

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 1/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

**I. AUTOR**

- Elfie Tomaz Figueiredo
- Pablito Miguel Andrade Aguiar
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Jordana Parente Paiva
- Francisco Edson de Lucena Feitosa

**II. INTRODUÇÃO**

O partograma é uma representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar e diagnosticar alterações e indicar a necessidade de condutas apropriadas para a correção de desvios da normalidade, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. Mostra, entre outros dados, a evolução da dilatação do colo e a descida da apresentação, associando dois elementos fundamentais na qualidade da assistência ao parto: **A simplicidade gráfica e a interpretação rápida de um trabalho de parto.**

Há que se lançar mão do partograma, tão somente, quando a parturiente estiver na **fase ativa do trabalho de parto (TP)**.

- **PHILPOTT(1972)**: definiu o início da fase ativa do TP quando o **colo encontra-se apagado, dilatação de 03 cm e contratilidade uterina regular** (mínimo = 02/10).
- **ACOG (2014)**: dilatação cervical de 6 cm deve ser considerada a dilatação inicial na fase ativa da maioria das mulheres em trabalho de parto.
- **CONITEC (2016)**: trabalho de parto estabelecido quando dilatação cervical  $\geq 4$  cm de dilatação cervical.

Em nosso serviço, a abertura do partograma só é recomendada após os 06cm de dilatação.

Na fase latente ou pródromos de trabalho de parto, utilizar a folha de evolução onde devem ser anotados dados clínicos obstétricos, bem como o motivo do internamento. Importante nunca esquecer o dia, hora, e setor do hospital em que foi feita a evolução inicial e subsequente. Evoluções bem situadas no tempo e espaço serão de grande valia para complementar uma rápida interpretação do partograma.

É, portanto, de importância incontestável, o correto preenchimento do partograma para o bom andamento do serviço, na sala de parto e demais setores. No tocante ao aspecto científico, passaremos a oferecer aos pesquisadores dados mais precisos e confiáveis. O seu emprego facilita o ensino da arte obstétrica e melhora a qualidade da assistência na sala de parto, ao transformar a conduta intuitiva em números, em ciência, em previsão, levando-nos a tomar condutas mais fundamentadas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 2/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

### III. ORIENTAÇÕES GERAIS

» **ESPAÇO 01 – Dados do paciente:** Caso não haja etiqueta, preencher manualmente os espaços. A etiqueta deve ser fixada no espaço tracejado. (Figura 1)

Figura 1.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ | MEAC | EBSERH | PARTOGRAMA

DADOS DO PACIENTE <span style="float: right;">1</span>	
NOME:	
PRONTUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO: / /	
IDADE:	
DATA DA ADMISSÃO: / /	

- **Nome:** Não esquecer do nome completo e em letra legível (de forma). Tratar a paciente sempre pelo nome. Preenchimento obrigatório conforme PRO.NUSEP.006 – Identificação Segura.
- **Prontuário:** O número do prontuário deve ser o número do Master e é de preenchimento obrigatório conforme PRO.NUSEP.006 – Identificação Segura.
- **Data de Nascimento:** Preenchimento obrigatório conforme PRO.NUSEP.006 – Identificação Segura.
- **Idade:** A idade vai nos chamar atenção para a importância de cuidados especiais a serem dispensados nos extremos da vida reprodutiva (ex: **Gestante adolescente** - maior incidência de pré-eclâmpsia e distócias. **Gestante > 35 anos** - dispensar maior atenção para incidência de discinesias uterinas, distócias e hipertensão crônica.).
- **Data de admissão:** Importante para identificarmos o tempo de internação da paciente.

» **ESPAÇO 02 –** Utilizar regra de Naegele ou modificada: soma-se 10 ao primeiro dia da última regra e diminui-se 03 ao mês. Se a soma do dia do mês ultrapassar 30 colocar o excedente no espaço reservado ao dia e somar (+1) ao mês da última regra. Finalmente, se o mês for menor do que 03, basta somar 09 para obter o mês provável de parto. (Figura 2)

Figura 2.

