente, a progressão anormal do trabalho de parto é frequentemente devido à ineficiência das contrações uterinas. Universalmente,

consequências indiretas do trabalho de parto prolongado incluem a sepse materna, a hemorragia pós-parto e a infecção neo-natal.

A detecção precoce da progressão anormal do trabalho de parto e a prevenção do trabalho de parto prolongado, podem reduzir significativamente o risco de hemorragia pós-parto e sepse, bem como eliminar o trabalho de parto obstruído, a ruptura uterina e suas sequelas.

O partograma, um gráfico onde são anotados a progressão do trabalho de parto e as condições materna e fetal, tem sido usado desde 1970 para detectar a progressão anormal do trabalho de parto, para indicar quando a condução do trabalho de parto é apropriada e para reconhecer uma desproporção céfalo-pélvica muito antes do trabalho de parto tornar-se obstruído.

O partograma serve como um "sistema precoce de aviso" e ajuda numa decisão antecipada em transferir, conduzir e finalizar o trabalho de parto. Ele também aumenta a qualidade e a regularidade de todas as observações da mãe e do feto, ajudando no reconhecimento precoce de problema com eles.

O partograma tem sido usado em numerosos países, mas usado extensivamente em poucos. Ele foi considerado barato, efetivo e prático nos mais diversos países (desenvolvidos e em desenvolvimento). Ele mostrou-se efetivo em prevenir o trabalho de parto prolongado e em reduzir as intervenções operatórias e em melhorar o resultado neonatal. O partograma desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e descrito aqui, foi extensivamente testado em estudos multicêntricos na Indonésia, Malásia e Tailândia. Os resultados confirmaram enfaticamente os resultados de estudos preliminares.

A tabela 1 ilustra os resultados que podem ser alcançados usando o partograma. Nos trabalhos de parto com demora superior a 24 horas, a mortalidade perinatal e índices de cesariana caíram consideravelmente nestes dois estudos africanos, depois que o partograma foi introduzido

A tabela 2 é um sumário da melhora do resultado do trabalho de parto que foi alcançado no estudo multicêntrico do partograma da Organização Mundial de Saúde, sendo que os índices e condução do trabalho de parto prolongado, as cesarianas e morte fetal intra-parto caíram.

TABELA 1

Índices de trabalho de parto prolongado, cesariana e mortalidade peri-natal, antes e depois da introdução do partograma no manejo do trabalho de parto

	Zimbabwe		Malasia	
	Antes do partograma	Após o partograma	Antes do partograma	Após o partograma
TP acima de 24 h	13.0	0.6	14.0	3.0
Mortalidade perinatal	5.8	0.6	5.3	3.8
Cesariana	9.9	2.6	12.3	9.5

TABELA 2

Índices de trabalho de parto prolongado, condução do trabalho de parto, cesariana e morte fetal intra-parto em estudo multicêntrico do partograma da O.M.S

	Antes do partograma	Após o partograma
TP acima de 18 h	6.4	3.4
TP conduzido	20.7	9.1
Cesariana de emergência	9.9	8.7
Morte fetal intraparto	0.5	0.3

Expresso em % do total de partos.

2 . OBJETIVOS

Os objetivos destas informações e do manual do partograma são:

- Encorajar a implementação do partograma ao redor do mundo, tendo em vista a redução do trabalho de parto prolongado e suas sequelas;
- Promover uma pesquisa posterior do seu uso e benefícios, particularmente como uma ferramenta de referência.

3. HISTÓRIA DO PARTOGRAMA

E. A. Friedman em 1954, acompanhando o estudo de um grande número de mulheres nos U.S.A., descreveu um padrão de dilatação cervical normal.

Friedman (1954) dividiu o trabalho de parto funcionalmente em duas partes: a fase latente (precoce), que se estende de 8-10H e vai até cerca de 3cm de dilatação; esta é seguida pela fase ativa, caracterizada pela aceleração de 3-10 cm, ao final da qual ocorre uma desaceleração. Este trabalho forma a base na qual outros trabalhos foram elaborados.

Em 1969 Hendricks e alunos demonstraram que na fase ativa do trabalho de parto normal, o índice de dilatação cervical na primigesta e na múltipara varia pouco e que não há desaceleração no final do primeiro estágio do trabalho de parto.

Philpott, em estudo intensivo de primigestas na África Central e do Sul, construiu um nomograma para dilatação cervical nesta população e foi capaz de identificar desvios da normalidade, criando uma base científica para a intervenção precoce, visando a prevenção do trabalho de parto prolongado. Desde então, vários autores têm desenvolvido nomogramas similares em outras áreas geográficas. Nenhum deles demonstrou uma diferença significativa entre os grupos étnicos.

