



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

DAYANE GOMES DE OLIVEIRA

USO E PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA COMO UM INSTRUMENTO DE
AValiação DO TRABALHO DE PARTO

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

DAYANE GOMES DE OLIVEIRA

**USO E PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA COMO UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: José Flávio de Lima
Castro

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

DAYANE GOMES DE OLIVEIRA

**USO E PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA COMO UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 06/11/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Viviane Rolim de Holanda (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Msc. Rogélia Herculano Pinto (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Msc. Anvete Leal de Albuquerque (Examinador Externo)
Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

Objetivos: avaliar o uso e o preenchimento do partograma pelos profissionais do centro obstétrico de um hospital de referência de Vitória de Santo Antão – PE. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa sobre o preenchimento e utilização do partograma pelos médicos obstetras. Foi realizado durante o período de julho a setembro de 2017 e amostra foi composta por 12 médicos obstetras e 255 prontuários de parturientes que foram admitidas no centro obstétrico. **Resultados:** os médicos obstetras apresentaram média de idade de $48,25 \pm 1,46$ anos, com o mínimo de 27 e máximo de 63 anos. Verificou-se que 83,3% não apresentaram dificuldades no preenchimento dessa ferramenta, no entanto ao verificar os prontuários apenas 8,2% dos partogramas foram grafados corretamente até hora do parto. Quanto as falhas mais prevalentes destacaram-se o traçado da linha de alerta e linha de ações inadequadas. Além disso, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde de inserir o partograma em todos os trabalhos de parto ativo, em 14,1% dos prontuários analisados não houve início do partograma. **Conclusões:** foram encontrados preenchimentos incorretos do partograma e pouca utilização para o monitoramento do parto, o que reflete o despreparo ou falta de interesse dos profissionais quanto ao uso e preenchimento dessa ferramenta.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Trabalho de parto. Registros Médicos.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the use and completion of the partogram by the professionals of the obstetric center of a reference hospital in Vitória de Santo Antão - PE. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach on the completion and use of the partograph by obstetricians. It was performed during the period from July to September 2017 and a sample was composed of 12 obstetrician doctors and 255 medical records of parturients who were admitted to the obstetric center. **Results:** Obstetric physicians had a mean age of 48.25 ± 1.46 years, with a minimum of 27 and a maximum of 63 years. It was verified that 83.3% did not present difficulties in filling this tool, however when checking the charts only 8.2% of the partograms were correctly written until the time of delivery. Regarding the most prevalent failures, the line of alert and line of inappropriate actions were highlighted. In addition, in spite of the World Health Organization's recommendation to insert the partograph in all active labor, 14.1% of the charts analyzed did not initiate the partograph. **Conclusions:** Incorrect partographs of the partograph were found and little use was made for monitoring the delivery, which reflects the lack of preparation or lack of interest of the professionals in the use and filling of this tool.

Keywords: Obstetric Nursing. Labor. Medical Records.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS	10
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS.....	20
APENDICES	23
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	300
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	38

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Uso e preenchimento do partograma como um instrumento de avaliação do trabalho de parto

Use and completion of the partograph as an instrument for the evaluation of labor

Dayane Gomes de Oliveira¹

José Flávio de Lima Castro²

¹Graduanda de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. Email: dayagomesoliveira@gmail.com.

² Enfermeiro. Mestre em Hebiatria. Professor assistente da Universidade Federal de Pernambuco – Centro acadêmico de Vitória.Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. Email: flaviocastro20@hotmail.com. Autor responsável

Endereço para correspondência: R Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. CEP:55608-680.

Resumo

Objetivos: avaliar o uso e o preenchimento do partograma pelos profissionais do centro obstétrico de um hospital de referência de Vitória de Santo Antão – PE. Métodos: trata-se de

um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa sobre o preenchimento e utilização do partograma pelos médicos obstetras. Foi realizado durante o período de julho a setembro de 2017 e amostra foi composta por 12 médicos obstetras e 255 prontuários de parturientes que foram admitidas no centro obstétrico. Resultados: os médicos obstetras apresentaram média de idade de $48,25 \pm 1,46$ anos, com o mínimo de 27 e máximo de 63 anos. Verificou-se que 83,3% não apresentaram dificuldades no preenchimento dessa ferramenta, no entanto ao verificar os prontuários apenas 8,2% dos partogramas foram grafados corretamente até hora do parto. Quanto as falhas mais prevalentes destacaram-se o traçado da linha de alerta e linha de ações inadequadas. Além disso, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde de inserir o partograma em todos os trabalhos de parto ativo, em 14,1% dos prontuários analisados não houve iniciação do partograma. Conclusões: foram encontrados preenchimentos incorretos do partograma e pouca utilização para o monitoramento do parto, o que reflete o despreparo ou falta de interesse dos profissionais quanto ao uso e preenchimento dessa ferramenta.

Palavras-chave *Enfermagem obstétrica, Trabalho de parto, Registros Médicos, Saúde da Mulher*

Abstract

Objectives: to evaluate the use and completion of the partogram by the professionals of the obstetric center of a reference hospital in Vitória de Santo Antão - PE. Methods: This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach on the completion and use of the partograph by obstetricians. It was performed during the period from July to September 2017 and a sample was composed of 12 obstetrician doctors and 255 medical records of

parturients who were admitted to the obstetric center. Results: Obstetric physicians had a mean age of 48.25 ± 1.46 years, with a minimum of 27 and a maximum of 63 years. It was verified that 83.3% did not present difficulties in filling this tool, however when checking the charts only 8.2% of the partograms were correctly written until the time of delivery. Regarding the most prevalent failures, the line of alert and line of inappropriate actions were highlighted. In addition, in spite of the World Health Organization's recommendation to insert the partograph in all active labor, 14.1% of the charts analyzed did not initiate the partograph. Conclusions: Incorrect partographs of the partograph were found and little use was made for monitoring the delivery, which reflects the lack of preparation or lack of interest of the professionals in the use and filling of this tool.

