

Fatores associados à implementação do partograma como uma tecnologia facilitadora na assistência ao parto

Factors associated with the implementation of the partogram as a facilitating technology in childbirth care

Factores asociados a la implementación del partograma como tecnología facilitadora en la atención del parto

Maryana Vieira Rodrigues^a 

Poliane Moreira Costa^a 

Paulo Henrique Nogueira da Fonseca^a 

Arlessandro Pinto de Sousa Carvalho^a 

Márcia Christina Caetano Romano^a 

Virgínia Junqueira Oliveira^a 



Como citar este artigo:

Rodrigues MV, Costa PM, Fonseca PHN, Carvalho APS, Romano MCC, Oliveira VJ. Fatores associados à implementação do partograma como uma tecnologia facilitadora na assistência ao parto. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240015.pt>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a implementação do partograma como uma tecnologia facilitadora na assistência ao parto e fatores associados.

Método: Estudo transversal realizado em uma maternidade do município de Divinópolis, MG, no ano de 2023. Utilizou-se formulário estruturado sobre a assistência ao parto aplicado às puérperas reunindo dados clínicos e caderneta da gestante. Realizou-se análise estatística descritiva dos dados e, para verificar as associações, foram utilizados o Teste exato de Fisher, Qui quadrado de Pearson e Mann Whitney. Os resultados consideraram significância em 5%.

Resultados: Participaram da pesquisa 213 puérperas. As boas práticas efetivas incluíam a presença do acompanhante (94,4%) e a administração de ocitocina após o período expulsivo (92,5%). Obteve-se informações sobre o partograma em 180 (84,5%) prontuários. Entre estes a prevalência de partos que tiveram acompanhamento com o registro dos profissionais no partograma foi de 36,6%. O preenchimento do partograma foi maior no caso de puérperas casadas ($p=0,027$) e aquelas que tiveram ruptura prematura de membrana ($p=0,029$).

Conclusões: O partograma foi implementado de forma incipiente na maternidade e seu preenchimento foi mais frequente no prontuário de puérperas casadas e as que tiveram ruptura prematura de membrana.

Descritores: Assistência ao Parto; Enfermagem; Humanização de Assistência ao Parto; Tocologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation of the partogram as a facilitating technology in childbirth care and associated factors.

Method: Cross-sectional study conducted in a maternity hospital in the city of Divinópolis, MG, in 2023. A structured questionnaire on childbirth care was applied to the puerperal women, gathering clinical data and the pregnant woman's booklet. Descriptive statistical analysis of the data was performed, and Fisher's exact test, Pearson's Chi-square test and Mann Whitney test were used to verify associations. The results considered significance level at 5%.

Results: 213 puerperal women participated in the research. Effective best practices included the presence of a companion (94.4%) and the administration of oxytocin after the expulsion period (92.5%). Information about the partogram was obtained from 180 (84.5%) medical records. Among these, the prevalence of births that were monitored with the professionals' entries in the partogram was 36.6%. The partogram was more frequently completed in the records of married puerperal women ($p=0.027$) and those who had premature rupture of membranes ($p=0.029$).

Conclusions: The Partogram was implemented in an incipient manner in the maternity ward and was more frequently completed in the medical records of married puerperal women and those who had premature rupture of membranes.

Descriptors: Midwifery; Nursing; Humanizing Delivery; Tocology.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la implementación del partograma como tecnología facilitadora en la atención del parto y factores asociados.

Método: Estudio transversal realizado en una maternidad de la ciudad de Divinópolis, MG, en 2023. Se utilizó un formulario estructurado sobre la atención del parto aplicado a las puérperas, recogiendo datos clínicos y el cuaderno de la gestante. Se realizó análisis estadístico descriptivo de los datos y se utilizó la prueba exacta de Fisher, la prueba Chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Mann Whitney para verificar las asociaciones. Los resultados consideraron significancia al 5%.

Resultados: Participaron de la investigación 213 puérperas. Las buenas prácticas efectivas incluyeron la presencia de un acompañante (94,4%) y la administración de oxitocina después del período de expulsión (92,5%). La prevalencia de nacimientos que fueron acompañados con el registro de los profesionales en el partograma fue del 36,6%. La finalización del partograma fue mayor en el caso de puérperas casadas ($p=0,027$) y en aquellas que presentaron rotura prematura de membranas ($p=0,029$).

