

## **O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo**

*Bianca Serena de Moraes  
Cecília Luíza Vanceta  
Daniela Hokari de Castro  
Denise Lemes Alves  
Eduarda Nardino Biolchi  
Rebeca Guimarães Leite Plentz  
Letícia Zanotelli Fernandes  
Daniela Vanessa Vettori*

O partograma consiste na representação gráfica do trabalho de parto (TP), sendo utilizado para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo. Essa ferramenta de registro surgiu com Emanuel Friedman, em 1954 (1), ao analisar a evolução do TP em primíparas, quando observou uma relação entre o tempo de TP e dilatação cervical (2). É considerado uma ferramenta na assistência clínica ao parto, permitindo acompanhar, registrar e diagnosticar desvios da normalidade. Além disso, pode auxiliar na tomada de decisão em relação a condutas para a correção desses desvios e evitar intervenções desnecessárias.

Partindo desse princípio, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1994 (3), recomendou o uso do partograma em TP ativo, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e fetal. Desde então, foram emitidas novas diretrizes e recomendações (4, 5, 6, 7, 8, 9) acerca dos nascimentos e partos. Sob o mesmo ponto de vista, o Ministério da Saúde (7) recomenda a adoção dos indicadores de qualidade no período gravídico-puerperal, em que se utiliza o partograma como uma maneira de acompanhar e analisar o processo de parturição.

Em contrapartida, estudos contemporâneos entram em oposição ao partograma clássico e, apesar de seu uso por mais de 40 anos, atualmente existe a preocupação de que o partograma não esteja atingindo seu potencial para permitir a detecção de desvio da norma e intervenção oportuna. O trabalho proposto por Zhang (8), por exemplo, constata que uma grande parcela das parturientes pode progredir mais lentamente, não acompanhando um padrão consistente na fase ativa do parto, sendo, portanto, necessário ajustar a abordagem utilizada. Além disso, algumas revisões sugerem que o uso geral do partograma não teve impacto significativo em uma série de resultados específicos (10).

Diante desse contexto em que a evidência da eficácia do partograma é inconclusiva, este estudo tem como objetivo, por intermédio da busca na literatura médica atual, recapitular a história do partograma, e evidenciar as principais críticas ao seu uso clínico como instrumento de avaliação na assistência ao parto e na comunicação da equipe de saúde. Dessa forma, buscamos incitar os leitores à reflexão sobre a sua utilidade e sua aplicação na prática obstétrica contemporânea.

## Revisão de literatura

### *Dilatação cervical segundo Friedman*

Em 1954, Friedman publicou o “The graphic analysis of labor”, um estudo marcante sobre uma análise gráfica do parto de mulheres primigestas, com base na observação de parturientes a termo. Esse artigo (1), serviu como base para a criação do partograma moderno. Nele, o autor descreveu a relação entre a duração do TP e a dilatação cervical como uma curva sigmoide dividida nas fases latente e ativa. A fase latente foi estabelecida como o período em que se iniciaria com as dores do TP até 3 cm de dilatação do colo do útero. Já a fase ativa, com duração de 4 a 6 horas, era caracterizada por uma dilatação cervical de 3 a 10 cm, com velocidades de dilatação de 1,3 cm/h para primigestas e de 1,5 cm/h nas múltiparas e dividida em três etapas: fase de aceleração, fase de inclinação máxima e fase de desaceleração.

## ***Partograma de Philpott***

O partograma foi desenhado por Philpott e Castle (11, 12), em 1972 no Zimbábue, estabelecendo o sistema de duas linhas, denominadas linha de alerta e linha de ação: “traçado da linha de alerta foi padronizado para ser estabelecido no início da fase ativa. Após um período de 4 horas, é traçada a linha de ação paralelamente à primeira linha” (11). Essas linhas permitem identificar a evolução do TP e distinguir o parto eutócico do distócico. Seu uso foi introduzido pelos autores para orientar as parteiras no atendimento dos partos domiciliares, no sentido de que reconhecessem possíveis complicações em tempo hábil para o encaminhamento da parturiente ao hospital, que corresponde às 4 horas de intervalo entre a linha de alerta e a de ação. Em seus estudos, eles observaram que as mulheres que se mantinham à esquerda da linha de alerta não apresentavam desproporção céfalo-pélvica (DCP), e as que cruzavam essa linha apresentavam atividade uterina ineficiente (primária ou por DCP). O padrão de progresso do TP descrito por Friedman não foi observado no trabalho de Philpott, pela dificuldade de definir o início do TP (o traçado do partograma começa na fase ativa do TP, pois Philpott baseou seus estudos em mulheres africanas que foram admitidas em fase ativa, dificultando assim a delimitação do início do TP em sua fase latente) e porque o progresso durante a fase de inclinação máxima das africanas foi metade da taxa das americanas, presume-se que devido à maior prevalência de desproporção céfalo-pélvica leve entre as africanas (11).