UR: / / <span style="float: right;">2</span>	Gesta ____ Para ____ Aborto ____ <span style="float: right;">3</span>	Nº de filhos: ____ <span style="float: right;">4</span>
DPP: / /	Parto: Vaginal ____ Cesárea ____ Fórcepe ____	Vivos: ____ Natimorto: ____

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 3/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

» **ESPAÇO 03** – Evidencia a história obstétrica da paciente. Não esquecer que o parto gemelar é apenas 01 parto, com 02 conceptos e que a prenhez ectópica deve ser considerada no espaço A \*, colocando-se um asterisco e relatando o fato no espaço (24) destinado a observações. Realizar o mesmo procedimento para PN \*, CES \* e FOR \*, colocando-se no espaço reservado a "observações", as circunstâncias do parto normal (ex. prematuro, PIG, etc.), cesárea (ex. desproporção, pós-datismo, B.R), fórceps (ex. profilático, Piper). (Figura 2)

» **ESPAÇO 04** – Identificar número de filhos nascidos vivos e mortos. (Figura 2)

» **ESPAÇO 05** – Importante realizar o cálculo da idade gestacional (IG) pela data da última menstruação (DUM) e pelo ultrassom mais precoce, de preferência do primeiro trimestre da gravidez. Quando a DUM é conhecida basta somar os dias no intervalo entre a DUM e a consulta e dividir o resultado por sete. Teremos o resultado por semanas. (Figura 3)

Figura 3

IGdum: _____ IGusg: _____	<b>5</b>	TS: _____ Fator Rh: _____ Sorologia: ( ) HIV ( ) Sífilis	<b>6</b>
---------------------------	----------	--	----------

» **ESPAÇO 06** – Fundamental para aquilatar a preciosidade da gravidez atual, bem como a atenção dispensada a gestante Rh (-), onde deve-se solicitar tipagem sangüínea do cordão umbilical no momento do parto e se Rh (+) fazer imunoglobulina anti-Rh no espaço máximo de 72 horas. Importante ainda informar o perfil sorológico com relação a HIV e Sífilis. (Figura 3)

» **ESPAÇO 07** – A medida da altura de fundo uterino contribui para a estimativa do peso fetal, bem como chama atenção para a existência de oligoâmnio ou polidramnio. (Figura 4)

Figura 4

Altura de fundo uterino: _____	<b>7</b>	Regra de Johnson: _____	<b>8</b>
--------------------------------	----------	-------------------------	----------

» **ESPAÇO 08** – O cálculo clínico do peso fetal tem como base a altura uterina e a altura da apresentação, aplicando-se a fórmula baseada na regra de Johnson: (Figura 4)

$$\text{Peso fetal} = 155 \times (\text{AU} - \text{K})$$

Onde AU = altura uterina encontrada  
e K = 11 (cabeça insinuada), 12 (cabeça fixa) ou  
13 (cabeça alta e móvel)

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>		
Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 4/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

» **ESPAÇO 09** – Situação fetal é a relação do maior eixo fetal e uterino. Coincidentes os dois, a situação será longitudinal; quando perpendiculares, a situação é transversa, e se cruzados, será oblíqua (representa fase de transição entre as duas primeiras). (Figura 5)

Figura 5

Situação Fetal: <b>9</b>	Apresentação: <b>10</b>	Fletida: <b>11</b>	Defletida: <b>12</b>	Variedade de Posição: <b>13</b>
( ) Long. ( ) Transv.	( ) Cef. ( ) Pelv. ( ) Corm	( )	( ) I ( ) II ( ) III	

» **ESPAÇO 10** – Nunca deixar de preencher com um “x” referentes à cef(x), pélv(x), corm(x), pois as apresentações pélvicas em primíparas e apresentações córmicas em qualquer parturiente traduzem indicação de cesariana, salvo alguns casos particulares. Exemplo: primípara pélvica com feto morto, apresentação córmica sem viabilidade fetal/prematuridade extrema. (Figura 5)

» **ESPAÇOS 11 e 12** - definem as apresentações cefálicas. O polo cefálico pode apresentar-se fletido, com o mento próximo à face anterior do tórax ou dele se afastar em 03 graus definidos de extensão (deflexão): 1º grau (I) ou bregma, 2º grau (II) ou frente, e na deflexão máxima 3º grau (III) ou apresentação de face. (Figura 5)

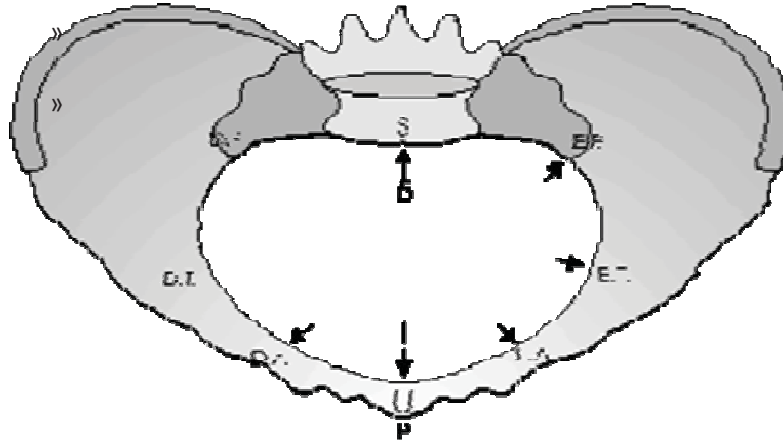
Na prática toca-se:

- A sutura sagital e fontanela lambdóide nas apresentações cefálicas fletidas.
- A sutura sagitometópica e a fontanela bregmática, nas deflexões de I grau.
- A linha metópica e a glabella nas deflexões de II grau. A linha facial e o mento nas deflexões do III grau.