Partograma

Nome: _____ G: _____ A: _____ P: _____ C: _____ N° Pront: _____
 Data de admissão: ____ / ____ / ____ Hora de Admissão: _____ Ruptura das Membranas: _____ Horas.

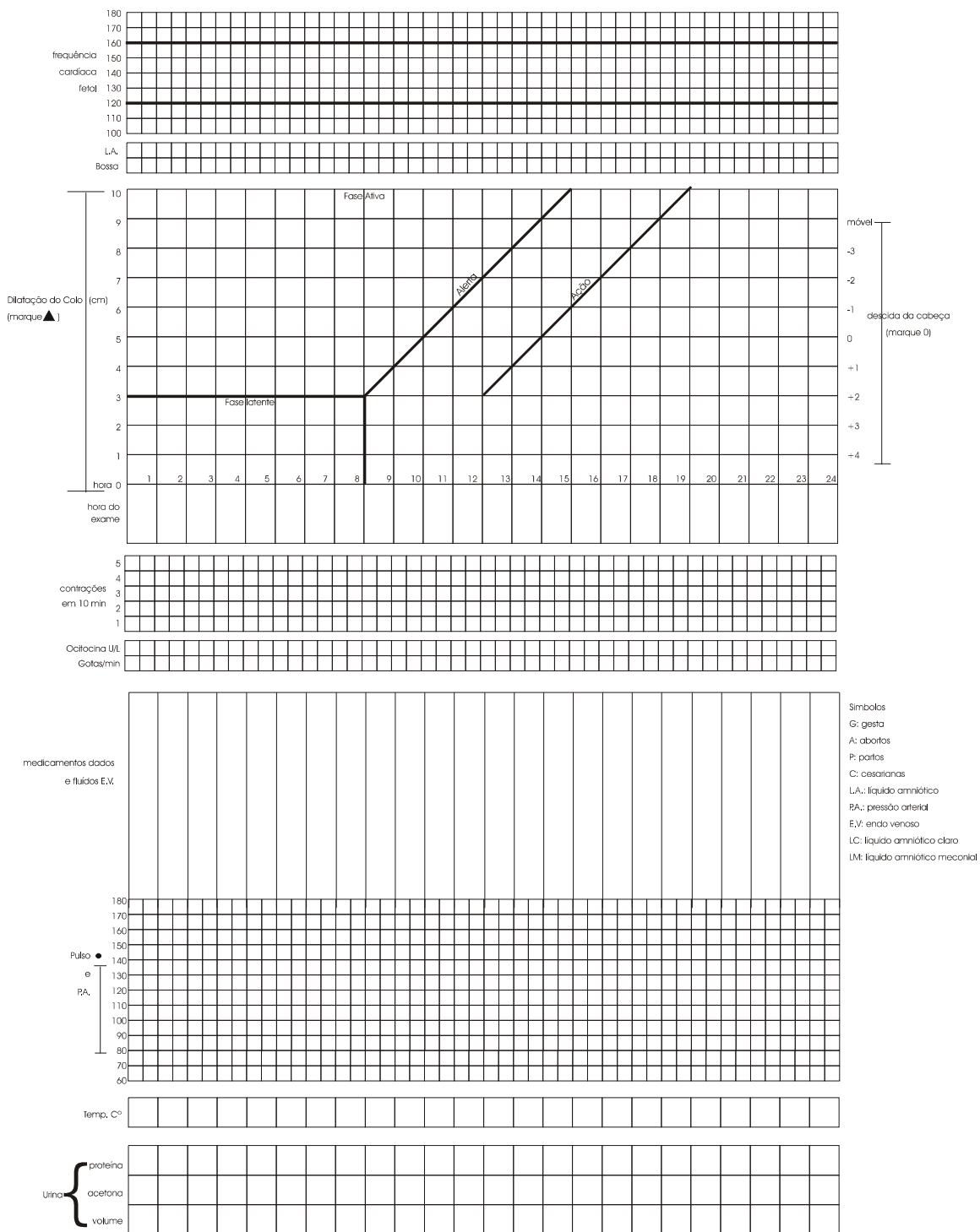


Fig.1.2

4. O PARTOGRAMA: O MODELO DA O.M.S.

4.1 PRINCÍPIOS:

O modelo de partograma da O.M.S. foi planejado por um grupo de trabalho informal, que examinou a maioria das publicações disponíveis de partogramas e seus desenhos. Ele representa de algum modo, um compromisso de síntese e simplificação que inclui as melhores características de diversos partogramas. Ele é baseado nos seguintes princípios:

