

Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto

Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor

Análisis del llenado del partograma como buena práctica obstétrica en la monitorización del trabajo de parto

Tâmara Silva de Lucena;¹ Amuzza Aylla Pereira dos Santos;² Ramon José Leal de Morais³

Como citar este artigo:

LucenaTS, SantosAAP, MoraisRJL. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):222-227. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>

RESUMO

Objetivo: Analisar o preenchimento do partograma realizado por profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto em um hospital escola referência maternoinfantil do Vale do São Francisco. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo documental, retrospectivo e transversal de abordagem quantitativa realizado por meio da análise de 191 prontuários de parturientes assistidas na Instituição no ano de 2015. Os dados foram analisados no SPSS versão 20. **Resultados:** Mostraram que apenas 40,6% dos prontuários tinham registro de abertura do partograma. Análise das variáveis verificadas no momento da abertura do partograma permitiu identificar que 99,5% foram iniciados na fase ativa do trabalho de parto. Apesar de um bom registro na sua abertura, os dados mostram que o processo de monitoramento do trabalho de parto ainda é pouco eficaz, pois 59,2% tiveram apenas um único registro. **Conclusão:** A utilização do partograma como uma boa prática obstétrica ainda é pouco utilizada nesta maternidade; faz-se necessário considerar seu registro como uma ferramenta no monitoramento do trabalho de parto para promover uma assistência adequada como recomenda o Ministério da Saúde.

Descritores: Parto, Trabalho de parto, Parto humanizado, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the partograph filling performed by professionals who provide assistance to the labor in a teaching hospital that is a maternal and child healthcare reference in the Vale do São Francisco. **Methods:** This is a descriptive, retrospective and transversal study with a quantitative approach. There were analyzed 191 medical records of assisted mothers in the institution during the year 2015. The data were analyzed in SPSS program version 20. **Results:** The results showed that only 40.6% of patient records had a record of parturition, and

- 1 Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alagoas. *E-mail:* tamaralucena@gmail.com.
- 2 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem da UFAL. *E-mail:* amuzza.santos@gmail.com.
- 3 Enfermeiro. Mestre em Educação para o ensino na área da saúde. Professor Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). *E-mail:* ramonmorais_dm@hotmail.com.

the analysis of the variables verified at the time of the start of the partogram identified that 99.5% of the records were started in the active phase of labor. Despite of a good record in the start of partograph, the data show that the process of monitoring of labor is still not very effective, because 59.2% of the partographs had only a single record. **Conclusion:** The use of partograph as a good obstetric practice is still little used in this maternity, it is necessary to consider the partogram registration as a tool in the monitoring of labor to promote adequate assistance as it is recommended by the Brazilian Ministry of Health.

Descriptors: Parturition, Labor, Humanized childbirth, Nursing.

RESUMEM

Objetivo: Analizar el llenado del partograma realizado por profesionales que prestan asistencia al trabajo de parto en un hospital escolar referencia materno-infantil del Valle del São Francisco. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo documental, retrospectivo y transversal de abordaje cuantitativo realizado por medio del análisis de 191 prontuarios de parturientas asistidas en la Institución en el año 2015. Los datos fueron analizados en el SPSS versión 20. **Resultados:** Mostraron que sólo 40, El 6% de los prontuarios tenían registro de apertura del partograma, el análisis de las variables verificadas en el momento de la apertura del partograma permitió identificar que el 99,5% se inició en la fase activa del trabajo de parto. A pesar de un buen registro en su apertura, los datos muestran que el proceso de monitoreo del trabajo de parto aún es poco eficaz, pues el 59,2% tuvo apenas un solo registro. **Conclusión:** la utilización del partograma como una buena práctica obstétrica todavía es poco utilizada en esta maternidad, se hace necesario considerar su registro como una herramienta en el monitoreo del trabajo de parto para promover una asistencia adecuada como recomienda el Ministerio de Salud.

