

31 MAIO  
A 2 JUN  
2018

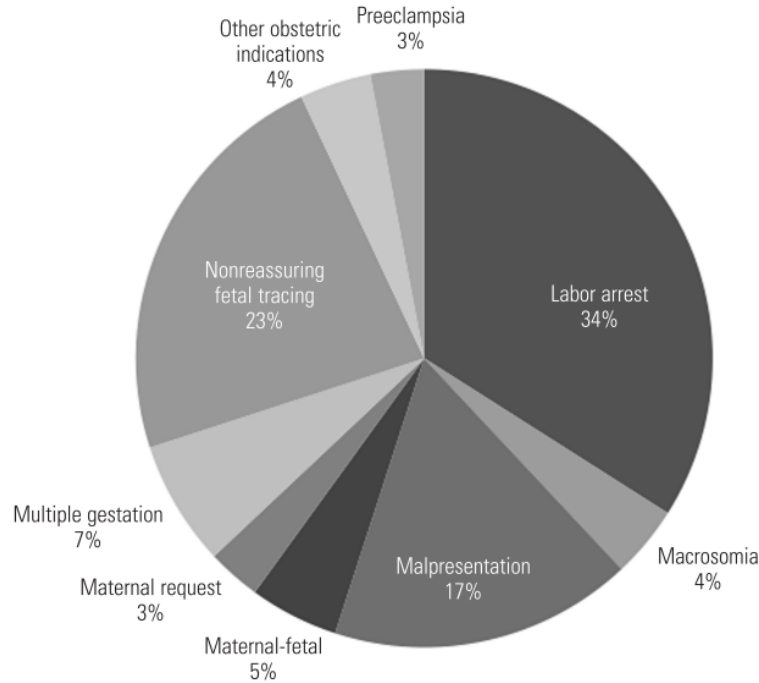
XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO  
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA  
DE MASTOLOGIA



# Atenção ao Parto

Partograma:  
Friedman/ OMS x Zang

Profa. Dra. Roxana Knobel  
UFSC/ 2018



**Fig. 3.** Indications for primary cesarean delivery. (Data from Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2011;118:29–38.) ↵

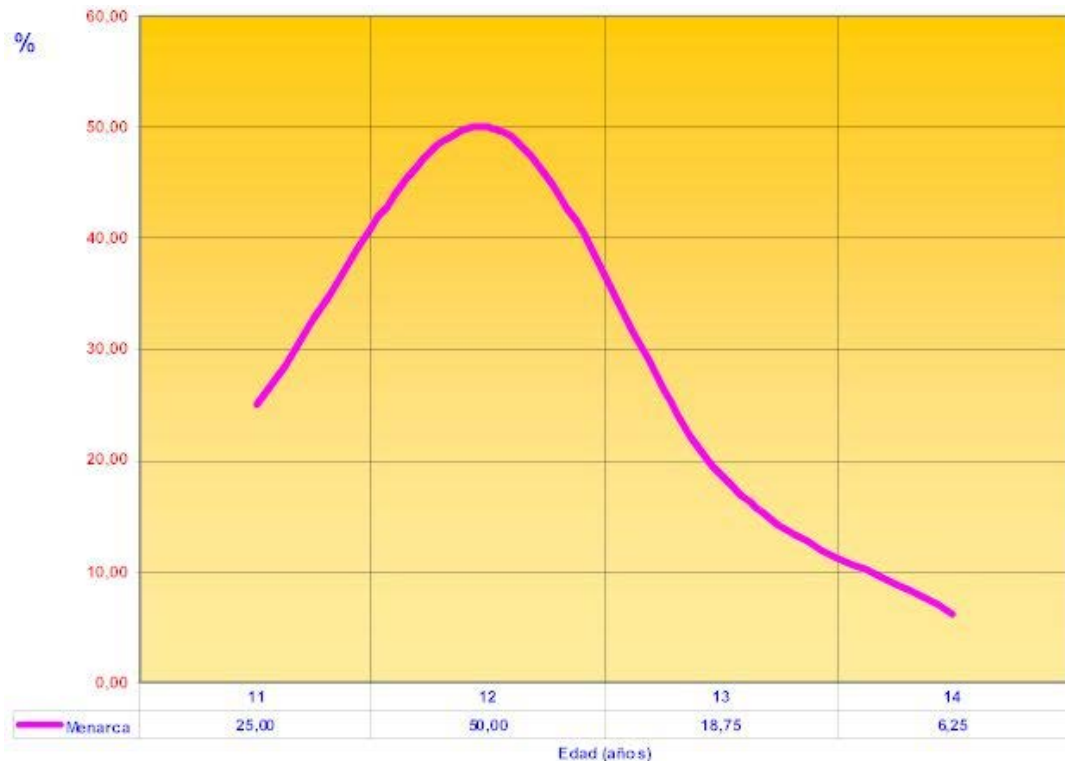
American College of Obstetricians and Gynecologists, & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). Obstetric care consensus no. 1: **safe prevention of the primary cesarean delivery.** *Obstetrics and Gynecology*, 123(3), 693–711.