Key words: *Obstetric Nursing, Labor, Medical Records, Women's Health*

Introdução

A assistência ao trabalho de parto e parto vaginal, antigamente, era prestada no domicílio em um ambiente familiar, pois o nascimento era percebido como algo natural. No entanto, a partir da década de 40, com a institucionalização do parto, verificou-se a incorporação das intervenções obstétricas e dos riscos. Essa mudança de paradigma levou as mulheres a perderem o protagonismo do seu trabalho de parto, delegando ao profissional de saúde que presta a assistência¹.

Nesse contexto, se firmou o modelo biomédico, medicalizado, no qual se precisa intervir para que o nascimento ocorra, levando ao uso indiscriminado de práticas e intervenções obstétricas que, por muitas vezes, são executadas sem evidências científicas, levando a ocorrência da cesariana².

Atualmente, o Brasil ocupa o primeiro lugar no mundo em cesariana, sendo essa cirurgia uma tecnologia apropriada para o manejo de emergências obstétricas que precisam de

intervenção imediata, afim de garantir a saúde da criança e da mãe³. Quando esse procedimento cirúrgico é utilizado sem uma indicação real, pode contribuir para o aumento da morbimortalidade materna e perinatal⁴.

Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 procurou implementar ferramentas que ajudassem no monitoramento das mulheres em trabalho de parto e uma das condutas, foi a utilização do partograma. Esse instrumento constitui-se de um gráfico que permite registrar e documentar a evolução do trabalho de parto, sendo uma tecnologia leve simples, prática e de baixo custo, necessitando de uma folha impressa para registrar graficamente o progresso do parto, juntamente de um profissional capacitado para o seu preenchimento. Entretanto para ser eficaz, o partograma precisa ser utilizado corretamente⁵.

Sua eficácia como um instrumento de acompanhamento da progressão do trabalho de parto e das condições da mãe e do feto pôde ser verificada em um estudo multicêntrico na Malásia, Indonésia e Tailândia, no qual concluiu que ao utilizá-lo corretamente, identificou-se a redução do índice de cesarianas, do número de parto prolongado e do número de intervenções, tendo uma alta efetividade, levando a uma melhor segurança na assistência ao parto⁶. Nesse contexto, em 1994, a OMS preconizou a utilização do partograma para acompanhar a evolução do trabalho de parto⁷.

Para o correto preenchimento do partograma é necessário ter conhecimento da evolução clínica do trabalho de parto. O Centro Latino Americano de Perinatologia divide esse período em dois momentos: fase latente (inicial), com menor velocidade de dilatação e esta é seguida pela fase ativa (final), a qual começa a partir dos 4 cm de abertura do colo uterino com progressão mais rápida de dilatação, sendo nesta última fase, a correta para a abertura e registro do trabalho de parto no partograma. As informações registradas são avaliadas e servem para diagnosticar precocemente algumas complicações durante o processo

parturitivo, o que permite utilizar condutas necessárias durante o manejo clínico, evitando intervenções desnecessárias e diminuindo o risco de parto obstruído, hemorragia pós-parto, hipóxia fetal, infecções puerperais e principalmente, a morte materna e fetal⁴.

O partograma é um dos avanços mais importantes na assistência obstétrica, porém a sua utilização ainda é realizada de maneira incorreta e são vários os problemas enfrentados na utilização desse gráfico, como: falta de interesse dos gestores; descontinuidade do preenchimento do partograma; problemas logísticos, pois para implementar o uso desse gráfico na instituição é preciso de recursos financeiros para garantir uma utilização contínua na prática diária, além da reestruturação e qualificação permanente dos profissionais, já que o uso e preenchimento correto do partograma requer conhecimento do profissional⁸.

São grandes desafios para a adesão e preenchimento correto do partograma na prática obstétrica. Neste sentido justifica-se essa pesquisa pela necessidade de estudos que destaquem a importância da adesão desse instrumento para acompanhar o processo parturitivo, sensibilizando os profissionais (médicos e enfermeiros obstetras) quanto a segurança na prática clínica e diminuindo as intervenções desnecessárias e principalmente, a morbimortalidade materna e perinatal⁹. No entanto, é importante relatar que esse estudo vai apenas avaliar o uso e preenchimento das informações médicas, pois os enfermeiros obstetras não são respaldados pela instituição para o preenchimento do partograma. O objetivo da pesquisa foi avaliar o uso e o preenchimento do partograma pelos profissionais do centro obstétrico de um hospital de referência de Vitória de Santo Antão – PE

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado durante o período de julho a setembro de 2017 no centro obstétrico de uma maternidade de médio risco da cidade de Vitória de Santo Antão – PE. Esta é uma instituição pública que

atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência em materno-infantil do interior de Pernambuco, realizando mais de 300 partos por mês.

A pesquisa incluiu os médicos obstetras que trabalham no centro obstétrico do hospital. A amostra com os profissionais foi por conveniência, totalizando 12 médicos obstetras (Figura 1). Foram retirados do estudo os enfermeiros obstetras que atuam na sala de parto, decorrente de um protocolo existente na instituição, que respalda apenas os médicos obstetras a preencherem o partograma.

Também foram utilizados prontuários de parturientes que foram admitidas no centro obstétrico do referido hospital, no ano de janeiro a dezembro 2016 para verificar a utilização e o preenchimento do partograma. Quanto aos prontuários das parturientes admitidas no centro obstétrico, foram incluídos os que tiveram gestação única, tópica, termo e de risco habitual. Excluíram-se da pesquisa prontuários de parturientes que: o feto estava em apresentação pélvica, que foram admitidas durante o período expulsivo, que já apresentavam alguma distócia na admissão, prontuários ilegíveis e prontuários de gestantes com indicação de curetagem.