- A fase ativa do trabalho de parto se inicia aos 3cm de dilatação cervical.
- A fase latente do trabalho de parto não pode ser mais longa do que 8 horas.
- Durante o trabalho de parto ativo, o índice de dilatação cervical não pode ser mais lento do que 1cm/h.
- O tempo de 4 horas entre a diminuição de progressão do trabalho de parto e a necessidade de intervenção é insuficiente para comprometer o feto ou a mãe e evita intervenções desnecessárias.
- Exames vaginais devem ser efetuados tão frequentemente quanto compatível com a prática segura (uma vez a cada 04 horas é recomendado).
- Parteiras e outras pessoas lidando com o trabalho de parto, podem ter dificuldade em traçar as linhas de alerta e de ação e é melhor usar um partograma com as linhas já gravadas, conquanto muitas linhas possam adicionar posterior confusão.

O tempo médio em trabalho de parto após a admissão em uma casa de parto é de 5-6 horas. Em muitos casos, não são necessários mais do que 02 exames vaginais.

O estudo multicêntrico do partograma da O.M.S. confirmou a propriedade do seu desenho e a única recomendação foi a eliminação da linha vertical em negrito, que cruzava a linha de alerta na altura dos 3cm.

Nos estudos listados, entre 10% e 30% dos casos estudados ultrapassaram a linha de ação, um provável reflexo da variedade de diferentes partogramas usados. No estudo multicêntrico da O.M.S., 10% das mulheres cruzaram a linha de ação; 22% delas foram para cesariana, em comparação com 1% quando a linha de ação não foi ultrapassada.

4.2 – COMPONENTES

A figura 1.2 mostra o partograma defendido e extensamente testado pela O.M.S. Este partograma, como outros, é basicamente uma representação gráfica dos acontecimentos do trabalho de parto anotados na devida hora. Ele consiste em três componentes:

- A condição fetal;
- A progressão do trabalho de parto;
- A condição materna.

Ele pode ser usado para todos os trabalhos de parto no hospital. Na periferia, ele só pode ser usado nos trabalhos de parto de baixo risco, onde se

possa antecipar um parto vaginal espontâneo. As pacientes de alto risco devem ser transferidas imediatamente para o hospital.

O partograma não substitui uma adequada pesquisa na gestante na hora da admissão, para detectar condições que requeiram uma atenção urgente ou transferência imediata. Ele é desenhado para detectar desvios do trabalho de parto normal que possam aparecer enquanto o trabalho de parto progride.

As características dos três componentes são descritas em detalhe na parte II desta série do partograma: Manual do Usuário.

4.2.1 A PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO

Esta parte do gráfico tem como sua característica principal a visualização da dilatação cervical na devida hora. É dividido em fase latente e fase ativa.

A fase latente:

A fase latente vai do início do trabalho de parto até que a dilatação cervical alcance 3cm. Caso esta fase demore mais que 8 horas, na presença de 2 contrações em 10 minutos, o trabalho de parto deverá ser problemático e se a gestante estiver em uma casa de parto, deverá ser transferida para um hospital. Caso ela esteja no hospital, necessitará um acompanhamento crítico de uma decisão quanto à conduta posterior.

A fase ativa:

Uma vez que a dilatação alcance 3cm, o trabalho de parto entra na fase ativa.

Em cerca de 90% das primigestas, o índice de dilatação cervical é de 1cm/hora ou mais rápido.

A linha de alerta traçada dos 3 aos 10cm representa este índice de dilatação. Todavia, se a dilatação cervical mover-se para a direita da linha de alerta, demonstra que esta é mais lenta e que o parto será prolongado. Caso a mulher esteja em uma casa de parto, ela deverá ser transferida para um hospital; caso esteja no hospital, deverá ser observada com maior frequência.

A linha de ação é desenhada 4 horas à direita da linha de alerta. Sugere-se que se a dilatação cervical alcançar esta linha, deverá ser feito um acompanhamento crítico da causa da demora e tomada uma decisão apropriada para eliminar a causa.

Este partograma é desenhado para ser usado em todas as maternidades, mas tem diferentes níveis de função nos diferentes níveis de cuidados da saúde. Na casa de parto, a função crítica é dar um aviso precoce de que o trabalho de parto está sendo prolongado e de que a gestante precisa ser transferida para um hospital (função da linha de alerta). No hospital, o movimento para a direita da linha de alerta serve como aviso da necessidade de uma maior vigilância; a linha de ação é o ponto crítico no qual uma decisão específica de conduta precisa ser tomada.