## ***Modificações do partograma por Zhang***

Em 2002, Zhang e cols. (8) demonstraram que, além de a transição da fase latente para a fase ativa ser mais gradual (curva média do TP tende a ser mais plana, diferindo da curva sigmoide com subida acentuada entre 4-5 cm e desaceleração final) que a observada na curva de Friedman, as mulheres podem entrar na fase ativa em diferentes estágios, (principalmente entre 3 e 5 cm de dilatação) sendo que a velocidade da progressão varia de pessoa para pessoa. Além disso, dos 4 aos 6 cm, a velocidade da dilatação cervical é mais lenta que a historicamente descrita, podendo durar até 10 horas. Ademais, somente após os 6 cm a dilatação cervical ocorre na velocidade relatada por Friedman. Por isso, as distocias

só poderiam ser diagnosticadas a partir dos 6 cm, quando então se iniciaria a fase ativa do TP.

Em 2010, Zhang e cols. (19) apresentaram um estudo retrospectivo multicêntrico, no qual sugeriram não só novos conceitos para progressão “normal” do TP e correção de distocias, mas também confirmaram, independente da paridade, uma evolução mais lenta da dilatação cervical dos 4 aos 6 cm, sendo que, após os 6 cm, a velocidade de dilatação cervical em múltiparas seria maior (1,5 cm/h) que em primigestas (1,3 cm/h). Além disso, estabeleceu novos limites (superiores aos de Friedman em 1 hora) de 3,6 e 2,8 horas, havendo ou não analgesia de parto, respectivamente, independentemente de qualquer progressão da descida fetal.

### ***Modificações do partograma pela OMS***

Como parte da “Safe Motherhood Initiative”, lançada em 1987 (13), a OMS, em 1994, produziu e promoveu um partograma com vista a melhorar o manejo do TP e reduzir a morbimortalidade materna e fetal (3). Desde então, a OMS adotou partogramas diferentes, entre eles: fase latente e início da fase ativa aos 3 cm de dilatação (1994) (3) e exclusão da fase latente e início da ativa aos 4 cm de dilatação (2000) (4). Ademais, em 2018, a OMS emitiu novas diretrizes como recomendação para os cuidados durante o TP, denominada “Intrapartum care for a positive childbirth experience” (5). Foi estabelecido que o partograma deve considerar a fase ativa do TP, que consiste em contrações uterinas regulares que causam esvaecimento e dilatação cervical maior que 5 cm; sendo assim, um colo com até 5 cm de dilatação é considerado como fase latente, o que difere do partograma clássico, que considera o início da fase ativa após 3 cm de dilatação. O documento reconhece que cada TP e nascimento são únicos e que as durações tanto do primeiro período (dilatação), quanto do segundo período (expulsão), variam de uma mulher para outra.

Desse modo, o índice de referência anterior para o ritmo de dilatação cervical de 1 cm/h durante a fase ativa do TP (conforme a linha de alerta do partograma) pode não ser realista para algumas mulheres e é impreciso na identificação de risco de resultados adversos de parto. Em outras palavras, um ritmo de dilatação cervical

mais lento, por si só, não deve ser uma indicação rotineira para uma intervenção com o objetivo de acelerar o parto ou o nascimento.

O uso rotineiro do partograma, desse modo, permanece amplamente promovido pela OMS, tendo em vista que, além de simples utilização, quando usado corretamente, facilita o registro (especialmente em equipes multiprofissionais e em turnos com trocas de plantão), diminui intervenções desnecessárias, reduz taxa de cesariana e fornece proteção legal ao profissional.

Em suma, a OMS estabelece que ferramentas padronizadas de monitoramento do TP, incluindo um partograma revisado, precisarão ser desenvolvidas para garantir que todos os profissionais de saúde (1) entendam os conceitos-chave em torno do que constitui progresso normal e anormal do TP e do parto; e (2) apliquem as ferramentas padronizadas.