Para seleção da amostra dos prontuários foi solicitado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), números de parto por ano. O senso disponibilizado foi de 3.563 partos vaginais e 1291 cirurgias cesarianas, totalizando 4.854 procedimentos realizados de janeiro a dezembro de 2015. Para o cálculo da amostra recorreu-se ao procedimento de amostragem aleatória simples, com intervalo de confiança de 95%, erro máximo tolerável de 5 pontos percentuais e por se tratar de estudo regional abrangendo a análise de prática obstétrica com diferentes frequências de ocorrência, a prevalência estimada foi de 50%, totalizando o quantitativo de 235 prontuários. Visando atenuar as limitações impostas por eventuais perdas na aplicação do formulário foi acrescido mais 20 prontuários, finalizando a amostra com 255 (Figura 2).

Para coleta de dados com os profissionais foi utilizado um formulário estruturado e adaptado do estudo de Dotto¹⁰ sobre o perfil dos profissionais que atuam na assistência a mulher durante o processo parturitivo, através da coleta de dados sociodemográficos; formação e atividade profissional; identificação das funções e atividade exercidas por eles e utilização do partograma. Como foi um instrumento adaptado para esse estudo, antes do início da coleta, foi aplicado um estudo piloto com três profissionais médicos no centro obstétrico do referido hospital e como não houve necessidade de alteração, os participantes foram incluídos na pesquisa. Para coleta dos prontuários das parturientes foi elaborado um roteiro estruturado de acordo com os itens que compõem o partograma de Friedman recomendado pela Organização Mundial de Saúde⁴.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: iniciou o partograma, inicia o partograma adequadamente, grafita adequadamente a linha de alerta, grafita adequadamente a linha de ação, grafita adequadamente a apresentação de acordo com o plano de Hodje ou De Lee, grafita adequadamente a dilatação, grafita adequadamente os batimentos cardíacos fetais, preencheu correto até a hora do parto, motivo por não preencher corretamente, via de saída do feto, afim de avaliar a utilização e preenchimento pelos profissionais. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador para evitar viés de informação.

Os dados foram processados no programa Microsoft Excel, através de digitação dupla e analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Foi empregada a estatística descritiva para as variáveis categóricas com a distribuição de frequência (relativa e absoluta) e para as variáveis numéricas foram calculados valores de média e desvio-padrão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/PE, de parecer nº 2.131.344. Todos os procedimentos dessa pesquisa foram pautados conforme a resolução n. 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

Resultados

Os médicos obstetras apresentaram média de idade de $48,25 \pm 1,46$ anos, com o mínimo de 27 e máximo de 63 anos, sendo a maioria do sexo masculino. Os dados referentes à caracterização das variáveis sociodemográficas e profissionais podem ser vistos na Tabela 1.

Quanto o uso e preenchimento do partograma informados pelos médicos obstetras verificou-se que 83,3% não apresentaram dificuldade no preenchimento do partograma. No entanto, ao serem indagados quanto ao momento de iniciar o partograma, verificou-se uma heterogeneidade de respostas com 49,8% mostrando conhecimento insuficiente para a abertura em momento oportuno como retratado na tabela 2.

No tocante aos dados referentes ao uso e preenchimento do partograma a partir dos prontuários podem ser vistos na Tabela 3. De acordo com os resultados, é importante verificar que as variáveis: início do partograma (85,9%), início do partograma de forma correta (60,4%) e o preenchimento correto do partograma até a hora do parto (8,2%), foram prevalências que apresentaram uma diminuição drástica à medida que se analisava o contexto do início até a hora do parto, o que mostra que os profissionais não estavam realizando as avaliações de forma apropriada até o desfecho do parto.

Discussões

A elevada carga de trabalho prejudica o desempenho da assistência e do atendimento, podendo levar a ocorrência de erros médicos e problemas de saúde. O resultado de uma revisão de literatura realizada no final da década de 90, já estudava a precarização das condições de trabalho médico¹¹ e pode-se perceber que os achados corroboram com o encontrado no estudo em questão, pois a sobrecarga de emprego é decorrente à insatisfação da remuneração, trazendo a necessidade de múltiplos empregos para garantir um padrão social

aceitável e essa carga horária excessiva pode levar ao adoecimento mental, levando ao uso abusivo de drogas e suicídio¹².

No tocante a realização de cursos de atualização, verificou-se que 58,3% não realizou cursos de aprimoramento na assistência ao parto. Achados na literatura evidenciam a importância do mesmo para a assistência e relata que os profissionais precisam ter cursos sobre o preenchimento correto do partograma. Um estudo transversal, exploratório, realizado com 403 prestadores de cuidados obstétricos em North Shoa Zone, na Etiópia, em 2013, mostrou que as variáveis: tipo qualificação, ano de experiência e treinamento interferiu significativamente no preenchimento do partograma, nos quais aqueles que possuíam essas características tinham 2 vezes mais conhecimento em relação a essa ferramenta¹³.

Esses dados são de grande relevância uma vez que a falta de atualização profissional na área obstétrica pode prejudicar a qualidade da assistência ao parto, sendo assim, necessário que os profissionais se qualifiquem e participem de capacitações e atualizações sobre o manejo do parto e suas particularidades, uma vez que é uma área que está em constantes atualizações¹⁴.

Os médicos ao serem indagados quanto ao uso e abertura do partograma foram encontrados que 58,1 % referiram heterogeneidade nas respostas para o início correto na fase ativa do trabalho de parto, entretanto ao observar o preenchimento do partograma pelos prontuários, identificou-se que 60,4% dos médicos iniciaram corretamente. Nesse sentido, deve-se ter muito cuidado com o início do partograma, pois caso ele seja utilizado por profissionais que não dominem seu uso e preenchimento, pode acarretar em desfechos não condizentes com a clínica da parturiente, como se verificou na revisão sistemática que incluiu seis estudos envolvendo 7706 mulheres e ao realizar o comparativo entre um partograma com fase latente e um sem, verificou-se que a taxa de cesariana foi menor no partograma sem fase latente⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil essa ferramenta deve ser iniciada a partir da fase ativa do trabalho de parto. Este período compreende uma parturiente com pelo menos 4cm de dilatação, 80% de apagamento, contrações de 3 em 3 minutos durando entre 30 a 60 segundos, formação das bolsas das águas, podendo apresentar perdas vaginais como o tampão mucoso e discreto sangramento e/ou líquido amniótico¹⁵.