Descriptores: Parto, Trabajo de parto, Parto humanizado, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência ao trabalho de parto e nascimento ainda é caracterizada pela forte medicalização e pelas práticas obstétricas desnecessárias, como, por exemplo, as altas taxas de cesarianas, além da violação da humanização e da autonomia da gestante, o que contribui para o aumento das complicações maternas e neonatais. Este modelo de assistência, por vezes, acaba deixando de lado práticas que devem ser estimuladas e que são úteis durante o trabalho de parto e parto, como a utilização do partograma.¹⁻²⁻³

Em 1986, esse instrumento foi publicado no *Appropriate Technology Following Birth*, como uma referência de qualidade de assistência à parturiente, mostrando as intercorrências obstétricas de trajeto, o que restringe as intervenções durante o trabalho de parto. Foi Emanuel Friedman que, em 1951, observou em primíparas a evolução do trabalho de parto e analisou a relação entre o tempo de trabalho de parto e a dilatação cervical. Friedman se baseou num extenso estudo da dilatação da cérvice uterina no trabalho de parto, estabelecendo uma curva padrão de normalidade que é aceita nos dias de hoje, e concluiu que essa relação descrevia graficamente uma curva que possuía características próprias.²

Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em um guia prático de maternidade segura, orienta sobre as práticas obstétricas que devem ou não ser utilizadas durante assistência ao parto, classificadas em quatro categorias:

- Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Categoria C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.⁴

Entre as práticas úteis e que devem ser estimuladas está o monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto por meio do uso do partograma, pois este representa um verdadeiro gráfico da evolução do trabalho de parto. A utilização dessa ferramenta deve fazer parte do acompanhamento da parturiente na fase ativa do trabalho de parto, uma vez que seu uso contribui para uma assistência adequada. Além disso, ele pode indicar desvios no progresso do trabalho de parto, permitindo que uma intervenção adequada seja realizada e, por isso, constitui uma importante ferramenta na atenção materna e fetal.⁵⁻⁶⁻⁷

Embora seja altamente incentivado por meio das políticas públicas de atenção à saúde materna e neonatal, esse instrumento, reconhecido e apropriado, ainda se encontra parcial ou totalmente ausente nos registros dos prontuários, mesmo sendo preconizado pelo Ministério da Saúde. Um estudo realizado por Ponce *et al.*⁸ mostrou que, apesar de o partograma ser de baixo custo e eficaz para acompanhar a evolução do trabalho de parto, os profissionais ainda possuem um baixo nível de conhecimento de sua utilização, podendo levar à realização de intervenções desnecessárias na parturiente por não haver registro do monitoramento do trabalho de parto por meio do preenchimento do partograma.

O uso do partograma ainda é baixo nas maternidades, e, quando utilizado, seus itens não são totalmente preenchidos, o que mostra a necessidade de medidas eficazes de qualificação e sensibilização dos profissionais que fazem o acompanhamento do trabalho de parto para que estes percebam a importância da utilização desse instrumento. Assim, torna-se incontestável o correto preenchimento do partograma como uma referência de qualidade de assistência à parturiente.⁹

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo: analisar o preenchimento do partograma pelos profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto numa maternidade escola do Vale do São Francisco-PE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com abordagem descritiva documental, retrospectivo e transversal, realizado num Hospital Escola referência para a assistência materna-infantil da região do vale do São Francisco.

A Unidade Hospitalar é o único centro de referência para alta complexidade obstétrica e neonatal da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio São Francisco, a qual reúne 53 municípios dos estados de Pernambuco e Bahia, atingindo uma população de cerca de 2 milhões de habitantes. Apesar da classificação de alto risco, essa instituição atende parturientes

de risco habitual. Assiste a aproximadamente 620 partos realizados por médicos e enfermeiros, de acordo com risco da gestação, e 1.400 atendimentos em urgências obstétricas mensalmente.

A coleta de dados realizou-se por meio da aplicação de um instrumento elaborado com base nas recomendações da OMS a respeito do preenchimento do partograma, de que foram extraídos dados do prontuário da mulher. Compôs o instrumento as seguintes variáveis analisadas no momento da abertura do partograma e para fins de monitorização do trabalho de parto: identificação da parturiente, dilatação cervical, altura da apresentação, variedade de posição, linha de alerta, linha de ação, dia de início, hora real, hora de registro, batimentos cardíofetais, dinâmica uterina, condições da bolsa, aspecto do líquido amniótico, uso de ocitocina, medicamentos e assinatura do profissional.

