

USO DO PARTOGRAMA EM MATERNIDADES ESCOLA DE ALAGOAS*USE O PARTOGRAM IN MATERNITY HOSPITALS OF ALAGOAS**USO EN LOS HOSPITALES ESCUELA PARTOGRAMA DEL ALAGOAS*

Luciana de Amorim Barros¹, Regina Célia Sales Santos Veríssimo²

O objetivo deste estudo foi determinar a frequência de uso do partograma em maternidades escola de Alagoas, Brasil. Foi um estudo descritivo de corte transversal. A amostra constou de 171 prontuários de puérperas assistidas durante o trabalho de parto. Foram coletados dados relativos ao uso do partograma e de seus itens: dilatação cervical, altura da apresentação, variedade de posição, batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina, condições da bolsa, uso de ocitocina, uso de medicamentos/fluidos/anestesia, nome da gestante, data, hora real, hora de registro e assinatura do examinador. Estes foram analisados quanto ao registro total, parcial ou ausência de registro. A frequência de uso do partograma foi de 42%. Conclui-se que a frequência de uso do partograma na instituição estudada é limitada, devido sua baixa utilização, e quando utilizados, seus itens não foram totalmente preenchidos.

Descritores: Parto; Trabalho de Parto; Evolução Clínica; Parto Humanizado; Registros Médicos.

The objective of this study was to describe how often partogram is used in school maternities of Alagoas, Brazil. It was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 171 charts of mothers assisted during labor. Data were collected on the use of partogram and their items: cervical dilation, time of presentation, variety of position, fetal heartbeat, uterine dynamics, conditions of the grant, use of oxytocin, use of drugs/fluids/ anesthesia, name of pregnant, date, real time, time to record and signature of the examiner. These were analyzed to record total, partial or no record. The frequency of use of partogram was 42%. It is concluded that the frequency of use of partogram in the institutions studied is limited, due to low use, and when used, your items have not been fully met.

Descriptors: Parturition; Labor, Obstetric; Clinical Evolution; Humanizing Delivery; Medical Records.

El objetivo fue describir la frecuencia de uso en las maternidades escuela partograma de Alagoas, Brasil. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra consistió de 171 históricos de puérperas assistidas durante el parto. Se recogieron datos sobre el uso del partograma y sus temas: la dilatación del cuello del útero, la altura de presentación, la variedad de posición, los latidos del corazón fetal, dinámica uterina, las condiciones de la bolsa, el uso de oxitocina, uso de medicamentos / líquidos / anestesia, el nombre de la gestante, fecha, hora real, hora de registro y firma del examinador. Estos fueron analizados para registro total, parcial o ausencia de registro. La frecuencia de uso de partograma fue del 42%. Se concluye que la frecuencia de uso en las instituciones estudiadas es limitada, debido a la baja utilización, y cuando se utilizan, sus ítems no han sido alcanzados plenamente.

Descriptores: Parto; Trabajo de Parto; Evolución Clínica; Parto Humanizado; Registros Médicos.

¹ Enfermeira, especialista em obstetrícia e saúde da mulher, docente do curso de enfermagem do Campus Arapiraca da Universidade Federal de Alagoas — UFAL. Brasil. E-mail: lukota_amorim@hotmail.com

² Enfermeira, mestre em enfermagem/UNIFESP, docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas — UFAL. Brasil. salesregina@hotmail.com

Autor correspondente: Regina Célia Sales Santos Veríssimo

Av. Lourival Melo Mota, s/n, BR 101 norte, Tabuleiro dos Martins, Maceió, Alagoas, Brasil. CEP: 57072-970.

E-mail: salesregina@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O parto marca o fim de uma gestação e sua duração normal é um dos temas mais debatidos, pela dificuldade para precisar seu começo e a enorme variabilidade que se observa em seu processo. Considera-se um ato fisiológico, visto que constitui a forma natural de reprodução da espécie humana⁽¹⁾.