Os médicos relataram utilizar a ferramenta como instrumento de avaliação para o trabalho de parto e que não possuíam dificuldade de preenchimento, entretanto, ao analisar os prontuários identificaram-se várias falhas no preenchimento. Tais resultados assemelham-se com um estudo descritivo, realizado na Etiópia em 2012, no qual, foram analisados 420 partogramas modificado da OMS nas instituições públicas de Addis Abeba e verificou-se que 60% dos profissionais prestadores de cuidados obstétricos preencheram incorretamente o partograma¹⁶. Esses dados podem refletir as dificuldades dos profissionais em grafar corretamente esse instrumento ou até mesmo utilizá-lo apenas por exigência do trabalho e da instituição, o que torna o uso inadequado, um risco para as parturientes.

No que concerne ao comparativo entre a inicialização do partograma e o preenchimento correto até a hora do parto, verificou-se que houve uma diminuição significativa, dados que corroboram com uma pesquisa de coorte prospectivo com 4612 mulheres em trabalho de parto para avaliar o uso do partograma em morte fetal intraparto realizada no Nepal, em 2013, no qual foram registrado a utilização do partograma para 95% das mulheres, porém o preenchimento apropriado ocorreu em menos da metade da amostra do estudo¹⁴. Apesar de ser um instrumento simples, rápido, que identifica distócias precocemente, verifica-se que não é amplamente utilizado como recomenda a OMS. Para o preenchimento desse gráfico se faz necessário conhecimento para preenchê-lo e interpretá-lo corretamente, para que não ocorra desfechos desfavoráveis^{17,13}.

No tocante aos erros quanto a grafia do partograma, identificou-se que grafar as linhas de alerta e ação, foram os erros mais prevalentes no estudo, estes achados são preocupantes, pois em um estudo realizado com 140 grávidas nos hospitais em Shahroud, no Iran, em 2011, que buscou avaliar o uso da linha de alerta e ação no reconhecimento da necessidade de ressuscitação neonatal, verificou-se que o uso dessa ferramenta no monitoramento do progresso do parto, impediu o trabalho de parto prolongado e causou o diagnóstico antecipado de sofrimento fetal¹⁸.

Um ensaio clínico realizado na África do Sul envolvendo 694 mulheres, comparou um partograma com uma única linha de ação de 2 horas com o partograma da OMS com linha de ação de 4 horas e os resultados mostraram que uma única linha de ação de 4 horas reduziu a taxa de cesárea e partos instrumentais¹⁹. Segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, recomenda-se o uso de partograma com linha de alerta e de ação de intervalo de 4 horas, conforme o modelo da OMS ou equivalente¹⁵.

Assim, a construção correta da linha de alerta e de ação é fundamental para que se evitem erros na interpretação do trabalho de parto. A medida que a dilatação cruza a linha de alerta, implica que ocorre a necessidade de uma melhor observação clínica, após atingir a linha de ação trata-se de um parto disfuncional, precisando de uma conduta médica, não precisamente, de uma intervenção cirúrgica⁴.

No monitoramento da vitalidade fetal, observou-se que em 24,3% dos partogramas não havia registro adequado quanto a frequência dos batimentos cardíofetais até o momento do parto. Esse resultado é comparável com o estudo descritivo, transversal, realizado nas instituições em Oromia, no sudeste da Etiópia, no qual foi avaliado o preenchimento de 508 partogramas e verificou-se que em 30,5% não registraram corretamente a frequência cardíaca fetal⁷.

No entanto, tais resultados contradizem o que recomenda a OMS sobre a utilização do partograma para o acompanhamento tanto do trabalho de parto, como as condições maternas e fetais⁴. Este achado é muito preocupante, uma vez que para detectar a possível frequência cardiofetal não tranquilizadora e/ou sofrimento fetal se faz necessário o monitoramento contínuo da frequência cardíaca do feto durante o processo parturitivo e qualquer negligência na avaliação pode trazer complicações fatais.

Foi verificado também que em 26,7% dos partogramas a avaliação das contrações uterinas não foi grafada corretamente durante todo o trabalho de parto. Este é um dado grave e que corrobora com o resultado de um estudo realizado na Addis Abeba, em Etiópia, no qual a contração uterina não foi registrada em 45% dos partogramas¹⁶. Já no estudo realizado em Oromia, no sudeste da Etiópia, apenas 23,8 % das anotações das contrações uterinas ficaram dentro do padrão⁷. Esses dados mostram como é falho a passagem dos dados das contrações uterinas nessa ferramenta de avaliação do parto e esse dado nos faz refletir, pois para diagnosticar o trabalho de parto ativo e a progressão do mesmo é necessário avaliar a quantidade e intensidade das contrações uterinas, a partir, da dinâmica uterina das parturientes.

Quanto a análise do prontuário referente ao preenchimento da ocitocina no partograma, observou-se que as prevalências foram semelhantes a um estudo de coorte realizado em 2013, no Hospital Trust, na Noruega com 747 gestantes de baixo risco, sobre o uso ocitocina e o desfecho da via de parto. Esse estudo verificou que o uso de ocitocina teve um risco aumentado para parto vaginal instrumental²⁰. Em contrapartida, em uma metanálise, realizada em 2013, observou-se que não houve diferenças estatísticas nas taxas de cesariana ou parto vaginal instrumental com o uso de ocitocina, o que mostrou foi uma associação na redução no tempo de trabalho de parto, aproximadamente duas horas²¹.

O uso e administração da ocitocina sintética precisa ser indicada de forma adequada e nunca de forma rotineira, pois caso seja administrada, a parturiente precisa ser monitorizada, haja vista que esse hormônio sintético pode se tornar muito perigoso. O risco dessa medicação é alto e por isso, foi incluída na lista de medicamentos de máximo alerta pelo Instituto de Práticas de Medicação Segura nos Estados Unidos^{22,17}.