Foram considerados elegíveis os prontuários de parturientes com parto realizado no ano de 2015 e registro de utilização do partograma na monitorização do trabalho de parto no sistema do Núcleo de Epidemiologia da Instituição. Os critérios de exclusão foram: prontuários de parturientes que chegaram à maternidade em período expulsivo do trabalho de parto, visto que, nestes casos, pode não ser oportuno o preenchimento, e os prontuários que não foram disponibilizados ou encontrados nos arquivos durante a coleta de dados.

O tamanho da amostra foi calculado com base em um estudo feito em maternidades escolas de referência, no qual foi observada 42% de frequência de uso do partograma.⁹ A partir dos dados deste estudo, foi calculado o tamanho da amostra com proporção na população de 42%, precisão absoluta de 7% e nível de significância de 5%, chegando a um total de 191 prontuários. Este cálculo foi obtido utilizando-se a estimação de uma proporção referente à população de interesse.

Os dados foram analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), modelo língua portuguesa (versão 20) e foi utilizada a estatística descritiva para o cálculo da frequência absoluta e do percentual de cada variável. Ademais, foram transferidos para o programa Microsoft Excel para geração dos gráficos e para Word para elaboração das tabelas.

O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco, sob o protocolo n. 1.704.527, conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo dados do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do serviço, o quantitativo de partos realizados nesta unidade no ano de 2015 foi de 6.843 partos, dos quais 3.913 (57,1%) foram por via vaginal, porém apenas 40,6% foram abertos ou iniciados o partograma durante internamento.

Considerando o registro do preenchimento das variáveis estudadas em relação a identificação e histórico obstétrico das pacientes no instrumento, foi possível observar que, na maioria dos partogramas analisados, 187 (97,9%), a identificação da parturiente estava preenchida, considerando, para isso, apenas o nome da paciente. Quando nos referimos à paridade e a

idade gestacional, havia registros em 84 (45%) e 62 (32,5%), respectivamente.

Os dados coletados em análise do registro do preenchimento dos partogramas permitiram verificar, no que concerne aos itens que são possíveis serem analisados durante o toque vaginal no primeiro registro ou na abertura da ferramenta que em 190 (99,5%) destes, a dilatação cervical estava corretamente registrada, enquanto que o preenchimento da altura da apresentação foi verificada em 158 (82,7%) e o registro da variedade de posição se deu em apenas 9 (4,7%) dos partogramas analisados. Foi possível observar ainda que 99,5% dos partogramas foram abertos no momento correto, na fase ativa do trabalho de parto. Nos demais, 1 (0,5%), não foi possível identificar a fase do curso clínico do trabalho de parto pela ausência da dilatação cervical no preenchimento.

Ainda relacionada às variáveis observadas na abertura do partograma, a presença da linha de alerta pôde ser verificada em 173 (90,6%) deles, enquanto a linha de ação estava registrada em 170 (89%), sendo corretamente aberta 4h após a linha de alerta em todos os analisados. O dia de início, a hora real e a hora de registro teve seu registro preenchido em 143 (74,9%), 185 (96,9%) e 178 (93,2%), respectivamente.

Em relação aos batimentos cardíacos fetais, resultou-se que, em 190 (99,5%), havia registro no partograma, a dinâmica uterina estava preenchida em todos os partogramas analisados, 191 (100%), e as condições da bolsa, classificada como bolsa íntegra ou bolsa rota, estava presente em 189 (99%) dos partogramas.

O uso de ocitocina e medicamentos/flúidos/anestesia estava preenchido em 173 (90,4%) e 4 (2,1%), respectivamente. A assinatura do examinador, a qual permite identificar o profissional responsável pelo preenchimento, teve seu registro em 190 (99,5%) dos instrumentos analisados.

Quanto ao aspecto do líquido amniótico, geralmente identificado e registrado em parturientes com bolsa amniótica rota, que correspondeu à maioria dos casos observados no momento da abertura do instrumento, 120 (62,8%), foi verificado que 107 (56%) estavam registrados, 13 (6,8%) não havia registro e em 71 (37,2%) eram bolsa íntegra.