—

Quanto tempo dura  
um trabalho de  
parto?

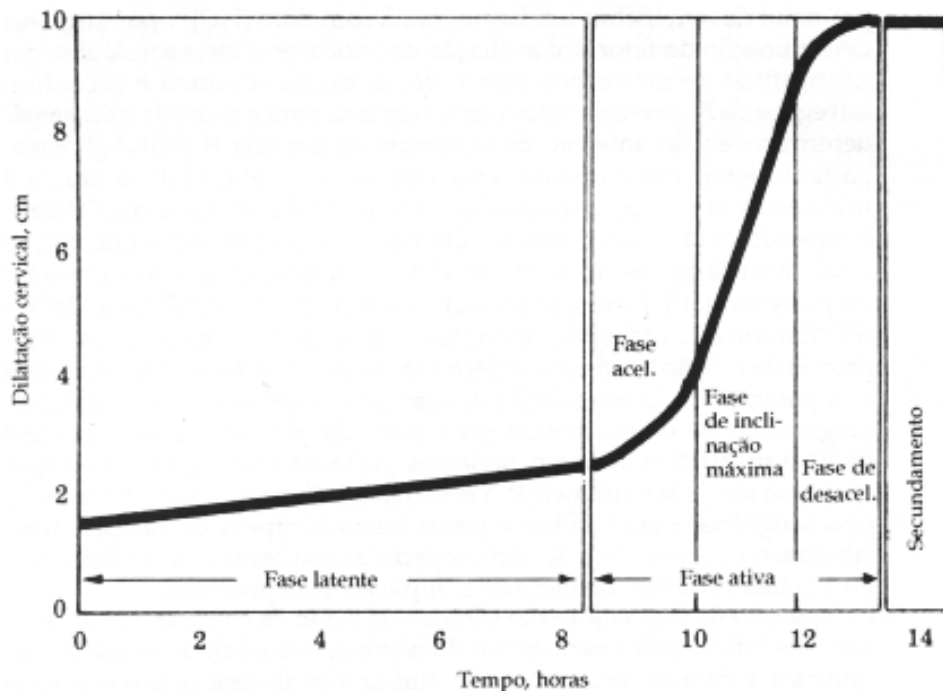
# Quanto dura um trabalho de parto?

O tempo de trabalho de parto é uma variável de distribuição normal?



# EMANUEL FRIEDMAN <sup>(91a)</sup>

Analizou cerca de 500 trabalhos de partos, em nulíparas, em um Hospital de Nova York, na década de 1950.



Na fase ativa, a dilatação mínima estatística (P5):  
1,2cm/h (nulíparas)  
1,5cm/h (multíparas)

FRIEDMAN E. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68:1568.  
FRIEDMAN EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol 1955; 6:567.

# Fase Latente

**Table 1**

Duration of latent phase, nulliparous and parous women.