## Críticas ao uso clínico do partograma

### *Críticas por Zhang*

Além de ter feito modificações, Zhang, em 20028, sugeriu que, desde o estudo de Friedman, ocorreram mudanças não só na conduta, desde a admissão da parturiente, como também no aumento ponderal da primigesta contemporânea. Em relação à conduta, por exemplo, o uso de ocitocina para indução e correção de TP nas análises de Friedman era de aproximadamente 9%, enquanto que nas análises de Zhang, de 50%. Analisando a analgesia de parto, tem-se a sedação epidural em aproximadamente 8% das parturientes em 1950, versus 50% delas entre 1992-1996. Quando se observa o uso de fórceps e episiotomia há mais de 50% em Friedman versus 13% em Zhang. Além do mais, Zhang observou que não somente a massa corporal e a idade média materna aumentaram nos últimos 50 anos, como também houve uma redução do tabagismo durante a gravidez (favorecendo aumento do tamanho médio fetal) o que contribuiu para maior tempo de TP (quanto maior o tamanho fetal, maior a fase ativa do TP). Isso também pode explicar, em parte, por que a posição da cabeça do feto parece mais alta na primeira etapa do TP nos dados de Zhang do que na série de Friedman.

## ***Críticas gerais***

Existem diversas opiniões a respeito da utilidade do partograma na obstetrícia moderna. As evidências apontam para subutilização do instrumento em países em desenvolvimento, a despeito do conhecimento relatado por profissionais sobre esta ferramenta. No entanto, muitos profissionais defendem que as limitações no uso do partograma existem em função das mudanças no instrumento e das alterações nas definições do TP, levando ao descrédito da ferramenta em questão como padrão (15). Muitos profissionais acreditam na necessidade de uma revisão do partograma e o consideram uma “medicalização” de um processo natural, defendendo o fato de que o TP não é um processo matematicamente calculável e possui variações individuais de normalidade (15).

Em suma, as principais críticas e opiniões conflitantes sobre a utilidade na obstetrícia moderna são que: (a) O partograma de Philpott começa na fase ativa do TP, portanto anormalidades na fase latente não são detectadas (15); (b) não há evidências suficientes para apoiar o uso da linha de alerta do partograma como classificador para detectar mulheres com risco de resultados adversos ao nascimento (5); (c) o partograma se torna irrelevante em meio a tantas variações de TP normal, podendo detectar anormalidades com muito mais frequência do que o real (15); (d) pode haver um progresso individual ainda normal do TP em cada mulher, o que é ignorado em um método que coloca todas as mulheres em um determinado conjunto de taxas de progressão do TP (15).

## ***Críticas por revisões***

Uma revisão da Cochrane (18) sugeriu que o uso geral do partograma não impactou significativamente em uma série de resultados especificados. No entanto, os ensaios incluídos foram metodologicamente limitados; conduzidos principalmente em ambientes de alta renda; e podem não ter incluído todos os resultados relevantes (10). Embora o próprio partograma possa ser visto como uma ferramenta simples, muitas vezes ele não é usado como pretendido ou mesmo concluído, o que pode sugerir que

há problemas com a própria ferramenta. A literatura sugere que existe um amplo apoio para o partograma, uma crença de que funciona e uma vontade profissional para que tenha sucesso. Essa contradição levou uma revisão sistemática (10) a tentar responder estas perguntas: (a) o que tem o partograma que funciona (ou não funciona); para quem funciona (por exemplo, parteiras, obstetras, mulheres); e em que circunstâncias (por exemplo, ambiente urbano/rural, país)? (b) Quais são os insumos essenciais necessários para o partograma funcionar?

Cinco teorias relacionadas foram, então, identificadas, consistindo em: aceitabilidade do trabalhador de saúde, suporte do sistema de saúde, sistemas de referência eficazes, recursos humanos e competência do provedor de saúde. As seguintes conclusões foram estabelecidas: o partograma modificado é preferível ao composto (com a fase latente e a fase ativa) em termos de “facilidade de uso”; o partograma e o equipamento necessário para completá-lo precisam estar disponíveis; o partograma deve ser o principal registro do parto, reduzindo a duplicação desnecessária de documentação; deve haver uma política/orientação clara disponível em nível de instalação para referência dos profissionais de saúde; supervisão eficaz por profissionais de saúde/gerentes com treinamento e experiência clínica no uso do partograma é necessária para manter o sucesso da implementação; treinamento regular e atualização devem ser fornecidos para todos os profissionais de saúde que usam o partograma, usando técnicas comprovadas de treinamento eficazes, por exemplo, aplicação multidisciplinar na prática clínica; o treinamento deve incluir compreensão de quando começar o partograma, com base na tomada de decisão nas descobertas e na compreensão do papel; monitoramento e auditoria do partograma na prática, incluindo conclusão, tomada de decisão e encaminhamento de resultados, são recomendados (10).