» **ESPAÇO 13** - Variedade de posição - Diz respeito ao perfeito conhecimento da estática fetal nas situações longitudinais. Nomeiam - se pelo emprego de duas ou três letras: a primeira indicativa da apresentação, é símbolo da região que a caracteriza, as demais correspondem ao ponto de referência ao nível do estreito superior da bacia, exemplo: O E A (mais comum) significa que a apresentação é de occipital e que o ponto de referência, o lâmbda (símbolo “O”), está em correspondência com o estreito superior, à esquerda (E) e anterior (A), ponto EA, conforme figura a seguir. (Figura 6)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 5/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

Figura 6. Pelve



As apresentações cefálicas fletidas, em occipital são:

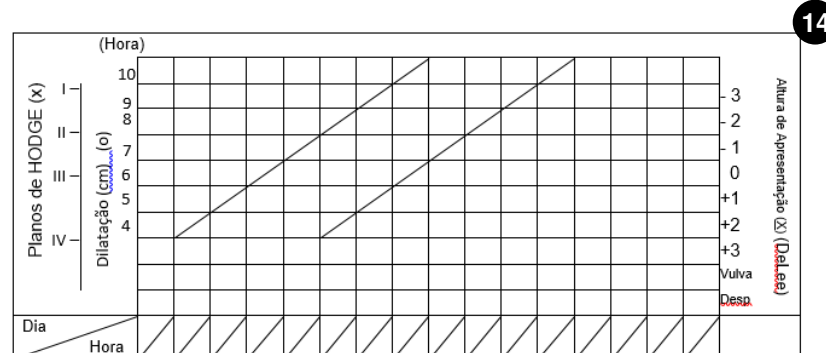
- O.P. (Occípito-Pubiana) - fase final da rotação (período expulsivo).
- O.E.A. (Occípito-Esquerdo-Anterior) - mais comum
- O.D.P. (Occípito-Direito-Posterior)
- O.E.T. (Occípito-Esquerda-Transversa)
- O.D.T. (Occípito-Direita-Transversa)
- O.S. (Occípito-Sacral)

#### IV. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PARTOGRAMA

O controle gráfico do trabalho de parto supera a intuição e permite, um diagnóstico de evolução eutócica ou distócica do parto - mesmo para um observador menos experiente.

Baseados nos trabalhos de Friedman (1958), Philpott (1972) idealizou o partograma utilizando papel quadriculado e duas linhas anguladas a 45° e paralelas entre si, distando 4 horas conforme gráfico a seguir.

Figura 7.



**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 6/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

Como a velocidade de dilatação normal é de 0,8 a 1,5 cm/h, no trabalho de parto ativo, FHILPOTT posicionou a linha de alerta **na hora subsequente** ao primeiro exame; a linha de ação foi desenhada quatro horas à direita da linha de alerta.

Os toques vaginais subsequentes devem ser feitos: a cada duas horas ou a critério do plantonista quando a bolsa estiver íntegra (B.I.).

\* Bolsa Rota - Toques de 4/4 horas

\* Hiperatividade uterina com evolução rápida - Toçar de 1/1 hora

Os erros de interpretação se devem costumeiramente à precipitada abertura do partograma, quando a paciente ainda se encontra na fase latente do trabalho de parto. Nestes casos, anotar na folha de evolução conforme o exposto nas orientações gerais. Abrir o partograma apenas após 6cm de dilatação.