Nulliparous women								
Study	N	Study quality	Cervical dilatation on admission (cm)	Definition of starting and ending reference points	Median duration (h)	5th percentile (h)	95th percentile (h)	
Peisner 1983a <sup>36</sup>	1544	A	0.5 <sup>**</sup>	Reported onset of contractions until slope of labour record > 1.2 cm/h	7.5	—	—	
Ijaiya 2009a <sup>26</sup>	75	B	5 <sup>**</sup>	Duration of labour before presentation	6.0	—	—	
					Mean duration (h)	SD (h)	+2SD (h)	
Juntunen 1994a <sup>29</sup>	42	B	NR	Not defined	5.1	3.2	11.5	
Velasco 1985a <sup>43</sup>	74	B	NR	From admission until 4 cm	7.1	1.6	10.3	
Parous women								
Peisner 1983b <sup>36</sup> ( <i>P</i> = 1)	720	A	4.5 <sup>**</sup>	Reported onset of contractions until slope of labour record > 1.5 cm/h	5.5	—	—	
Peisner 1983c <sup>36</sup> ( <i>P</i> ≥ 1)	581	A	4.5 <sup>**</sup>	Reported onset of contractions until slope of labour record > 1.5 cm/h	4.5	—	—	
Ijaiya 2009b <sup>26</sup>	163	B	6 <sup>**</sup>	Duration of labour before presentation	5.0	—	—	
					Mean duration (h)	SD (h)	+2SD (h)	
Juntunen 1994b <sup>29</sup> ( <i>P</i> = 2/3)	42	B	NR	Not defined	3.2	2.3	7.8 <sup>*</sup>	
Juntunen 1994c <sup>29</sup> ( <i>P</i> > 3)	42	B	NR	Not defined	2.2	1.6	5.4 <sup>*</sup>	
Velasco 1985b <sup>43</sup>	37	B	NR	From admission until 4 cm	5.7	1.5	8.7 <sup>*</sup>	

\*Estimated by authors.

\*\*Median; P = Parity.

Abalos, E. *et al.* Duration of spontaneous labour in ‘low-risk’ women with ‘normal’ perinatal outcomes: A systematic review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* **223**, 123–132 (2018).

**Table 3.10a Duration of the active first stage: nulliparous women**

Study	N	Labour interventions			Reference points (cm)	Median duration (h)	5th percentile (h)	95th percentile (h)
		Amniotomy (%)	Oxytocin (%)	Epidural (%)				
Zhang 2010 (17)	8 690	NR	20	8	4–10	3.7	NR	16.7
Zhang 2010 (16)	5 550	NR	47 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	4 (or 4.5)–10	5.3	NR	16.4
Oladapo 2018 (62)	715	NR	40 <sup>a</sup>	0.0	4–10	5.9	2.4	14.5
Zhang 2010 (16)	2 764	NR	47 <sup>a</sup>	84 <sup>a</sup>	5 (or 5.5)–10	3.8	NR	12.7
Oladapo 2018 (62)	316	NR	40 <sup>a</sup>	0.0	5–10	4.3	1.6	11.3
Oladapo 2018 (62)	322	NR	40 <sup>a</sup>	0.0	6–10	2.9	0.9	9.3
						Mean duration (h)	SD (h)	+2SD (h)
Albers 1996 (63)	347	NR	0.0	NR	4–10	7.7	5.9	19.4
Albers 1999 (64)	806	0.0	0.0	NR	4–10	7.7	4.9	17.5
Jones 2003 (65)	120	NR	0.0	0.0	4–10	6.2	3.6	13.4
Juntunen 1994 (58)	42	57.1	0.0	42.9	4–10	3.1	1.5	6.1 <sup>b</sup>
Velasco 1985 (59)	74	0.0	0.0	0.0	4–10	3.9	1.6	7.1 <sup>b</sup>
Schiff 1998 (66)	69	NR	NR	NR	4–10	4.7	2.6	9.9 <sup>b</sup>
Kilpatrick 1989 (67)	2 032	NR	0.0	0.0	NR	8.1	4.3	16.7 <sup>b</sup>
Lee 2007 (68)	66	NR	NR	0.0	NR	3.6	1.9	7.4 <sup>b</sup>
Schorn 1993 (69)	18	NR	18.0	NR	NR	15.4	6.6	28.6