Considerando a análise do preenchimento do partograma e sua monitorização do trabalho de parto, foram avaliados os registros da dilatação cervical do início ao fim do instrumento, considerando toda a evolução do trabalho de parto registrado em partograma. Os dados permitiram observar que, dos partogramas estudados durante todas as avaliações registradas no partograma, a dilatação cervical foi registrada apenas uma única vez em 113 (59,2%). Foi possível verificar ainda que, em 65 (34%) dos instrumentos estudados, foram feitos registros seguidos, com intervalo de apenas uma hora, que em apenas 12 (6,3) os registros tiveram intervalos de 2h entre uma avaliação e outra, e, em 1 (0,5%), o partograma foi aberto sem apresentar registro de dilatação.

Para critério analítico do monitoramento do trabalho de parto, foi avaliado o número de registro da altura da apresentação em relação à dilatação registrada no mesmo instrumento, uma vez que, ao realizar o toque vaginal, é possível identificar, concomitantemente, a dilatação cervical e

a altura da apresentação, critérios importantes na identificação de complicações no trabalho de parto.

Essa análise mostrou que 94 (49,2%) tiveram um registro de altura. Quando comparado ao registro de dilatação observa-se que houve uma diferença de 9,94%; 57 (29,8%) apresentaram registros seguidos em avaliação profissional; quando comparado a dilatação, tem-se uma relação de (4,2%). Apenas 7 (3,7) tiveram registros com intervalos e em relação a dilatação (2,6%), e 33 (17,3%) não apresentaram nenhum registro quando comparado ao registro da dilatação.

Na análise dos profissionais que preencheram a abertura do instrumento, observou-se que 120 (62,8%) foram enfermeiros, 53 (27,7%) foram médicos, 17 (8,9%) não foi possível identificar por apresentar apenas rubrica, e 1 (0,5%) não assinou.

A utilização do partograma no monitoramento do trabalho de parto melhora a assistência prestada à parturiente e evita que intervenções desnecessárias sejam realizadas. Portanto, seu uso e o correto preenchimento deveriam ser uma prática das maternidades, conforme recomenda as boas práticas da OMS. No entanto, foi observado, no presente estudo, que o partograma foi preenchido em apenas 40,6% dos partos normais assistidos. Um estudo realizado numa maternidade do Recife corrobora com o resultado encontrado, mostrando dados ainda mais preocupantes, em que o uso do partograma chega a apenas 28%.¹⁰

Em um estudo realizado em maternidades do Brasil, demonstrou-se que o partograma foi utilizado em 41,4% das mulheres em trabalho de parto; quando ele traz para as regiões, mostra que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam menores índices de frequência de uso, iguais a 20,7%, 30,4% e 32%, respectivamente.³ Neste estudo, a frequência de utilização do partograma na unidade estudada corrobora com os números encontrados no estudo a nível nacional, ficando acima da média da região Nordeste do país.

Outro estudo, realizado em uma maternidade do Rio Grande do Sul, mostrou que apenas 29,7% das parturientes teve o partograma preenchido.¹¹ E, em Alagoas, 42% utilizaram o partograma no monitoramento do trabalho de parto. Essa prática importante para acompanhamento da evolução da parturiente ainda é pouca utilizada em nossas maternidades, mesmo naquelas que são maternidades escolas e que fazem parte do "hospital amigo da criança", as quais deveriam acolher as boas práticas e torná-las rotinas no ambiente de trabalho.⁸

A utilização do partograma objetiva acompanhar o trabalho de parto da parturiente por meio da representação gráfica do trabalho de parto, por meio de uma linha de alerta no início da fase ativa do trabalho de parto e outra linha quatro horas depois, caracterizada como linha de ação.¹² No serviço onde foi realizado o estudo, foi possível observar que, na maioria dos partogramas, havia apenas o registro de abertura desse instrumento, ficando a mulher durante toda a evolução do seu trabalho de parto sem avaliações registradas.

Esse instrumento foi elaborado para contribuir na monitorização e facilitar a visualização da evolução do trabalho de parto, para assim o caracterizar em parto eutócico e distócico, tendo em vista que ele possui várias variáveis para serem analisadas, como dilatação cervical, altura da

apresentação, variedade de posição, batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina, entre outros. Assim, estudos têm demonstrado o valor do partograma tanto para diagnóstico das alterações do trabalho de parto quanto para a realização de intervenções em tempo hábil, priorizando sempre o bem-estar materno fetal.¹³

Desse modo, percebe-se que, para se dar a abertura do partograma, é preciso que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto, que para a OMS se dá com dilatação cervical 3-4cm mais duas, três ou mais contrações efetivas, ou seja, estes seriam os itens primordiais e que deveriam estar preenchidos em todos os partogramas utilizados na monitorização do trabalho de parto.⁸ Respeitando os critérios para abertura do partograma, este estudo evidenciou que 99,5% dos partogramas analisados foram abertos na fase ativa do trabalho de parto.