Tem-se estimado que anualmente morram mais de um quarto de milhões de mulheres grávidas nos países em via de desenvolvimento, uma determinada proporção delas durante o trabalho de parto prolongado, associado à desproporção cefalopélvica, que provoca partos obstruídos, desidratação materna, rotura uterina e seqüelas para a mãe, assim como asfixia, dano cerebral, infecção e morte nos recém-nascidos⁽¹⁻²⁾.

No trabalho de parto normal se observam: apagamento e dilatação do colo, progresso, altura e variedade da apresentação; estado de saúde fetal e atividade uterina na evolução habitual, porém podem apresentar-se muitas situações adversas que conduzem à operação cesárea em mulheres que sofrem de exaustão e infecção, com altas taxas de morbidade e mortalidade materna de seus produtos, sendo elevadas quando mais prolongado seja esse trabalho de parto⁽¹⁾. Nesse contexto destaca-se a importância do uso do partograma, considerando a curva de dilatação cervical, descida da apresentação e uso das linhas de alerta e ação com a finalidade de diagnosticar alterações, indicar tomada de condutas para correção de desvios, evitando assim intervenções desnecessárias⁽³⁾.

A referência histórica mais recorrente do partograma é a experiência de Philpott e Castle em maternidades de baixos recursos na Rodésia, em 1972, onde a maioria dos partos eram realizados por parteiras e havia necessidade de orientá-las no encaminhamento dos partos disfuncionais para o hospital⁽⁴⁾. Com base nos conhecimentos originais da dilatação cervical, construíam uma linha de alerta, que servia para identificar as pacientes com parto de risco. Quando a dilatação cervical cruzava a linha de alerta, a paciente deveria ser encaminhada ao hospital. Num intervalo de 4 horas, padronizavam a linha de ação, paralela à linha de alerta, porque era o tempo de transporte da parturiente para centros médicos, onde se efetuavam partos operatórios⁽¹⁾. O trabalho foi considerado um passo revolucionário no sistema gráfico. Com duas linhas, chamadas “linha de alerta” e “linha de ação”,

os médicos evidenciaram claramente a evolução anormal do trabalho de parto.

Pesquisadores propuseram o diagnóstico de distócia por meio da observação das curvas de dilatação e descida da apresentação fetal no partograma com linhas de alerta e ação. Estes autores afirmam que, além da identificação da distócia, é preciso conhecer sua etiologia para instituir o tratamento adequado⁽⁵⁾. Distócias identificadas pelo partograma, a partir das linhas de ação: Fase ativa prolongada, parada secundária da dilatação, parto precipitado, período pélvico prolongado e parada secundária da descida⁽¹⁾.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou: “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, elaborado por um grupo de especialistas de diversos países, com base nas melhores evidências científicas apresentadas em trabalhos de todo o mundo. Nesse documento, foram classificadas as práticas usadas na assistência ao trabalho de parto, e dentre as práticas designadas de: “Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”, encontra-se o monitoramento cuidadoso do trabalho de parto por meio do uso do partograma, um verdadeiro “retrato de corpo inteiro” da evolução do trabalho de parto, cujos desvios podem ser reconhecidos até por profissionais menos experientes, pela leitura de definições gráficas de padrões de normalidade⁽⁶⁾. No parto normal fisiológico, geralmente, existe um padrão gráfico característico, porém cada parturiente descreve sua própria representação gráfica⁽⁷⁾.

São vários os modelos de partogramas apresentados na literatura e qualquer um deles atinge o mesmo objetivo — a melhoria da qualidade de assistência ao parto. O Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) padronizaram um tipo de partograma, com linhas de alerta e de ação, de aplicação universal^(1,8). A utilização das linhas de alerta e ação facilita o diagnóstico precoce do parto disfuncional. Quando a curva de dilatação cervical ultrapassa a linha de alerta e ou a linha de ação, trata-se de um parto disfuncional⁽³⁾. Este é o modelo de partograma hoje adotado na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) e na Maternidade Mariano Teixeira do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), locais onde ocorreu a pesquisa.