Conclusiones: El Partograma se implementó de manera incipiente en la maternidad y se completó con mayor frecuencia en los prontuarios de las puérperas casadas y de aquellas que presentaron rotura prematura de membranas.

Descriptorios: Partería. Enfermería. Parto humanizado. Tocología.

^a Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Divinópolis. Minas Gerais. Brasil.

INTRODUÇÃO

A operacionalização de um parto seguro requer estrutura adequada, acompanhamento minucioso de todo o processo e utilização de boas práticas na assistência ao parto e nascimento, a exemplo do partograma, do plano de parto e a promoção de um nascimento fisiológico. Devem ser evitadas intervenções desnecessárias, promovendo assim uma assistência padrão-ouro à díade mãe/bebê⁽¹⁾.

Nas últimas duas décadas, organizações como Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm incentivado a realização do parto normal e a diminuição das cesarianas. As boas práticas devem assegurar a autonomia e o respeito ao direito da mulher de ser protagonista no momento do pré-parto e parto, estimular o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição e sempre se basear em evidências científicas⁽¹⁾.

As melhores evidências reforçam que as boas práticas e humanização na assistência ao parto e nascimento objetivam proporcionar bem-estar à mulher e reduzir riscos para o trinômio mãe, bebê e família. Tais práticas são tidas como motivadoras de experiências bem sucedidas nos processos obstétricos e são concretizadas pela redução de desfechos perinatais negativos⁽²⁾.

O movimento de humanização na assistência ao parto foi inicialmente enfatizado com a categorização das práticas assistenciais na condução do parto em 1996 pela OMS, as quais foram divididas em quatro categorias. Na categoria "A", consta que as práticas úteis e que devem ser encorajadas; na "B", são descritas as práticas prejudiciais e que devem ser eliminadas; na categoria "C", tem-se as práticas sem evidências para apoiar uma recomendação. Já a categoria "D", relaciona as práticas frequentemente usadas de modo inadequado. A descrição dessas categorias foi implementada na tentativa de fortalecer a utilização correta das boas práticas e promover uma assistência baseada em evidências científicas durante todo o processo de parto, visando um cuidado pautado no alívio da dor, conforto físico e emocional, liberdade de escolha para o nascimento do bebê e a melhor via de parto⁽³⁾.

Na prática assistencial, observa-se um distanciamento entre o que é recomendado pelas evidências científicas e a implementação de boas práticas. A

utilização do partograma, por exemplo, é recomendada pela OMS desde 1994, e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desde 1998, mas, na atualidade, ainda é pouco utilizada nas maternidades brasileiras⁽⁴⁾.

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto (TP), que permite acompanhar sua evolução, documentar e diagnosticar alterações, assim como indicar tomada de condutas apropriadas para a correção desses desvios, permitindo ainda evitar intervenções desnecessárias. Compreende um retrato da evolução do parto, por meio dele avaliamos a dilatação do colo, a descida da apresentação fetal, o batimento cardíaco do feto, as contrações, o rompimento da bolsa, dentre outros⁽⁴⁾. Portanto, o partograma é um instrumento importante na prevenção quaternária, que compreende um conjunto de atividades empregadas para identificar pacientes que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir tais intervenções, a fim de minimizar as iatrogenias⁽⁵⁾.

Acredita-se que a utilização de tecnologias na saúde possa qualificar a assistência materna e perinatal possibilitando uma evolução contínua e longitudinal dos processos de cuidado e conseqüentemente maior segurança no parto e nascimento⁽⁶⁾. Dentre as tecnologias, destaca-se a criação de protocolos de segurança, recomendados pela OMS, a qual, em 2017, lançou o guia para implementação da Lista de Verificação para Partos Seguros (LVPS). O propósito desta ferramenta é a redução dos eventos adversos evitáveis na assistência materna e perinatal, por meio de práticas simples e efetivas⁽⁷⁾.

Introduzir práticas que estão baseadas em evidências científicas a exemplo do partograma exige mais que conhecimento e convicções, pois envolve mudanças de comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento. Os profissionais de saúde têm uma participação importante na sua implementação na assistência ao parto e nascimento⁽⁸⁾.

No que se refere ao cuidado materno-infantil, a qualificação da assistência associada à segurança do paciente são bases para redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Sabe-se que 830 mulheres morrem por dia, no mundo, por problemas relacionados à gravidez e ao parto. Estima-se que melhores cuidados antes e após o parto evitariam mortes maternas

e infantis, possibilitando haver uma redução de 1,49 milhões desses óbitos por ano em todo o mundo ⁽⁶⁾.