Apesar da instituição utilizar o partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, ainda foi verificado que esse instrumento não foi iniciado em 14,1% dos prontuários analisados. Já em um estudo realizado no Rio Grande do Norte, qualitativo, exploratório com 15 participantes, no qual foi avaliada a qualidade da assistência oferecida à parturiente, mostrou que 100% dos profissionais não utilizaram o partograma, segundo as informações dos prontuários das puérperas²³.

No entanto, num estudo internacional mostrou que o uso e preenchimento do partograma pode minimizar riscos durante o atendimento às parturientes, como pode ser visto no estudo clínico randomizado realizado no Sudeste Asiático em 8 hospitais, com um total de 35.484 mulheres que comparou o uso do partograma da OMS com nenhum uso de partograma, o qual demonstrou que para as nulíparas, o uso do partograma reduziu os partos prolongados (> 18 horas, uso de ocitocina para estimulação do trabalho de parto, sepse puerperal, cesariana e aumento na taxa de partos cefálicos espontâneos). Para as múltiparas os achados foram similares²⁴.

Em contrapartida em uma revisão sistemática mais recente que incluiu seis estudos internacionais envolvendo 7706 mulheres, fez a comparação em usar e não utilizar o partograma e também entre diferentes tipos de partograma. Concluiu-se que não se identificou diferença entre o partograma e nenhum partograma na variável cesariana, parto instrumental ou Apgar inferior a sete em cinco minutos entre os grupos. No entanto, ao comparar a uma linha de ação de 2 horas a de 4 horas, mostrou indício de aumento de ocitocina⁵.

Conclusões

O partograma apesar de ser um método simples para acompanhamento da progressão do trabalho de parto, ainda há desafios quanto seu uso e preenchimento correto para avaliação do trabalho parturitivo. Neste estudo é verificada falha dos profissionais quanto a grafia dessa ferramenta na maioria dos especialistas.

Nesse sentido, é importante que as maternidades tenham indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência e que, especificamente, verifique a utilização e o preenchimento correto dos partogramas, com a finalidade de estimular a mudança de atitude dos profissionais, quanto a grafia e não apenas por exigência institucional, mas para melhoria da qualidade da assistência prestada. Entretanto para isso é necessário implementar a educação permanente para capacitar os profissionais quanto o uso e preenchimento do partograma.

É válido relatar que apesar de existir novas pesquisas em relação aos métodos de acompanhamento da evolução do parto, como as curvas de orientação de Zhang. O partograma é a ferramenta recomendada pela OMS, até que novos estudos com fortes evidências científicas sejam realizados para comprovar a efetividade e eficiência das curvas.

Algumas limitações foram encontradas para a realização do trabalho, principalmente com os profissionais obstetras, devido algumas restrições imposta pela instituição acarretando em perda da amostra, conforme se encontra na figura 1. Quanto aos enfermeiros obstetras identificou-se que apesar de serem especialistas e possuírem respaldo para o preenchimento do partograma, na instituição existe um protocolo, que direciona a abertura e preenchimento como restrito ao médico, contradizendo as normativas do Ministério da Saúde. Tal atitude precisa ser repensada, pois o enfermeiro possui conhecimento e legislação para o uso, preenchimento e diagnóstico da distócia pelo partograma até a chegada do médico obstetra.

Outra limitação do estudo está relacionada a grafia da ocitocina, pois na instituição possui dois modelos de partograma um possui o local para inserir os dados da ocitocina e o outro não possui esse espaço. Essa característica levou a uma subnotificação da prevalência de ocitocina sintética no período estudado.

Esse estudo contribuiu para a prática clínica, na medida que os dados regionais são comparados com pesquisas de todo mundo e traz resultados importantes quanto ao uso e preenchimento do partograma e dificuldades profissionais na atuação ao parto. Além disso, mostra a realidade dessa tecnologia na prática médica, a qual que se encontra pouco utilizada no serviço estudado, apesar de haver políticas públicas que incentivem a sua utilização. Com isso, é sugerido a realização de novas pesquisas que mostrem a atuação da enfermagem quanto ao uso e preenchimento do partograma.

Pensar em melhorar a qualidade de assistência ao parto nas maternidades se faz necessário, uma vez que o partear precisa ser realizado com segurança para não haver complicações e caso ocorra, que seja identificado precocemente pelo partograma.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse pelos autores.

Referências

1. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, et al. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23 (3): 520-6.
2. Cesar J A, Sauer J P, Carlotto K et al. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2017; 17 (1): 107-113.
3. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Científica de Enfermagem*. 2014; 4 (11): 23-27.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

5. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 10 (7).
6. Konlan KD, Kombat JM, Wuffele MG et al. Knowledge and attitudes of midwives on the use of the partogram: a study among midwives in the Tamale Metropolis. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*. 2016;2:2.
7. Markos D, Bogale D. Documentation status of the modified World Health Organization partograph in public health institutions of Bale zone, Ethiopia. *Reprod Health*. 2015; 3 (12).
8. Kushwah B, Singh AP, Sinhg . The Partograph: an Essential Yet underutilized Tool. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2013; 2 (24): 4373-4379.
9. Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV et al. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. *Revista de enfermagem UFPE online*. 2013; 7 (2): 619-24.
10. Dotto LMG. Atenção Qualificada ao Parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco – AC. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
11. Machados, MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [periódico online]. 1997 [acesso em 16 out 2017] 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>.
12. Chiavegato Filho LG. A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. *Estudos de psicologia*. 2017; 34 (1): 63-73.
13. Wakgari N, Amano A, Berta M, Tessema GA. Partograph utilization and associated factors among obstetric care providers in North Shoa Zone, Central Ethiopia: a cross sectional study. *African Health Sciences*. 2015;15 (2): 552-559.
14. KC A, Wrammert J, Clark RB, Ewald U, Målqvist M. Inadequate fetal heart rate monitoring and poor use of partogram associated with intrapartum stillbirth: a case-referent study in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16 (233).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
16. Yisma, E, Dessalegn B, Astatkie A. et al. Conclusion of the modified partograph World Health Organization (WHO) at work in the public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health, Ethiopia*. 2013; 10 (23).
17. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Ana Nery*. 2016; 20 (2): 324-331.
18. Bolbol-Haghighi N, Keshavarz M, Delvarianzadeh M, Molzami S. Evaluation of the alert line of partogram in recognizing the need for neonatal resuscitation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20 (5): 560-564.
19. Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, et al. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*. 2003;110 (5):457-61
20. Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort fo low-risck nulliparous women. *Midwifery*. 2014; 30 (3): 364-70.
21. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [periodico online]. 2013 [acessoem 12 out 2017]. Disponível:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/epdf>.