O uso do partograma facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes e a passagem de plantão do pré-parto, favorecendo também a utilização racional de ocitócicos e analgesia⁽³⁾. Dessa forma, o uso

deste instrumento deverá interferir, sobretudo, na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica⁽⁵⁾. Sua utilidade também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções⁽¹⁾. Embora tenha sido pouco utilizado nas maternidades e centros de parto normal intra e extra-hospitalares⁽⁹⁾.

O partograma é uma estratégia norteadora para adoção de intervenções no trabalho de parto⁽⁹⁾, além de ser uma ferramenta de ensino em hospitais escola, pois favorece aos profissionais que estão adentrando na obstetrícia perceber com facilidade as possibilidades de condutas para cada caso em que este instrumento é utilizado.

O presente estudo tem por objetivo determinar a frequência de uso do partograma nas maternidades escola de Alagoas, Brasil.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, de corte transversal, do tipo documental sendo realizado em duas Maternidades Escola de Alagoas, ambas localizadas na cidade de Maceió, Brasil.

A amostra foi composta por prontuários de puérperas assistidas em trabalho de parto. Foram excluídos os prontuários de puérperas que foram admitidas na maternidade já em período expulsivo do trabalho de parto, visto que neste caso pode não ser oportuno seu preenchimento. Sendo também excluídos prontuários de puérperas que foram submetidas a parto operatório com indicação prévia, pois neste caso não se justifica a obrigatoriedade da utilização do partograma, que deve ser utilizado no acompanhamento do trabalho de parto, e não no pré-operatório de cirurgia eletiva de cesariana.

Em um estudo desenvolvido em hospitais da cidade de Medellín que investigava a frequência de práticas médicas baseadas em evidências no cuidado ao parto, encontrou-se a inexistência de realização do partograma em 31,5% dos partos⁽¹⁰⁾. A partir dos dados deste estudo ficou estabelecida uma hipótese de 68,5% de estimativa de frequência de uso do partograma, tendo em vista a ausência de estudos com este objetivo em maternidades brasileiras. A partir desta hipótese foi calculado o tamanho da amostra do estudo com proporção na população de 68,5%, a precisão absoluta de 7% e nível de significância de 5% chegando-se a um total de 171 prontuários. Este cálculo foi obtido utilizando-se a estimação de uma proporção referente à população de interesse.

Os dados foram colhidos nos períodos de setembro a dezembro de 2008. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado, que foi preenchido pelo pesquisador. A coleta dos dados aconteceu de forma prospectiva, imediatamente após a ocorrência dos partos, por observação direta do partograma.

Caso o partograma tivesse sido utilizado, foi observado se houve preenchimento de todos os seus itens. Cada um dos itens do partograma foi analisado quanto ao seu registro total, parcial ou se não houve registro. Entretanto, apenas o item, a variedade de posição, foi considerado como preenchido ou não preenchido. O registro parcial não foi utilizado para este item, considerando-se não haver precisão em prever a imparcialidade do registro, visto que no transcorrer do trabalho de parto podem existir situações que impossibilitem a percepção da variedade, como por exemplo, na formação de uma bossa cefálica e a partir desse ponto não haver mais o registro da variedade em todos os toques realizados por tornar-se imperceptível para o examinador, o que não significa um registro parcial, mas sim uma impossibilidade de fato.

A coleta de dados aconteceu diariamente nas duas maternidades, sendo que em uma semana a coleta ocorria em uma maternidade e na outra semana ocorria na outra. Isto evitou que devido a plantões fixos de profissionais, aos hábitos e/ou habilidades do profissional no preenchimento do partograma e ainda a modificação de rotinas durante finais de semana e feriados pudessem interferir nos resultados do estudo. Os prontuários das puérperas que seguiram os critérios de inclusão foram selecionados.

Após coleta dos dados, estes foram armazenados e tabulados na planilha eletrônica de dados Microsoft Office Excel® 2007. Por fim, os resultados foram apresentados na forma de texto e tabela de acordo com a hipótese previamente determinada.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas — UNCISAL, pelo protocolo número 0890/2008, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os 171 prontuários de puérperas analisados 72 (42%) haviam utilizado o partograma no acompanhamento do trabalho de parto.