Considera-se que, para uma assistência ao parto segura e respeitosa, é imprescindível que sejam respeitadas as práticas propostas pela OMS, bem como a utilização de ferramentas que as incluam no cotidiano dos serviços. Torna-se emergente que os profissionais de saúde se fundamentem em evidências científicas, sem deixar de lado o aspecto humano e íntimo do parto. Desse modo, a presente investigação traz a seguinte problemática: Os profissionais de saúde utilizam o partograma como uma tecnologia facilitadora na sua prática clínica? Que fatores podem estar associados à implementação das boas práticas, como a utilização do partograma?

Dessa forma este estudo objetiva avaliar a implementação do partograma como uma tecnologia facilitadora na assistência ao parto e fatores associados.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico de recorte transversal, que seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais.

O estudo foi realizado em uma maternidade de médio porte, referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a rede suplementar, localizada em Divinópolis, que recebe toda a microrregião de saúde e conta com uma UTI neonatal e adulto. A maternidade possui 40 leitos, desses, 16 são destinados a saúde suplementar. A unidade de internação é composta por uma sala de pré-parto com quatro leitos individualizados para usuárias do SUS, o centro obstétrico possui 3 salas. O serviço conta ainda com 20 leitos de alojamento conjunto destinado às usuárias do SUS, sendo quatro leitos para intercorrências gestacionais. A equipe profissional é composta por 10 enfermeiros obstetras, distribuídos em uma escala de 12 x 36h.

Anualmente, estima-se um número de 1038 partos vaginais na maternidade referência. A população elegível do estudo constitui-se de parturientes admitidas na maternidade no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro 2023 que tiveram parto normal, pelo SUS, neste serviço, numa faixa etária de 14 a 40 anos. O tamanho amostral foi calculado por meio do programa

Open Epi versão 3.01, para um nível de confiança de 95%, precisão de 5% e proporção de 50% para desfechos múltiplos, valor este que fornece o maior tamanho amostral para população finita (n=1038). Assim, atendendo aos critérios de delineamento⁽⁹⁾ estimou-se uma amostra de 213 puérperas.

Foi elaborado um formulário de pesquisa contendo 30 questões acerca de informações (sociodemográficas, clínicas e referentes às práticas assistenciais obstétricas. Estas últimas foram construídas baseadas na LVPS da OMS⁽⁷⁾. A fonte dos dados consistiu inicialmente dos prontuários das puérperas e, posteriormente, entrevista com as participantes para complementação das informações inexistentes nos dados secundários. Esta estratégia favoreceu o preenchimento de 100% das questões.

As variáveis dicotômicas (sim/não) obtidas dos prontuários das puérperas e elencadas da LVPS⁽⁷⁾ foram: presença do acompanhante, administração de ocitocina IM no 1º minuto após o parto, permanência do bebê com a mãe e amamentação na primeira hora de vida, dinâmica uterina, ausculta do BCF a cada 30 minutos e uso do partograma. Ainda dos prontuários foram extraídas: posição do parto (litotômica, vertical/cócoras, lateral, quatro apoios, sem informação) e clampeamento do cordão (oportuno, precoce, sem informação). Já as variáveis coletadas na entrevista e que também foram elaboradas da LVPS⁽⁷⁾ foram: farmacológicos da dor (chuveiro, chuteiro e bola, chuteiro, bola e massagem, outros, não utilizou); e, as variáveis dicotômicas (sim/não); orientação de puxos dirigidos, escolha da posição do parto pela parturiente e contato pele a pele.

As características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo foram obtidas da entrevista com as puérperas e constituíram as variáveis independentes da investigação. As variáveis sociodemográficas foram: faixa etária (anos completos); procedência (Divinópolis, Carmo do Cajuru, Perdígão e outros); raça (branca e não branca); situação conjugal (solteira/viúva e casada/união estável); nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); renda familiar (até 1 salário mínimo, de 1 salário mínimo até 1,49 salários mínimos, de 1,5 salários mínimos até 1,99 salários mínimos, de 2 salários mínimos até 2,49 salários mínimos e acima de 2,5 salários

mínimos); profissão/ocupação (tinham emprego, não tinham emprego). Os dados da gestação e parto também foram categorizados, sendo eles intercorrências na gestação e rotura artificial da membrana, caracterizadas como “sim” e “não”. Também foram extraídos, número de gestações, número de partos, números de abortos e idade gestacional. Considerou-se como variável dependente do estudo o preenchimento do partograma. Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Excel 2016. Em seguida, foi realizada análise de consistência de dados e resolvidas as inconformidades. A análise estatística se deu por meio do Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. A normalidade das variáveis quantitativas foi testada por meio do teste Shapiro Wilk, e, por terem distribuição assimétrica, foram apresentadas em mediana e quartis.