22. Institute For Safe Medication Practices (ISMP). List of high alert medications in acute care settings [site internet] 2014 [Acesso em 20 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>.
23. Silva FFA, Silva RAR, Santos FAPS, et al. Service rendered to parturient at a university hospital. Journal of Research Fundamental Care Online. 2014; 6 (1): 282-292.
24. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994;343(8910):1399-404.

APÊNDICES

Figura 1 – Fluxograma de elegibilidade dos médicos obstetras

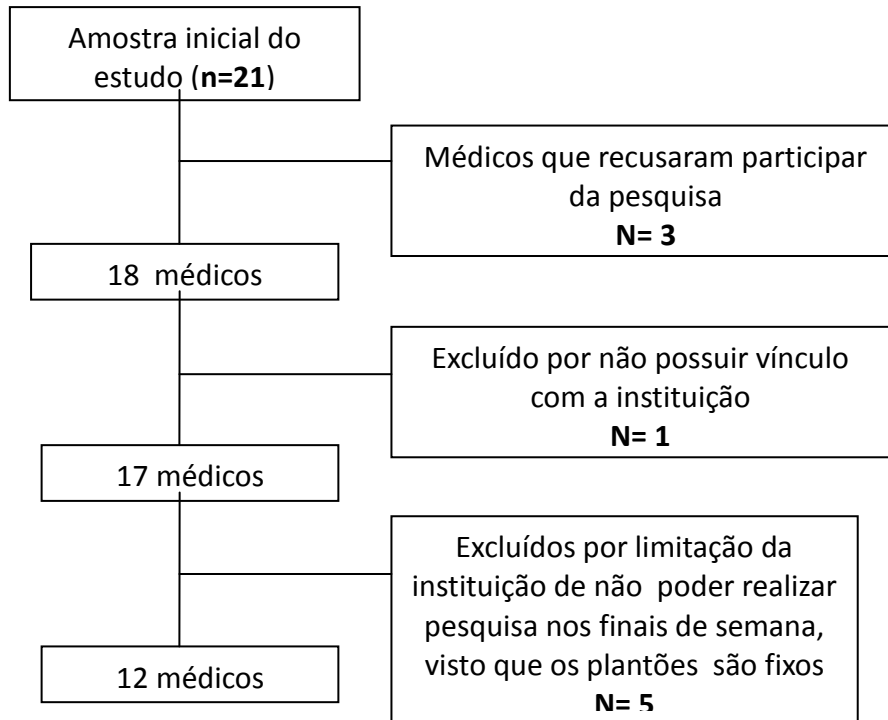


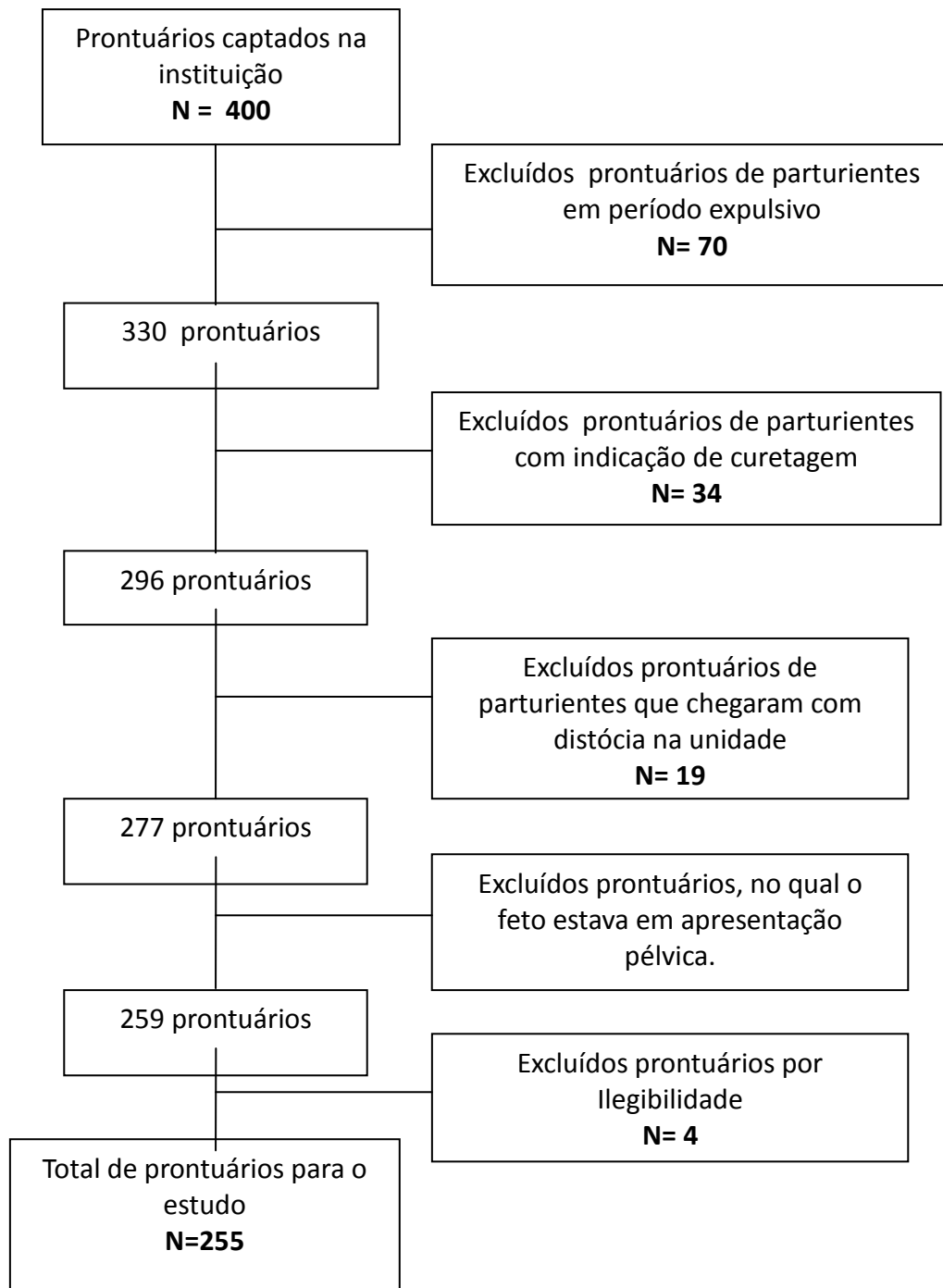
Figura 2 – Fluxograma de elegibilidade dos prontuários