Dos 72 partogramas que foram utilizados, nenhum item teve seu registro totalmente preenchido, sendo as condições da bolsa em 44 partogramas (61%), a identificação da gestante em 52 (72%) e a hora real em 67 (93,06%), os três itens mais frequentemente preenchidos. A tabela 1 expõe os itens do partograma e sua frequência de registro.

Tabela 1 — Frequência de registro dos itens do partograma de duas maternidades escola de Maceió. Maceió, AL, Brasil, 2008

Itens do Partograma	Registro		Registro		Sem Registro	
	Total		Parcial			
	N	%	N	%	N	%
Dilatação Cervical	16	(22,00)	47	(65,00)	09	(13,00)
Altura da Apresentação	28	(39,00)	25	(35,00)	19	(26,00)
Variedade de Posição	19	(26,00)	-		53	(74,00)
Batimentos Cardíacos Fetais	15	(20,80)	55	(76,40)	02	(02,80)
Dinâmica Uterina	14	(19,00)	57	(79,00)	01	(01,00)
Condições da Bolsa	44	(61,00)	22	(31,00)	06	(08,00)
Uso de Ocitocina	21	(29,00)	23	(32,00)	28	(39,00)
Medicamentos/ Fluidos/ Anestesia	14	(19,40)	13	(18,10)	45	(62,50)
Identificação da Parturiente	52	(72,00)	04	(6,00)	16	(22,00)
Dia de Início	39	(54,00)	21	(29,00)	12	(17,00)
Hora Real	67	(93,06)	03	(04,17)	02	(02,78)
Hora de Registro	27	(38,00)	12	(17,00)	33	(46,00)
Assinatura do Examinador	32	(44,40)	40	(55,60)	00	(00,00)

A dilatação cervical inclui os processos de esvaecimento cervical, ou seja, a incorporação do canal cervical, a cavidade uterina e a cervicodilatação pela qual o orifício do colo se amplia gradativamente, para participar na formação do canal de parto e permitir a passagem da parte fetal que se apresenta⁽¹¹⁾. Este item teve 47 (65%) dos registros parcialmente preenchido.

A altura da apresentação se dá pela determinação da altura do pólo cefálico, em apresentação cefálica, e sua relação com os estreitos da bacia materna podendo ocorrer por meio de três métodos: Farabeuf, De Lee e o de Hodge⁽¹¹⁾. No modelo de partograma adotado pelas instituições do estudo, a altura da apresentação foi avaliada segundo os planos de De Lee ou de Hodge. Ocorreu que 28 (39%) mostrou o registro da altura da apresentação totalmente preenchido.

A variedade de posição é o ponto que caracteriza a apresentação fetal. Corresponde a rotação interna que coincide com a descida da apresentação⁽¹¹⁾. Neste item

foram considerados as opções: preenchido ou não preenchido, visto que em determinado momento pode-se tornar imperceptível perceber a variedade de posição, citamos como exemplo na formação de uma bossa serosanguínea. O registro de variedade de posição foi categorizado em registro total ou quando não houve registro, sendo este o único item que fugiu a regra do registro parcial. Ocorreu que em 59 partogramas (70%) não houve registro.

Os batimentos cardíacos fetais (BCF) devem ser avaliados e registrados no partograma a cada hora, o mesmo é utilizado como parâmetro para avaliação da vitalidade fetal, utilizando para este fim o estetoscópio de Pinard ou o sonar-Doppler. Os batimentos cardiofetais foram parcialmente preenchidos em 55 (76,4%) dos prontuários.

A dinâmica uterina em condições normais, durante a cervicodilatação, ocorrem 3-5 contrações no intervalo de 10 minutos, tono de 8-12 mmHg, intensidade de 40-50 mmHg e duração de 40-60 segundos. Desses parâmetros apenas a frequência e a duração das contrações podem se apreciadas pela palpação manual. A comprovação de desvios da contratilidade uterina normal exige a intervenção do profissional, para promover sua correção⁽¹¹⁾. A dinâmica uterina foi registrada de forma parcial em 57 (79%) dos prontuários avaliados.