Para comparar as variáveis qualitativas com o desfecho preenchimento do partograma, foram utilizados os testes Qui quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. A comparação das variáveis quantitativas com o preenchimento do partograma foi implementada com o teste Mann Whitney. nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei, assim como da instituição envolvida e teve parecer favorável; a coleta de dados foi realizada após a leitura e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido, assim como o termo de assentimento para as participantes adolescentes.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 213 puérperas, com idade variando de 14 a 40 anos, e predomínio na faixa etária de 19 a 30 anos (69,5%). Quanto à situação conjugal, 62,9% eram solteiras ou viúvas e 37,1% eram casadas ou mantinham união estável. Entre as puérperas, 48,3% tinham ensino médio completo e 22,1% apresentavam renda familiar de até um salário mínimo. No que

se refere à ocupação das participantes, 72 (33,8%) não tinham emprego, 138 (64,8%) desenvolviam alguma atividade trabalhista e duas delas não quiseram informar. A maioria das participantes era da cidade onde a maternidade está localizada (46,5%) e de raça não branca (80,8%), conforme a Tabela 1.

A mediana de gestações se manteve em 2 (Q1: 1; Q3: 3) e de partos 2 (Q1: 1; Q3: 2). A idade gestacional apresentou mediana de 39,2 semanas (Q1: 38; Q3: 40,1) e o número de consultas no pré-natal mediana 10 (Q1: 8; Q3: 12).

A Tabela 2 mostra a frequência da realização das boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

Do total de participantes do estudo ($n=213$ 100%), obtiveram-se informações sobre o partograma em 180 (84,5%) prontuários. Entre estes a prevalência de partos que tiveram acompanhamento com o registro de profissionais no partograma foi de 36,6%.

Na análise dos fatores associados ao preenchimento do partograma não houve associação com as variáveis quantitativas, apenas com as qualitativas, conforme Tabela 3.

DISCUSSÃO

A presente investigação mostra que a situação conjugal casada associa-se com o preenchimento do partograma, assim como a ruptura artificial da membrana. No que tange à situação conjugal em que não há companheiro, há maior risco para resultados perinatais negativos, uma vez que a presença do pai contribui para o apoio e cuidado maternos durante o parto e puerpério⁽¹⁰⁾. Talvez esse aspecto tenha indicado aos profissionais de saúde maior necessidade de acompanhamento minucioso do parto e nascimento, com o preenchimento do partograma, minimizando os riscos para a saúde materna e do bebê devido a uma rede de apoio fragilizada⁽¹¹⁾. Ressalta-se que 53,5% dos partos não tiveram sua evolução registrada no partograma. Esse achado é maior que os resultados encontrados na pesquisa Nascer no Brasil, segundo a qual 41,4% das pacientes tiveram a evolução do parto registrada no instrumento⁽¹²⁾.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes do estudo. Divinópolis, MG, Brasil, 2023. (n=213)

Variáveis	n (%)
Faixa Etária	
14 – 18 anos	20 (9,4)
19 – 30 anos	148 (69,5)
31 – 40 anos	43 (20,2)
Sem informação	2 (0,9)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	18 (8,5)
Ensino Fundamental Completo	24 (11,3)
Ensino Médio Incompleto	42 (19,7)
Ensino Médio Completo	102(47,9)
Ensino Superior Incompleto	10 (4,7)
Ensino Superior Completo	15 (7,0)
Sem informação	2 (0,9)
Renda familiar	
< 1 salário mínimo	47 (22,1)
1 salário mínimo a 1,49 salário mínimo	30 (14,1)
1,5 salário mínimo a 1,99 salário mínimo	42 (19,7)
1,99 salários mínimos a 2,49 salários mínimos	34 (16,0)
> 2,5 salários mínimos	35 (16,4)
Sem informação	25 (11,7)
Procedência	
Divinópolis	99 (46,5)
Carmo do Cajuru	15 (7,0)
Perdigão	13 (6,1)
Outros	24 (11,3)
Sem informação	62 (29,1)

Tabela 2 – Frequência de realização das boas práticas com as participantes do estudo. Divinópolis, MG, Brasil, 2023. (n=213).