O partograma nos traz duas opções para avaliação da progressão do polo cefálico, através dos planos de **HODGE** (à esquerda do gráfico) e planos de **DE LEE** (à direita do gráfico)

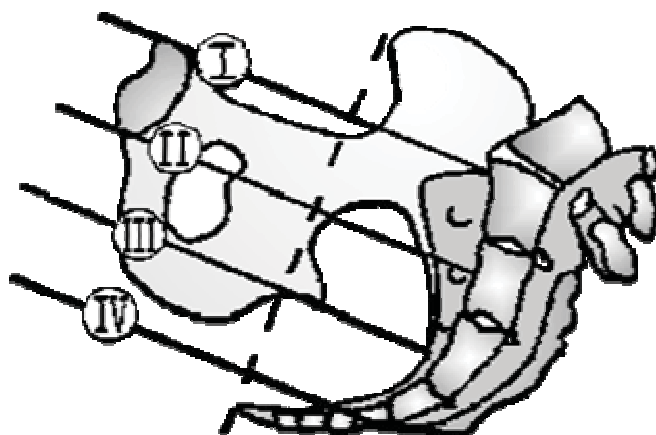
I. Plano de HODGE - Polo cefálico ao nível da borda superior do pube.

II. Plano de HODGE - Borda inferior do pube (plano paralelo ao (I)).

III. Plano de HODGE - Ao nível das espinhas ciáticas.

IV. Plano de HODGE - Ao nível da ponta do cóccix e confundindo-se com o assoalho pélvico

Figura 8. Representação dos Planos de Hodge



**DE LEE** tem como plano referência zero as espinhas ciáticas. Quando o ponto mais baixo da apresentação estiver a 01 cm acima do plano zero, a altura será - 1; 02 cm acima, como - 2; e assim sucessivamente. Quando o polo cefálico estiver abaixo do plano zero, usaremos a mesma progressão trocando o sinal para positivo (+ 1; + 2; até + 5).

O plano zero **DE LEE** corresponde, aproximadamente, ao plano III de HODGE.

Devem ser observados que alguns sinais, por convenção, foram adotados para simplificar a

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 7/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

interpretação do partograma.

- Dilatação Cervical (O)
- Plano de HODGE (X) o Plano de DE LEE (X)
- Frequência Cardíaca Fetal (F.C.F) - (x)

» **ESPAÇO 15** – O registro dos batimentos cardíacos fetais (BCF) deve ser realizado antes, durante e após a contração. (Figura 9)

Figura 9.

BCF Bat / min	Antes																			
	Durante																			
	Depois																			

» **ESPAÇO 16** – Destinado às contrações uterinas, anotar o número de contrações em 10 minutos e duração média das mesmas em segundos. (Figura 10)

Figura 10.

Contrações																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

» **ESPAÇO 17** – Espaço destinado a descrição da situação das membranas, conforme legenda abaixo. (Figura 11)

- Bolsa Íntegra (I)
- Bolsa Rota (R)
- Amniotomia (AT)
- Rotura acidental ao exame (R.A.)

Figura 11.

Membranas																				
L. Amniótico																				





**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 9/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

» **ESPAÇO 24** – Espaço destinado ao registro de informações adicionais que o examinador considerar pertinente a condução da assistência à gestante. (Figura 13)

**NO VERSO DO PARTOGRAMA**

» O profissional que que assistência ao parto não pode esquecer de assinalar de forma objetiva as condições do parto, do recém-nascido, tipo de delivramento, condições do 4º período do parto.

» O registro da Descrição do Parto deve sempre ser preenchido assim como a Data e Hora do mesmo.

**V. ORIENTAÇÕES FINAIS**

» Especificar por escrito, o local em que a paciente deverá ser encaminhada (primeiro andar - Puerpério Geral; primeiro andar- Observação Obstétrica; enfermaria de Pré-eclâmpsia; Recuperação; etc.)

» Evitar ordens verbais para uso de medicação ou encaminhamento a outros setores.

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

1. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. 2001. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
2. ACOG. Obstetric Care Consensus, Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery, march, 2014.
3. CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. CURY, Alexandre Faisal; GARCIA, Sidney A. L.. Estimativa do Peso Fetal: Comparação Entre um Método Clínico e a Ultra-Sonografia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 551-555, Dec. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72031998001000002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998001000002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72031998001000002>.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.022 Página 10/10
Título do Documento:	<b>PARTOGRAMA</b>	Emissão: 01/03/2015
		Revisão Nº: 01 – 21/11/2017

<b>Elaborado por:</b> Elfie Tomaz Figueiredo Raimundo Homero de Carvalho Neto	<b>Revisado por:</b> Jordana Parente Paiva	<b>Data:</b> 21/11/2017
---	---	----------------------------

APROVAÇÃO		
Assinatura: 	Assinatura: 	Assinatura: 
Francisco Edson de Lucena Feitosa Divisão de Gestão do Cuidado	Juliana de Lima Comaru Serviço de Gestão da Qualidade	Carlos Augusto Alencar Júnior Gerência de Atenção à Saúde
Data: <u>21/11/17</u>	Data: <u>21/11/2017</u>	Data: <u>22/11/2017</u>