Os resultados da análise das variáveis no momento da abertura do partograma comparados com os dados apresentados por um estudo realizado em Alagoas divergem quanto às variáveis de maior índice de preenchimento. Em Alagoas, os itens mais preenchidos do partograma foram a condição da bolsa (61%), identificação da gestante (72%) e hora real (93,06%).⁹ O presente estudo mostra que as variáveis com maior índice de preenchimento foram a dilatação cervical, condições da bolsa e a assinatura do examinador.

O profissional que presta assistência a essas mulheres deve ficar atento principalmente com a avaliação da ausculta fetal e da dinâmica uterina, não necessitando de toques sucessivos, uma vez que são incômodos e não trazem benefícios à parturiente. No que tange a estas variáveis, o estudo apresenta percentual de registro elevado.¹⁴

Recentemente, foi demonstrado que o padrão de evolução do trabalho de parto é diferente, o que pode definir uma fase ativa prolongada ou outros distúrbios. Assim, algumas características devem ser consideradas, como paridade, condições da bolsa, dilatação cervical, descida da apresentação, frequência das contrações e uso de medicamentos fluidos para que diagnósticos equivocados e condutas desnecessárias não sejam realizadas.¹⁵

Uma pesquisa realizada nos hospitais dos Estados Unidos com 62.415 parturientes demonstrou que o trabalho de parto pode levar mais de seis horas para progredir de quatro a cinco centímetros, e mais de três horas para avançar de cinco a seis centímetros de dilatação, e que mulheres múltiplas e nulíparas pareciam progredir num ritmo semelhante antes dos seis centímetros de dilatação. No entanto, após os seis centímetros, as múltiplas evoluíram mais rápido. O que pode ficar evidente que as condutas tomadas num trabalho de parto de múltipara podem ser distintas das nulíparas, já que elas apresentam uma evolução diferente no trabalho de parto.¹⁶

Este estudo apontou que, dentre os partogramas que apresentaram mais de um registro durante toda evolução do trabalho de parto, (34%) das parturientes tiveram registros seguidos de toques vaginais, e apenas (6,3%) tiveram registros com intervalos de 2h entre as avaliações. Num estudo envolvendo 150 parturientes, foi observado que não há diferença na evolução do trabalho de parto quando o número de toques vaginais é sucessivo. Assim, não houve

alteração quando a rotina de toques vaginais era de 2/2h ou de 4/4h.¹⁷ Logo, a fase ativa do trabalho de parto para a abertura do partograma deve ser bem caracterizada, para reduzir os riscos de partos instrumentados, partos cesarianos e mortalidade perinatal.

Num estudo realizado nos Países Baixos, 41,7% das mulheres relataram ter sido examinadas com maior frequência do que recomendam as novas diretrizes, que seria a cada duas ou quatro horas.¹⁸ Outro estudo realizado na Escócia demonstrou que a principal razão dos profissionais realizarem o toque vaginal é para avaliar a progressão do trabalho de parto, bem como o seu início do mesmo. No entanto, as parturientes referem uma experiência negativa em relação ao exame, relatam desconforto, dor, constrangimento e dificuldade para relaxar.¹⁹

Caso seja necessário uma intervenção clínica durante a evolução do trabalho de parto, esta irá se tornar mais segura quando a conduta estiver com embasamento nos dados de registro do partograma. Os profissionais que prestam assistência à parturiente têm a missão de reconhecer as situações que exigem intervenções especializadas, minimizando os agravos maternos e fetais.