O uso de ocitocina, que corresponde ao registro de uso ou não de ocitócito durante o trabalho de parto, em 21 (29%) dos partogramas houve registro total, em 23 (32%) houve registro parcial e em 28 (39%) não houve registro.

Medicamentos/Fluidos/Anestesia corresponde ao registro de uso ou não destes compostos durante o trabalho de parto. Em 45 (62,5%) dos prontuários não houve registro do uso de medicamentos, fluidos e anestesia.

A identificação da gestante se faz necessária no impresso do partograma, objetivando a identificação da mesma. Caracterizou-se pelo preenchimento do nome completo no impresso do partograma. A identificação da gestante teve seu registro total em apenas 52 casos (72%).

O dia de início, correspondente ao registro da data de início do trabalho de parto, teve seu registro totalmente preenchido em 39 (54%).

A hora real, corresponde ao intervalo de horas entre os registros, que somando-se corresponde a duração em horas do trabalho de parto. A hora real teve seu registro totalmente preenchido em 67 (93,06%).

A hora de registro corresponde à exata hora do momento daquele preenchimento e apresentou seu registro totalmente preenchido em 27 (38%) dos partogramas.

A Assinatura do examinador permite identificar o responsável pelo preenchimento, para eventuais esclarecimentos. A assinatura do examinador teve seu registro parcialmente preenchido em 40 (55,6%) e foi o único item que não obteve pontuação em não houve registro. Todos os partogramas apresentavam assinatura do examinador, de forma parcial ou total.

DISCUSSÃO

A utilização do partograma melhora a qualidade da assistência clínica ao parto, devendo ser incluído na rotina das maternidades⁽³⁾. No entanto tem-se observado que, apesar de sua efetividade o partograma não foi universalmente adotado como demonstra o presente estudo, assim como em outros.

Nos resultados encontrados no estudo realizado em hospitais da cidade de Medellín, demonstrou-se haver a falta de realização do partograma em 31,5% dos partos, dentre a frequência de práticas médicas baseadas em evidências no cuidado ao parto⁽¹⁰⁾. Neste estudo observou-se que a frequência de uso do partograma nas Maternidades Escola de Alagoas foi de 42%.

Em estudo na Nigéria, apenas 25% dos profissionais utilizaram o partograma na sua prática cotidiana, apesar de 90% conhecerem o instrumento⁽¹²⁾. Em maternidades do sul de São Luís, Maranhão, apenas 39,1% dos prontuários de gestantes em trabalho de parto possuíam o partograma e somente 13,3% destes estavam preenchidos⁽¹³⁾. Já em municípios do interior do São Paulo o preenchimento de partograma conseguiu atingir parâmetros considerados satisfatórios⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Recomenda-se que o acompanhamento do trabalho de parto e do feto seja realizado inicialmente a cada sessenta minutos^(3,6). Neste estudo só houve registro total, ou seja, a cada sessenta minutos, da dinâmica uterina em 19% dos partogramas analisados.

Estudo realizado no Rio de Janeiro encontrou 47,5% de registros incompletos de batimento cardíaco fetal durante o acompanhamento do trabalho de parto⁽⁷⁾. Resultados de estudo sobre óbitos perinatais, realizado na cidade de Belo Horizonte-MG, apontam que a não utilização do partograma aumentou de maneira importante, o risco de óbito perinatal⁽¹⁶⁾. Conforme consta na tabela 1,

neste estudo houve registros incompletos dos batimentos cardíacos fetais em 76,2% dos partogramas analisados. Este elevado percentual de avaliação materna e fetal inadequada durante o trabalho e parto é um indicador da qualidade da assistência, ainda que avaliado de forma indireta, por se basear em registros.