Variáveis	n (%)
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	
Chuveiro	53 (24,9)
Chuveiro e bola	28 (13,2)
Chuveiro, bola e massagem	49 (23,0)
Outros	33 (15,5)
Não utilizou	45 (21,1)
Sem informação	5 (2,3)
Presença de acompanhante	
Sim	201(94,4)
Não	9 (4,2)
Sem informação	3 (1,4)
Orientação puxos dirigidos	
Sim	170(79,8)
Não	40 (18,8)
Sem informação	3 (1,4)
Escolha da posição do parto pela parturiente	
Sim	142(66,7)
Não	67 (31,5)
Sem informação	4 (1,8)
Posição do parto	
Litotômica	167(78,5)
Vertical/Cócoras	28 (13,1)
Lateral	3 (1,4)
Quatro apoios	10 (4,7)
Sem informação	5 (2,3)
Dinâmica uterina	
Sim	94 (44,1)
Não	104 (48,9)
Sem informação	15 (7,0)

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	n (%)
Ausculta do BCF a cada 30 min.	
Sim	184 (86,4)
Não	23 (10,8)
Sem informação	6 (2,8)
Partograma	
Sim	66 (31,0)
Não	114 (53,5)
Sem informação	33 (15,5)
Clampeamento do cordão	
Oportuno	133 (62,5)
Precoce	65 (30,5)
Sem informação	15 (7,0)
Administração Ocitocina IM no 1º min.pós parto	
Sim	197 (92,5)
Não	0 (4,7)
Sem informação	6 (2,8)
O bebê permaneceu com a mãe na 1ª hora de vida	
Sim	153 (71,8)
Não	59 (27,7)
Sem informação	1 (0,5)
O bebê mamou na 1ª hora de vida	
Sim	105 (49,3)
Não	108 (50,7)
Foi realizado contato pele a pele	
Sim	105 (49,3)
Não	108 (50,7)

Tabela 3 – Fatores associados ao preenchimento do partograma. Divinópolis, MG, Brasil, 2023.

Variáveis	Preenchimento do partograma			
	Sim (n%)	Não (n %)	Total (n)	Valor-p
Situação conjugal (n=180)				
Solteira/Viúva	34 (51,5)	78 (68,4)	112 (62,2)	
Casada	32 (48,5)	36 (31,6)	68(37,8)	0,027†
Total	66 (100)	114(100)	180 (100)	
Escolaridade (n=178)				
Ens. Fund. Incompleto	3 (4,5)	12 (10,5)	15 (8,3)	
Ens. Fund. Completo	5 (7,6)	17 (14,9)	22 (12,2)	
Ens. Médio Incompleto	14 (21,2)	22(19,3)	36 (20,0)	
Ens. Médio Completo	31 (47,0)	49 (43,0)	80 (44,4)	0,279*
Ens. Sup. Incompleto	6 (9,1)	4 (3,5)	10 (5,6)	
Ens. Sup.Completo	5 9 (7,6)	10 (8,8)	15 (8,3)	
Total	64(100)	114(100)	178(100)	
Renda familiar(n=180)				
>1 salário mín.	14 (21,2)	23 (20,2)	37 (20,6)	
>1 salário mín. <1,5 salário mín.	12 (18,2)	16 (14,0)	28 (20,6)	
>1,5 salário mín. <2 salários mín.	8 (12,1)	22 (19,3)	30 (16,7)	
>2 salários mín. <2,5 salários mín.	14 (21,2)	189 (15,8)	32 (17,8)	0,742*
> 2,5 salários mín.	10 (15,2)	21 (18,4)	31(17,2)	
Sem informação	8 (12,1)	14 (12,3)	22 (12,2)	
Total	66 (100)	114 (100)	180(100)	
Raça (n=180)				
Branca	13 (19,7)	23 (20,2)	36 (20)	
Não branca	53 (80,3)	91 (79,8)	144(80,0)	0,938*
Total	66(100)	114	180(100)	

Tabela 3 – Cont.