Outras observações na progressão do trabalho de parto são também anotadas no partograma e têm características essenciais no manejo do trabalho de parto. Em particular é importante notar a descida da cabeça fetal através da pelve e a qualidade da atividade uterina.

4.2.2 – A CONDIÇÃO FETAL

O feto é bem monitorado no partograma, pela observação regular do índice de batimentos cardíacos, líquido amniótico e a moldagem dos ossos do crânio fetal.

4.3 – A CONDIÇÃO MATERNA

O acompanhamento regular da condição materna é alcançado pela anotação da temperatura, pulso, pressão arterial e urinálise. O partograma também tem um espaço para anotar a administração de drogas, fluidos E.V. e ocitocina no parto conduzido.

IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do partograma necessita um sistema funcional de referência que possua as funções essenciais da obstetrícia. Seu uso poderá desenvolver a eficiência e efetividade dos serviços de maternidade.

O partograma proposto e suas linhas de acompanhamento só podem ser usados onde a mulher compareça ao sistema formal de cuidados da saúde no trabalho de parto e onde a equipe tenha sido treinada em um critério mínimo de trabalho. Esta equipe necessita:

- Ter um treinamento adequado em obstetrícia para observar e acompanhar um trabalho de parto normal e o parto.
- Ser capaz de praticar exames vaginais no trabalho de parto e determinar a dilatação cervical.
- Ser capaz de anotar cuidadosamente a dilatação cervical no horário correspondente.

Existe evidência de que auxiliares de enfermagem com um treinamento básico bem feito, estão habilitadas a preencher estas funções, podendo ser introduzido o partograma num nível periférico de atendimento formal à saúde. Nestas circunstâncias, a função primordial do partograma é indicar quando será apropriado encaminhar para um centro de referência.

É essencial que a introdução do partograma seja combinada com um programa de treinamento e supervisão do seu uso, encorajamento e seguimento.

ESTRATÉGIA

Apesar do fato de que o partograma tenha sido elaborado e usado desde os primórdios dos anos 70, ele não é usado amplamente no mundo. Uma

das principais razões disto é a carência de convicção sentida entre os tomadores de decisões e alguns líderes profissionais. Outro obstáculo para o seu uso é a existência de tantos formatos de partograma. O potencial usuário fica diante do impasse de que linha seguir.

Para superar estes dois impecilhos, recomenda-se a seguinte abordagem:

- Use o partograma simplificado da O.M.S. Ele inclui as principais características dos partogramas em uso.
- Apresente este partograma aos tomadores de decisão no Ministério da Saúde, bem como a líderes profissionais em cada Estado, especialmente nos hospitais de ensino.
- Implemente este partograma inicialmente, em hospitais de ensino e centros de referência. Sua aplicação pode então ser estendida a centros de saúde.
- Encoraje a pesquisa em todos os aspectos da implantação do partograma. Esta pesquisa pode incluir a avaliação dos partogramas de treinamento, bem como a investigação do impacto do partograma no acompanhamento do trabalho de parto normal e do anormal. Particularmente necessária é a pesquisa no uso do partograma como uma ferramenta de referência no trabalho de parto. A O.M.S. em suas experiências multicêntricas, tem confirmado o valor do partograma na prática hospitalar.

Sabe-se que em muitos países em desenvolvimento, o sistema formal de saúde não cuida de todas as gestantes. Se os esforços não forem além do setor formal, será difícil que a morbi-mortalidade materna seja alterada. Todavia, esforços podem ser feitos para alcançar as gestantes fora do sistema formal de saúde. Isto pode ser feito de diversos modos:

- Parteiras podem ser envolvidas tanto quanto possível como agentes de mudança. Elas podem participar informando às gestantes em lugares distantes a respeito da necessidade de procurar assistência precoce durante a gravidez e trabalho de parto.
- Naqueles países onde existe respeito mútuo entre enfermeiras e parteiras, estas foram persuadidas a encaminhar as gestantes em trabalho de parto, antes que transcorresse 12 horas de acompanhamento.
- Outros métodos de comunicação podem ser usados, tanto quanto possível (comitês de saúde, rádio, grupos religiosos, jornais, TV), para alertar as comunidades rurais de que o trabalho de parto demorado pode acarretar problema para a mãe e seu bebê e que uma ajuda precisa ser procurada precocemente (dentro de 12 horas do início do trabalho de parto).
- É também esperado que os melhores resultados alcançados com o uso do partograma fará crescer a credibilidade do sistema formal de saúde e encorajará mais gestantes a procurar precocemente assistência no trabalho de parto.