Sendo o uso do partograma recomendado e obrigatório⁽³⁾, nas maternidades, sendo ainda as maternidades sujeitos da pesquisa, maternidades-escola, observou-se um reduzido número de utilização do partograma. A problemática repete-se ainda, quando se analisou a frequência de preenchimento das variáveis, pois foi observado que em nenhum registro havia o preenchimento 100% dos itens do partograma. O item mais frequentemente preenchido foi a hora real que teve seu registro totalmente preenchido em 91,67% dos partogramas e o item menos frequentemente preenchido foi a variedade de posição que teve seu registro totalmente preenchido em apenas 11% dos partogramas.

A organização do serviço através da criação de protocolos de avaliação e intervenção associado à sistematização da assistência de enfermagem podem acarretar na melhora da conduta adotada pelos profissionais⁽¹⁷⁾.

Em um estudo multicêntrico patrocinado pela OMS, avaliaram o manejo e o trabalho de parto em pacientes que fizeram uso do partograma, encontraram uma redução de trabalhos de parto prolongados, diminuição da necessidade de uso de ocitócicos, igualmente ao número de cesárias de emergência e diminuição significativa de mortes fetais, concluindo que o partograma é um método válido e aceitável na vigilância do trabalho de parto⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a frequência de uso do partograma em maternidades escola de Alagoas é limitada, devida sua baixa utilização, e quando utilizados, seus itens não foram totalmente preenchidos.

Os resultados apontam a necessidade da adoção de medidas efetivas e eficazes de qualificação da assistência ao trabalho de parto, como o adequado monitoramento do trabalho de parto, proporcionando segurança ao binômio mãe-filho, podendo subsidiar o planejamento de medidas necessárias para melhoria da qualidade da assistência nesta área.

É preciso repensar o papel da atenção ao trabalho de parto, muitas vezes relegada a um segundo plano

no dia-a-dia do trabalho nas maternidades. Há necessidade de maior sensibilização dos profissionais obstetras que fazem acompanhamento do trabalho de parto, para que estes percebam a importância da utilização do partograma no acompanhamento do trabalho de parto e passe a utilizá-lo com mais frequência, além de cobranças aos gestores de investimentos em treinamentos e capacitações dos profissionais no uso desta ferramenta, fazendo assim com que a estratégia da Organização Mundial de Saúde para o uso do partograma, alcance patamares desejados.

REFERÊNCIAS

1. Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Socorro Téllez Córdova, M, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *Medisan*. 2004; 8(4):64-72.
2. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenciones benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(6):357-65.
3. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
4. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972; 79(7):592-8.
5. Rudge MVCR, De Luca LA, Peraçoli JC. Partograma: utilidade e importância. *Femina*. 1988; 16(1):29-34.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
7. Garbayo LS, Campos MR, Leal MC, Cunha CB. Maternidades públicas e conveniadas ao SUS: avaliação da qualidade de assistência ao pré-parto no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(1):93-107.
8. Paula LG, Lima CP, Coutinho MS, Manfro HD, Inhaquites MK, Luz NP. Partograma. *Acta Med HUP*. 1984; 384-98.
9. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. Esc. Enferm USP* 2009; 43(3):800-8.
10. Gómez Dávila JG, Londoño Cardona JG, De Monterrosa E. Frecuencia de uso de prácticas médicas basadas em la evidencia em el cuidado del parto em hospitales de la ciudad de Medellín. Anos 2004 y 2005. *Iatreia*. 2006; 19(1):5-13.
11. Neme B. Obstetrícia básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005. p. 124-95
12. Umezulike AC, Onah HE, Okaro JM. Use of the partograph among medical personnel in Enugu, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999; 65: 203-5.
13. Alves MTS, Silva AAM. Avaliação da qualidade de maternidades-assistência à mulher e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000.
14. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: Contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(n. esp.):792-8.
15. Manzine FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9(1):59-67.
16. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do sistema único de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(1):117-30.
17. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido sem dor. *Rev Rene*. 2010; 11(1):125-32.
18. González de C. X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar de D. G. Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto. *Salus*. 2003; 7(2):3-7.

Recebido: 21/10/2010

Aceito: 18/05/2011