TABELA 1. Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos médicos obstetras que usam e preenchem o partograma. Vitória de Santo Antão-PE, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	7	58,3
Feminino	5	41,7
Total	12	100,0
Estado civil		
Solteiro(a)	3	25
Casado(a)	6	50
Divorciado(a)	2	16,7
União Consensual	1	8,3
Total	12	100,0
Remuneração		
1 a 4 SM	3	25
5 a 8 SM	6	50
9 a 12 SM	2	16,7
Não informado	1	8,3
Total	12	100,0
Possui mais de um emprego		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
Total	12	100,0
Número de empregos		
2	1	8,3
3	5	41,7
4	4	33,4
5	1	8,3
Não possui outro emprego	1	8,3
Total	204	100,0
Jornada Semanal de trabalho		
24h semanais	1	8,3
40h semanais	1	8,3
50h semanais	1	8,3
72h semanais	3	25,0
80h semanais	1	8,3
84h semanais	3	25,0
96h semanais	2	16,8
Total	12	100,0
Especialização ou Residência em Ginecologia e Obstetrícia		
Sim	11	91,7
Em andamento	1	8,3
Total	12	100,0

Ano do término da especialização

1979 a 1984	3	25,0
1992 a 1997	1	8,3
1998 a 2003	3	25,0
2004 a 2009	3	25,0
2010 a 2015	1	8,3
Em andamento	1	8,3
Total	12	100,0

Nome e ano de curso de atualização na área de assistência ao parto

Ressuscitação cardiopulmonar/2011	1	8,3
Assistência ao parto/2015	1	8,3
Assistência e suporte de vida em obstetrícia/2016	1	8,3
Fórceps/2016	1	8,3
Emergências obstétricas/2017	1	8,3
Vários cursos em obstetrícia	1	8,3
Não lembra	2	16,7
Não informou	1	8,3
Não realizou	3	25,0
Total	12	100,0

Participação em curso de atualização em Obstetrícia na instituição

Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Motivo pela falta de participação em curso de atualização

Instituição não oferece	3	42,86
Não tinha interesse	2	28,57
Falta de tempo	2	28,57
Total	7	100,0

Tempo de trabalho na Obstetrícia

01 a 06 anos	3	25,0
07 a 13 anos	2	16,7
14 a 19 anos	2	16,7
20 a 26 anos	1	8,3
27 a 32 anos	1	8,3
33 a 38 anos	2	16,7
39 ou mais anos	1	8,3
Total	12	100,0

TABELA 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao uso e preenchimento do partograma pelos médicos obstetras. Vitória de Santo Antão – PE, 2017

Variáveis	N	%
Utiliza o partograma para tomada de decisão clínica		
Sim	12	100,0
Não	0	0,0
Total	12	100,0
Momento do início do partograma		
Fase ativa do parto	5	41,9
Dinâmica uterina efetiva e 6 centímetros (cm) de dilatação	1	8,3
Ao iniciar o trabalho de parto com 3 contrações em 10 minutos	1	8,3
Contrações rítmicas e dilatação de 4 cm	1	8,3
Fase ativa do parto e de 4 a 5 cm de dilatação	1	8,3
Fase ativa do parto e de 6 a 7 cm de dilatação	1	8,3
4 cm de dilatação	1	8,3
6 a 7 cm de dilatação	1	8,3
Total	12	100,0
Preenche todos os itens do partograma		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
Total	12	100,0
Itens do partograma não preenchido		
Descida da apresentação e posicionamento	1	8,3
Não afere a pressão arterial	1	8,3
Total	2	16,6
Dificuldade para preencher o partograma		
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0
Motivo da dificuldade no preenchimento do partograma		
Tem problema com quem não quer preencher	1	8,3
Dificuldade técnica e falta de continuidade	1	8,3
Total	2	16,6

TABELA 3. Distribuição das variáveis relacionadas ao preenchimento do partograma encontrados nos prontuários. Vitória de Santo Antão – PE, 2017

Variáveis	N	%
Iniciou o partograma		
Sim	219	85,9
Não	36	14,1
Total	255	100,0
Identificação da parturiente		
Sim	89	34,9
Não	92	36,1
Incompleto	38	14,9
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Iniciou o partograma corretamente		
Sim	154	60,4
Não	65	25,5
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente a linha de alerta		
Sim	68	26,7
Não	151	59,2
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente a linha de ação		
Sim	51	20,0
Não	168	65,9
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente o plano de De Lee ou de Hodge		
Sim	117	45,9
Não	102	40,0
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente a dilatação		
Sim	117	45,9
Não	102	40,0
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente os batimentos cardíofetais		
Sim	157	61,6
Não	62	24,3
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita adequadamente as contrações uterinas		
Sim	151	59,2
Não	68	26,7

Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita a ruptura das membranas		
Sim	214	83,9
Não	5	2
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita a aparência do líquido amniótico		
Sim	159	62,4
Não	15	5,9
Não se aplica	45	17,6
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Grafita o uso de ocitocina*		
Sim	46	18,0
Não	49	19,2
Não contém o item no partograma da instituição	124	48,6
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Escreveu informações adicionais no partograma		
Sim	100	39,2
Não	109	46,7
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Preencheu corretamente o partograma até a hora do parto		
Sim	21	8,2
Não	198	77,6
Não iniciou o partograma	36	14,1
Total	255	100,0
Motivos do preenchimento incorreto do partograma		
Não traçou a linha de alerta, nem de ação	63	34,0
Não traçou a linha de ação	10	3,9
Iniciou na fase latente e não traçou a linha de alerta e de ação	04	1,6
Não traçou o plano de descida	04	1,6
Iniciou tardiamente apesar da admissão na fase ativa do trabalho de parto	27	14,6
Não traçou a linha de alerta e ação e nem grafitou o plano de descida	12	4,7
Não traçou a linha de alerta, de ação, o plano de descida e não fez as avaliações recomendadas pela OMS	07	2,7
Só grafitou a avaliação da admissão e não traçou a linha de alerta e ação	11	4,3
Não fez todas avaliações de horário como recomendado pela OMS	07	2,7
Só grafitou a avaliação da admissão incorreta e não traçou a linha de alerta e ação	04	1,6
Não iniciou partograma	36	14,1
Total	185	100,0
Via de nascimento		
Cesárea	45	17,6
Vaginal	209	82,0
Não identificado	01	0,4
Total	255	100,0

* Na instituição, existem dois modelos de partograma um que possui o local para grafar a ocitocina prescrita e o outro que não possui

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseiam-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito

será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. **Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando

aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, com até 10 referências. **Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa de suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências. **Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras). **Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio

econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista
Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. J Phys Act Health. 2014; 11 (2): 375-83.

Livro Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico – Artigo de revista Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO E PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA COMO UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Pesquisador: JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68083417.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.344

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de trabalho de conclusão de curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, da estudante Dayane Gomes de Oliveira sob orientação do Professor Mestre José Flávio de Lima Castro. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa a ser realizado no Centro Obstétrico do Hospital João Murilo de Oliveira, durante o período de junho a agosto de 2017. A pesquisa ocorrerá em duas etapas: Na primeira será realizada uma entrevista com formulário estruturado adaptado do estudo de Dotto (2006) sobre o perfil dos profissionais que atuam na assistência à mulher durante o processo parturitivo. Na segunda etapa será analisado os prontuários das parturientes seguindo um roteiro estruturado produzido de acordo os itens que compõem o partograma da OMS, a fim de avaliar o uso e preenchimento pelos profissionais. Serão incluídos todos os profissionais médicos e enfermeiros obstetras que trabalham no centro obstétrico, e os prontuários de parturientes admitidas no centro obstétrico e que tiveram gestação única, tópica, termo e de risco habitual. Como critérios de exclusão estarão os prontuários de parturientes que o feto estava em apresentação pélvica, ou foram admitidas durante o período expulsivo ou as que

já apresentavam alguma distócia na admissão. Será utilizada a estatística descritiva para as variáveis categóricas e para as variáveis numéricas serão calculados valores de média e desvio-padrão. Na análise inferencial, serão utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney. Adotar-se-a, em todos os testes aplicados, significância estatística como valor de $p \leq 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores descrevem como objetivo primário:

Avaliar o uso e o preenchimento do partograma pelos profissionais do centro obstétrico de um hospital de referência de Vitória de Santo Antão - PE.

E como objetivos secundários:

Caracterizar os dados sociodemográficos dos profissionais que preenchem o partograma; Verificar a prevalência do uso correto do partograma;

Verificar a aplicabilidade e preenchimento do partograma;

Verificar a relação existente entre o partograma e a indicação real da via de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores elencam como benefícios do estudo o melhor conhecimento a respeito do uso e preenchimento do partograma, bem como a definição do perfil assistencial dos profissionais da instituição, além de contribuir para o avanço de novas pesquisas na área.

Como riscos, os autores associam o constrangimento relacionado às respostas dos questionamentos do instrumento de coleta de dados. Para minimizar este riscos, a entrevista será realizada em um ambiente privativo que garanta a privacidade dos profissionais e, se necessário, será marcada outra data para entrevista caso o participante não tenha disponibilidade no momento. Utilizarão uma linguagem acessível e preservarão o anonimato dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo revela-se importante em virtude do aporte que a utilização do partograma pode influenciar na identificação de fatores específicos da evolução do parto, e os tipos de anormalidades que podem aparecer. O partograma avalia a evolução do parto holisticamente, e isto permite conhecer os fatores etiológicos responsáveis pela evolução normal ou anormal do mesmo, interferindo, assim, na escolha do tipo de parto, na humanização da assistência e, conseqüente, na diminuição das complicações durante o trabalho de parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto - Adequada.
2. Carta de Anuência - Adequada.
3. TCLE - Adequado.
4. Currículos dos pesquisadores - Adequados.
5. Projeto Detalhado - Adequado.
6. O termo de Confidencialidade - Adequado.
7. Cronograma e Orçamento - adequados.
8. Declaração de Autorização de Uso de Dados - Adequada.

Recomendações:

1. Rever ortografia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo foi avaliado como APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução

CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_891416.pdf	09/05/2017 11:13:13		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	08/05/2017 10:45:11	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Outros	CurriculosLattesJoseFlavioCastro.pdf	08/05/2017 10:44:39	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/05/2017 17:10:49	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Outros	CurriculosLattesDayaneOliveira.pdf	05/05/2017 17:07:09	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE.pdf	05/05/2017 16:48:02	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Outros	AUTORIZACAODOSDADOSPESQUISA.pdf	05/05/2017 16:47:29	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	05/05/2017 16:46:11	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETCCPRONTODayaneGomes27042017.docx	05/05/2017 16:35:10	JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Junho de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES
MONTENEGRO
(Coordenador)