Variáveis	Preenchimento do partograma			
	Sim (n%)	Não (n %)	Total (n)	Valor-p
Intercorrência durante a gestação (n=179)				
Sim	30 (45,5)	61(53,5)	91(50,6)	
Não	36 (54,5)	52 (45,6)	88 (48,9)	0,271*
Total	66 (100)	113 (100)	179 (100)	
Rotura artificial da membrana (n=177)				
Sim	41 (62,1)	49 (43,0)	90 (50,0)	
Não	25 (37,9)	62 (57,0)	87(50,0)	0,029†
Total	66 (100)	111(100)	177 (100)	
Idade gestacional				
Q1	38,1	38,0		
Mediana	39,2	39,2	171	0,795‡
Q3	40,2	40,1		
Número de gestações				
Q1	1	1		
Mediana	2	2	176	0,299‡
Q3	2	3		
Número de partos				
Q1	1	1		
Mediana	1	2	176	0,306‡
Q3	2	3		

*Qui-quadrado de Pearson

**Teste exato de Fisher

‡Mann Whithney

Investigação nacional encontra a mesma associação quando observamos a ruptura artificial de membranas e traz uma utilização desta prática de maneira leviana, principalmente antes do momento em que o próprio instrumento indica a necessidade de intervenções⁽¹³⁾. A Pesquisa Nascer no Brasil evidencia também que tal prática se repete de forma rotineira com finalidade de acelerar o processo do trabalho de parto e reduzir o número de partos instrumentais⁽¹³⁾, entretanto, a OMS categoriza a amniotomia como uma prática sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, assim sendo uma prática de uso cauteloso⁽³⁾.

Na presente pesquisa, 48,4% foram submetidas à ruptura artificial das membranas na condução do trabalho de parto. Autores encontraram resultados semelhantes e até menores na pesquisa Nascer no Brasil. Essa prática fica categorizada como uma prática de uso inapropriado⁽³⁾, muitas vezes sendo utilizada apenas para acelerar o processo do trabalho de parto necessitando ser repensada, considerando as inúmeras vantagens para a díade mãe/bebê⁽¹³⁾.

A associação do preenchimento do partograma com a ruptura prematura das membranas encontrada no presente estudo pode ser justificada considerando que essa conduta é um fator que predispõe desfechos negativos no parto, como, por exemplo, infecção, o que pode ter gerado maiores preocupações e maior atenção do profissional, levando ao preenchimento do partograma.⁽¹⁴⁾ Também pode ser justificada pela ampla rotatividade de leitos na maternidade cenário e a necessidade de liberação de leitos de forma acelerada, conduzindo os profissionais a uma rotina de intervenções que forneça o cenário "ideal". Faz-se então necessária, além do uso do partograma, a capacitação desses profissionais para a compreensão das intervenções e o preenchimento adequado, uma vez que a sua utilização incorreta pode aumentar a chance de cesariana desnecessária.⁽¹⁵⁾ De fato uma revisão sistemática com meta-análise mostrou que o treinamento recebido por profissionais aumentou seis vezes a chance de realizarem o manejo ativo do cuidado à parturiente na terceira etapa do trabalho de parto⁽¹⁶⁾.

É importante destacar que nesta pesquisa, o preenchimento do partograma foi subutilizado, assim como traz um estudo na cidade de Goiânia, onde 28,5% das pacientes tinham o instrumento anexado em seu

prontuário, sendo que 13 % delas não tinham qualquer anotação, levantando a questão do desconhecimento e dificuldades dos profissionais quanto ao seu uso⁽¹⁷⁾. Outra pesquisa reafirma a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto ao preenchimento correto e contínuo do partograma e também sua compreensão de maneira a priorizar o preenchimento mesmo quando a rotina do trabalho seja dificultosa⁽¹⁸⁾.

O presente estudo também evidenciou que 78,4% das mulheres tiveram seu parto na posição de litotomia. O número elencado nesta pesquisa, no que se refere à posição litotômica durante o nascimento, é menor que o encontrado em outros estudos, incluindo a pesquisa Nascer no Brasil.⁽¹³⁾ Apesar disso, discutir sobre a posição corporal no parto é relevante, uma vez que as mais confiáveis evidências internacionais comprovam ser esta o motivo de maior dor perineal, elevada incidência de instrumentalização no parto e batimento cardíaco fetal não tranquilizador⁽¹⁸⁾.

É necessário refletir a posição litotômica considerando que ela faz parte do contexto do parto de modo cultural e isso a torna apropriada para o parto, sobre o ponto de vista das próprias parturientes, embora sua perspectiva avalie positivamente a posição vertical no parto e a relacione à maior autonomia no parto, menor intervenção, descida mais rápida do feto, redução do tempo de trabalho de parto, diminuição da dor e maior conforto.⁽¹⁷⁾ Evidências mostram que a mesma aconteceu dado o modelo assistencial praticado no nosso país, que infere o processo de medicalização no parto⁽¹⁵⁾.