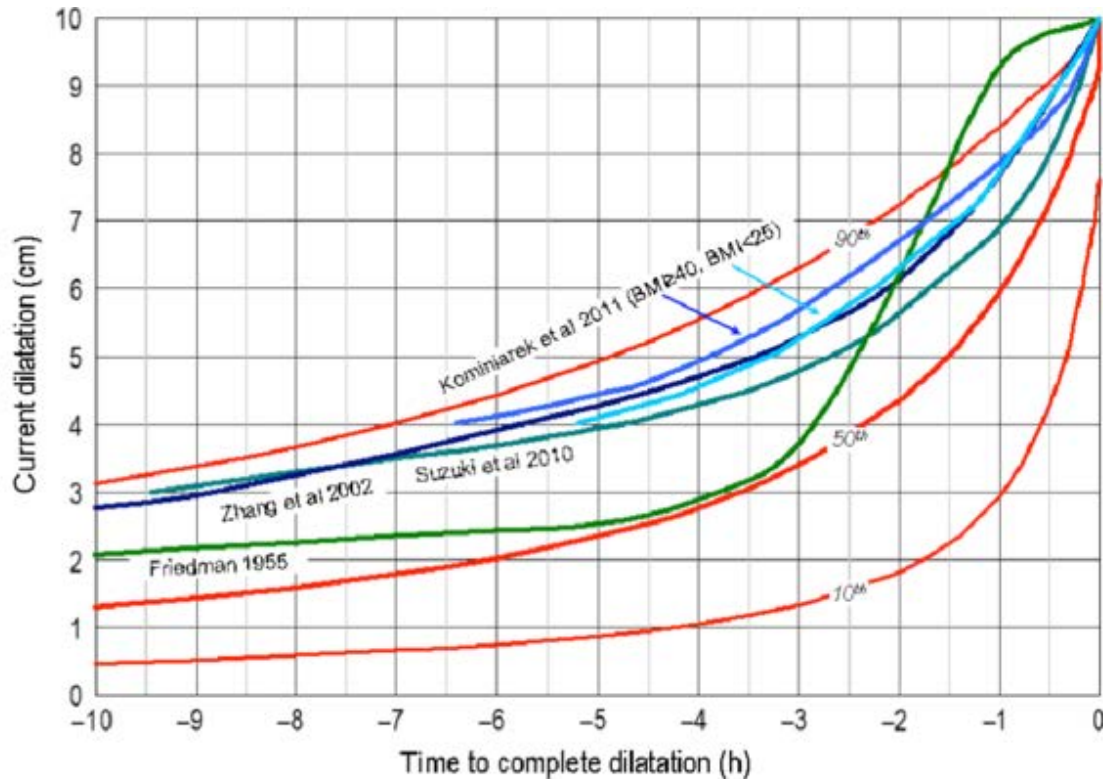
NR: not reported; SD: standard deviation; <sup>a</sup>Value reported for entire study population; <sup>b</sup>Value estimated by systematic review authors.  
Source: Abalos et al., 2018 (52).

# Fase Ativa

WHO recommendations  
**Intrapartum care for  
a positive childbirth experience**



# Quanto dura um Trabalho de Parto?



Ferrazzi et al - Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica

**Progression of cervical dilation in normal human labor is unpredictable**, 2015.



Quanto tempo uma  
mulher ficará em  
trabalho de parto?

Quanto tempo uma  
mulher ficará em  
trabalho de parto?

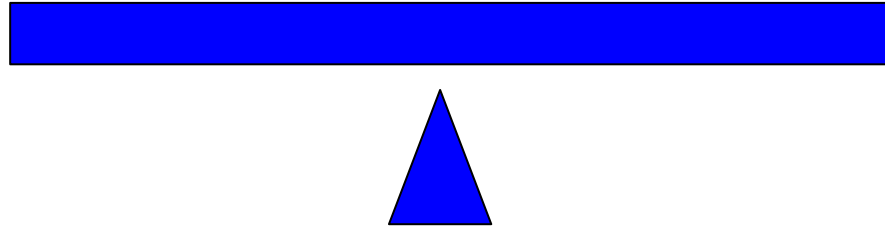
É impossível de  
prever!!!