CONCLUSÃO

Para preenchimento e registro correto do partograma, faz-se necessário, além do conhecimento do instrumento, um conhecimento do diagnóstico, mecanismo e o curso clínico do trabalho de parto e parto por parte dos profissionais. Tais expertises foram observadas na análise dos prontuários da pesquisa, que mostraram um preenchimento correto e adequado da maioria das variáveis estudadas. Porém, o propósito, o objetivo e a importância dele ainda é um percalço na prática da utilização do partograma, que requer continuidade e monitoramento constante, a fim de garantir uma assistência segura e eficaz.

Embora as boas práticas sejam recomendadas pela OMS há duas décadas, foi possível verificar, neste estudo, que o preenchimento do partograma ainda é pouco realizado e, quando preenchido, havia apenas uma avaliação. Isso nos mostra que a adesão dos profissionais que prestam assistência ao parto vaginal ainda é insuficiente para transformar o modelo intervencionista da atenção obstétrica, o que pode estar associado ao fato de que a assistência obstétrica sempre esteve muito relacionada a medicina, e esta muitas vezes se mostra resistente às práticas baseadas em evidências.

Assim, os resultados da pesquisa sugerem que estratégias complementares sejam procuradas para que haja um melhor desempenho em relação à propagação das boas práticas, em especial, a utilização do partograma, para que se possa obter uma assistência obstétrica livre ou com o mínimo de intervenção. Desse modo, os profissionais que acompanham a parturiente durante o trabalho de parto precisam ser sensibilizados para que possam perceber a importância da utilização e passem a realizar o preenchimento do partograma, a fim de que haja um melhor acompanhamento e facilidade de observação gráfica do monitoramento do trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios de diretrizes. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 10 mai 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
2. Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV, Tyrrel MAR, Bezerra ALQ, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013. [acesso em 10 mai 2017]; 7(2):619-24. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3717>
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres gestantes de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014. 30(Sup):S17-S47.
4. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento (Cadernos HumanizaSUS; v. 4) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [acesso em: 10 mai 2017]. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
5. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [internet] Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012 acesso em 10 mai 2017]. Disponível em:
6. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996
7. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso em 10 mar 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/imagens/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
8. Ponce JRA, Medrano SGR, Szilasko KG, Inguza ELG. Um Programa de capacitação previo al inicio de la practica profesional de médicos Pruanos mejora sus conocimientos sobre Atención de Parto y Partograma. *Rev. Bra. de Educação Médica*. [Internet]. 2011. [acesso em 10 mar 2017]; 35:186-192. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/07.pdf>
9. Barros LA, Verissimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. *Rev Rene*. [Internet]. 2011. [acesso 10 mar 2017]; jul/set; 12(3):555-60. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a15v12n3.pdf
10. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. [Internet]. 2016. [acesso em 15 abril 2017]; 16(1):29-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029
11. Busanello J, Kerber NPC, Mendoza-Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2011. [acesso em 15 abril 2017]; 64(5):824-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500004>
12. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*. [Internet]. 2016. [acesso 10 mar 2017]; 20(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>
13. Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2012. [acesso em 15 abril 2017]; 65(1):13-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100002>
14. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The Natural History of the Normal First Stage of Labor. *The Natural History of the Normal First Stage of Labor*. *Obstetrics & Gynecology*. 2010; 115(4).
15. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, Hatjis CG, Ramirez MM, Bailit JL, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Hoffman MK, Kominiarek M, Learman LA, Veldhuisen PV, Troendle J, Reddy UM. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2010. [acesso 10 mar 2017]; Dec; 116(6):1281-1287. Disponível em: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e
16. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for

- women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013. [acesso 10 mar 2017]; Issue 7. Art. No.: CD010088. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2
17. Organização Mundial de Saúde. Recomendações para o aumento do trabalho de parto: Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde. [Internet] 2015. [acesso 10 mar 2017]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf
18. Klerk HW, Boere E, Lunsen RH, Bakker JJH. Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. [Internet]. 2017. [acesso 10 mar 2017]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>
19. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. Journal Of The Australian College Of Midwives. [Internet]. 2013. [acesso 10 mar 2016]; 26:49-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2012.02.001>

Recebido em: 24/11/2017

Revisões requeridas: 09/04/2018

Aprovado em: 16/04/2018

Publicado em: 01/01/2019

Autor responsável pela correspondência:

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Avenida Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária
Tabuleiro dos Martins, Maceió, Alagoas, Brasil
CEP: 57.072-900
E-mail: amuzza.santos@gmail.com