Investigação em instituições brasileiras têm fortalecido a adesão da posição vertical pelas parturientes e cita que esse cenário é ainda mais frequente na presença do enfermeiro obstetra⁽¹⁹⁾. As evidências científicas também apontam a importância da movimentação durante o trabalho de parto e que as posições verticalizadas, de cócoras ou mesmo em pé facilitam o período expulsivo⁽¹⁷⁾.

No que diz respeito ao cuidado com o recém-nascido (RN), na maior parte dos partos foi realizado o clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno. Esta prática tem sido motivo de discussão na literatura sobre o momento favorável à sua realização. A OMS recomenda o clampeamento do cordão umbilical após a parada total da pulsação do mesmo, sendo esse definido como clampetamento oportuno.

Evidencia-se que a maioria das parturientes tiveram o clampeamento oportuno do cordão, corroborando pesquisa brasileira⁽²⁰⁾.

Dentre os benefícios referentes a esta prática, podemos citar: maior nível sanguíneo, maior aporte de ferro, favorecendo a redução de deficiência de ferro no primeiro ano de vida, maiores taxas de manutenção do aleitamento materno exclusivo e estabilidade da temperatura corporal do bebê.⁽²⁰⁾. Ainda assim, é importante ressaltar que tais recomendações são baseadas em um cenário favorável e de risco habitual na assistência ao nascimento e que os números refletidos neste estudo não levaram em consideração o cenário ao qual o clampeamento do cordão foi realizado. Sendo assim, o clampeamento precoce do cordão pode se fazer necessário em intercorrências com RN ou a parturiente, considerando assim a necessidade e o risco/benefício.

Observou-se no presente estudo que, entre as práticas analisadas, as que apresentaram melhor resultado foram alta proporção de presença de acompanhantes (94,4%) e aplicação de ocitocina no terceiro período (92,5%), corroborando o que está previsto no projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), que é um projeto do Ministério da Saúde em parceria com instituições referências em saúde no Brasil, o qual recomenda o aprimoramento no âmbito da atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo e atenção às mulheres em situações de violência sexual em hospitais de ensino da Rede Cegonha, tendo como objetivo ampliar aumentar a abrangência do desempenho dos hospitais da rede SUS⁽²¹⁾.

É importante ressaltar que, nessa pesquisa, menos da metade das parturientes conseguiram amamentar seus bebês na primeira hora de vida. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida no Brasil é baixa: o índice é de 62,4%, o que evidencia a necessidade de ações que envolvam os profissionais de saúde para a melhoria dessa taxa. Estudo realizado em um hospital de porte médio do município de Maringá encontrou deficiência no conhecimento dos profissionais de saúde sobre a amamentação na primeira hora de vida; este cuidado não é garantido na instituição, desvelando desafios e sugestões para a implantação dessa boa prática⁽²²⁾

As boas práticas têm um custo/benefício e um impacto importante. Um estudo realizado em uma Casa de Parto no Rio de Janeiro elenca os custos da assistência ao parto normal fazendo um comparativo com alguns outros estudos. Uma dessas comparações explicita que na cesárea os custos são maiores, cerca de 50% a mais, em relação ao parto normal, sendo o ponto mais relevante a medicalização na assistência ao parto.⁽²³⁾ No entanto, embora as boas práticas tenham um custo inferior em relação às práticas danosas, salienta-se que para assegurar um cuidado perinatal adequado é necessário o acesso livre e seguro das mulheres em todos os momentos do processo de parto e nascimento⁽²⁴⁾.

A adoção das boas práticas é de fácil implementação e pode gerar uma considerável mudança na assistência obstétrica do Brasil, que vai muito além da economia de recursos financeiros. Aderir a tais práticas elenca inúmeros benefícios materno-infantis que interferem diretamente na promoção da saúde dessa população e pode contribuir para uma mudança cultural no parto⁽²⁾.

Uma das limitações do estudo foi a ausência de informação no cartão de gestante e prontuário das puérperas. Destacou-se também o desconhecimento delas em relação a pontos relevantes no período gestacional, impossibilitando o preenchimento completo do questionário da entrevista. No entanto, apesar desta limitação de registro, este estudo traz contribuições relevantes quanto à implementação das boas práticas e os fatores associados, indicando a necessidade de maiores investimentos na qualificação de profissionais e infraestrutura institucional, favorecendo sua implementação.

■ CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que o partograma foi implementado de forma incipiente na maternidade e seu preenchimento foi mais frequente no prontuário de puérperas casadas e as que tiveram ruptura prematura de membrana.

■ REFERÊNCIAS

1. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1313–19. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>

2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21 [Internet]. Brasília (DF). Unicef: ReHuNa. 2021[cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>
3. Magalhães PAP, Paes LBO, Cavalcante LF, Silva MEGA, Santana MLC, Dias GC. Conhecimento das boas práticas ao parto por parte dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev*. 2022;5(5):18176–98. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-031>
4. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(11):4531–46. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
5. Salazar ÉRS, Leal RC, Rodrigues JP, Vilanova RF, Silva IS. O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enferm Bras*. 2021;19(3):230–37. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>
6. Pedroni, VS, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190171. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>
7. World Health Organization (WHO). WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns [Internet]. Genebra: WHO; 2017[cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549455>
8. Rodrigues ES, Ferreira ES. O uso do partograma como ferramenta de redução de intervenções: um relato de experiência. *Rease* [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 30];1(1):450–9. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10536>
9. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB, et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003.
10. Manente MV, Rodrigues OMPR. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando Fam* [Internet]. 2016[cited 2024 Jan 30];20(1):99–111. Available from: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n1/v20n1a08.pdf>
11. Dutra MVS, Faria HMC. A rede de apoio como forma de prevenção à depressão pós-parto. *Cad Psicol* [Internet]. 2022[cited 2024 Jan 30];4(8):117–33. Available from: <https://seer.unicadademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3408/2402>
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S17–32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
13. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):880–8. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400020>
14. Borges AP, Silva ALR, Correa ACP, Nakagawa JTT. Characterization of pregnancy labor assistance of primigravida adolescents in the city of Cuiabá-MT. *Ciênc Saúde* [Internet]. 2016[cited 2024 Jan 30];15(2):212–2. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29474/17584>
15. Medeiros AB; Freire ILS; Santos FR; Silva BCO; Batista GFM; Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Rev Cuidarte* [Internet]. 2020[cited 2024 Jan 30];11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
16. Gelaw KA, Assefa Y, Birhan B, Gebeyehu NA. Practices and factors associated with active management of the third stage of labor in East Africa: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:438. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05761-9>
17. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 30];32. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27499>
18. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03610. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
19. Martins Neto C, Campelo CL, Lima JFB, Mendes KDSM, Mouzinho LSN, Santos AM, et al. Factors associated with the occurrence of upright birth in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:e220041. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220041>
20. Strada JKR, Vieira LB, Gouveia HG, Betti T, Wegner W, Pedron CD. Factors associated with umbilical cord clamping in term newborns. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210423. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0423>
21. Ministério da Saúde (BR). APICE ON—Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. 2017[cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>
22. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4 [Internet]: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ; 2021[cited 2024 Jan 30]. 108 p. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
23. Oliveira FA, Progianti JM, Peregrino AAF. Custos diretos do parto envolvidos com a prática obstétrica de enfermagem em Casa de Parto. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):421–7. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140060>
24. Voldner N, Eick F, Vangen S. 'Goodbye and good luck' Midwifery care to pregnant undocumented migrants in Norway: a qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2023;37:100878. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100878>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Maryana Rodrigues Vieira, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Curadoria de dados: Maryana Rodrigues Vieira, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Pesquisa: Maryana Rodrigues Vieira, Poliane Moreira Costa, Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, Arlessandro Pinto de Souza Carvalho, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Metodologia: Maryana Rodrigues Vieira, Poliane Moreira Costa, Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, Arlessandro Pinto de Souza Carvalho, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Supervisão: Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Design da apresentação de dados: Maryana Rodrigues Vieira, Poliane Moreira Costa, Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, Arlessandro Pinto de Souza Carvalho, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Redação do manuscrito original: Maryana Rodrigues Vieira, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Redação - revisão e edição: Maryana Rodrigues Vieira, Poliane Moreira Costa, Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, Arlessandro Pinto de Souza Carvalho, Márcia Christina Caetano Romano, Virgínia Junqueira Oliveira

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesse

■ Autora correspondente:

Maryana Vieira Rodrigues

E-mail: maryanavrodrigues@gmail.com

Recebido: 26.02.2024

Aprovado: 17.10.2024

Editor associado:

Adriana Aparecida Paz

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