Outra revisão de estudos qualitativos que explorou as visões e experiências dos profissionais da saúde em relação ao cuidado intraparto, achados da subanálise de atitudes das equipes desses profissionais em relação ao uso do partograma evidenciam pobre disponibilidade de equipamentos, níveis de equipe inadequados, falta de políticas claras para o seu uso, conhecimento limitado e

treinamento inadequado (portanto falta de confiança para usar a ferramenta) como potenciais barreiras para o uso do partograma, particularmente em cenários com poucos recursos. Ainda, afirmam que pressões de carga de trabalho com frequência levavam à conclusão retrospectiva e/ou registros inconsistentes, especialmente quando as pacientes já chegavam em TP avançado. Em algumas instâncias, os profissionais se sentiam compelidos a completar o partograma por medo de reprimenda. Enfim, profissionais da saúde em geral concordam que o partograma é útil para monitorar a progressão do TP (especialmente como indicador de referência), mas aceitação de benefício não necessariamente se traduz em uso prático (20).

## Conclusão

Por sua natureza, o partograma é uma intervenção complexa, que conta com uma série de fatores para o seu uso eficaz, incluindo a interação entre relações causais, comportamentos e resultados. Nesse contexto, pode-se inferir, após a leitura dos estudos mencionados anteriormente, que o desfecho, ou seja, o parto vaginal, é mais importante que o tempo total de TP em primigesta, pois se sabe que o risco para gestações subseqüentes aumenta quando há incisão uterina prévia. Devemos, pois, evitar a cesariana em uma nulípara (sem risco de intercorrência) que está evoluindo, mesmo que lentamente, para parto vaginal, cujo feto tem apresentação cefálica e BCFs normais.

Além do padrão de progressão do TP diferir da curva de Friedman na obstetrícia contemporânea, os critérios diagnósticos para distúrbios de prolongamento e parada podem estar sendo muito rigorosos em mulheres nulíparas, já que, assim como condutas admissionais, massa corporal e idade materna são diferentes das observadas há cinquenta anos. O tempo de TP também não é um processo matematicamente calculável e possui variações individuais de normalidade, não devendo ser visto apenas sob a ótica matemática.

Sendo assim, entende-se que, no contexto em que foi primeiramente aplicada, era de fato indicado seguir rigorosamente a cervicografia (menor tempo para um TP). Estes critérios, no



entanto, muitas vezes não se justificam atualmente, principalmente nos contextos em que dispomos de hospitais de alta complexidade (em que o intervalo de 4h de deslocamento não seria o mesmo necessário da aplicação inicial). Além disso, possuímos mais recursos para acompanhar tanto os BCFs, quanto a evolução e riscos da gestante, os quais são uma boa referência para decidir por uma intervenção, ou não.

Barreiras e facilitadores para o uso de partogramas foram considerados, fornecendo alguns insights sobre os problemas, que podem impactar a eficácia do partograma. No entanto, enquanto isso aumenta a compreensão dos problemas enfrentados pelo partograma, não explica adequadamente o que é necessário para que a ferramenta seja clinicamente eficaz. É necessário maior profundidade de compreensão do contexto e do mecanismo de uso do partograma para determinar se pode e como pode atingir seu potencial.

## Referências

1. Friedman E. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954.
2. Vasconcelos, K.L. Partograma: aplicação de instrumento no processo parturitivo. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ UFG. 2009.
3. World Health Organisation. World health organisation partograph in management of labour. World health organisation maternal health and safe motherhood programme. Lancet. 1994.
4. World Health Organisatio. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO. 2000.
5. World Health Organisatio. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
6. ACOG/SMFM, Aaeron B, Cahill, A. Obstetric Care Consensus. Safe prevention of the primary cesarean delivery. 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF, mar 2016.
8. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002.

9. Bryant Allison. Committee Opinion Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas. 2017.
10. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring?. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017.
11. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labor in primigavidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972.
12. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labor inprimigavidae. II. The action line and treatment abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972.
13. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet* 1987.
14. Rocha, Ivanilde Marques da Silva *et al*. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. 2009.
15. Choudhary A, Tanwar M. Partogram and its relevance in modern obstetrics. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2019.
16. Martins-Costa, Sérgio H *et al*. Rotinas em Obstetrícia. 7a Ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB.
17. Leal, Maria do Carmo *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.
18. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013.
19. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkaman R, Haberman S, Gregory KD *et al*. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes for the Consortium on Safe Labor. *Obstet Gynecol*. 2010.
20. Downe S, Finlayson K, Thomson G, Hall-Moran V, Feeley C, Oladapo OT. WHO recommendations for interventions during labour and birth: qualitative evidence synthesis of the views and experiences of service users and providers. 2018 (unpublished).