# Para que ficar medindo tempo?



Não medir nada  
Deixar a natureza agir

Estabelecer limites  
rígidos para a duração  
do trabalho de parto



# Para que ficar medindo tempo?

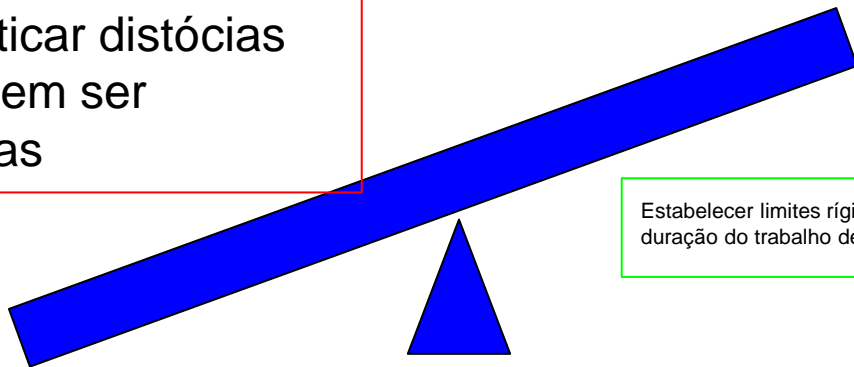
Não medir nada  
Deixar a natureza agir

Partos prolongados podem estar associados com:

- Piores desfechos para o feto
- Riscos maiores para a mulher
- Dificuldade de diagnosticar distócias que podem ser resolvidas



Estabelecer limites rígidos para a duração do trabalho de parto



# Para que ficar medindo tempo?

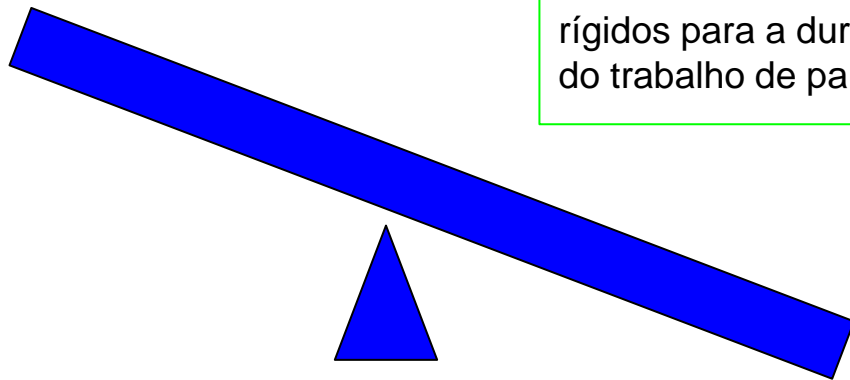


Limites rígidos para um tempo de parir estão associados com

- Intervenções sem necessidade
- Piores desfechos para o feto
- Riscos maiores para a mulher
- Complicações futuras

Não medir nada  
Deixar a natureza agir

Estabelecer limites  
rígidos para a duração  
do trabalho de parto



—

# Partograma

---

# Partograma

**Conceito:** gráfico no qual são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto

“Registro Gráfico da Progressão do Trabalho de Parto”

---

# Partograma

- Acompanhar a evolução do TP
- Documentar o TP
- Diagnosticar alterações no TP
- Indicar a tomada de condutas apropriadas para correção destes desvios
- Evitar intervenções desnecessárias



# Partogramas Utilizados

Partograma da OMS - ministério da Saúde

Disponível em

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)

Partograma CLAP

Instruções de preenchimento

[https://docs.google.com/presentation/d/1ei zK9wUDf 1DyL\\_czChpVeTGXxYKDWEuZLwO92Mbl M6E/pub?start=true&loop=false&delays=3000&slide=id.g130221968c\\_0\\_110](https://docs.google.com/presentation/d/1ei zK9wUDf 1DyL_czChpVeTGXxYKDWEuZLwO92Mbl M6E/pub?start=true&loop=false&delays=3000&slide=id.g130221968c_0_110)

# Partograma OMS/ Ministério

Partograma		Nome	RG	De Lax	Stage				
Dilatação (cm)	10				- AM - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 + 4 Vulva				
	9								
	8				I II III IV				
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
Dia de início									
Hora Real		19	20	21	22	23	24	01	02
Hora de registro		1	2	3	4	5	6	7	8
FCF	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
Contracções	1 - 19 seg.								
	20 - 39 seg.								
	40 - 59 seg.								
	≥ 60 seg.								
Bolsa									
LA									
OCITOCINA									
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA									
EXAMINADOR									
OBSERVAÇÕES									

# Parto-grama CLAP

## hñ

Data: 2/5/16

Nome: Maria Aparecida Leite

Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

G 1 P 0 C 0 A 0

IG DUM: 39 sem e 2 dias

IG USG 12 : 39 sem e 4 dias

IG USG : \_\_\_\_\_

AFU: 33 cm

Valores para a construção da linha de alerta

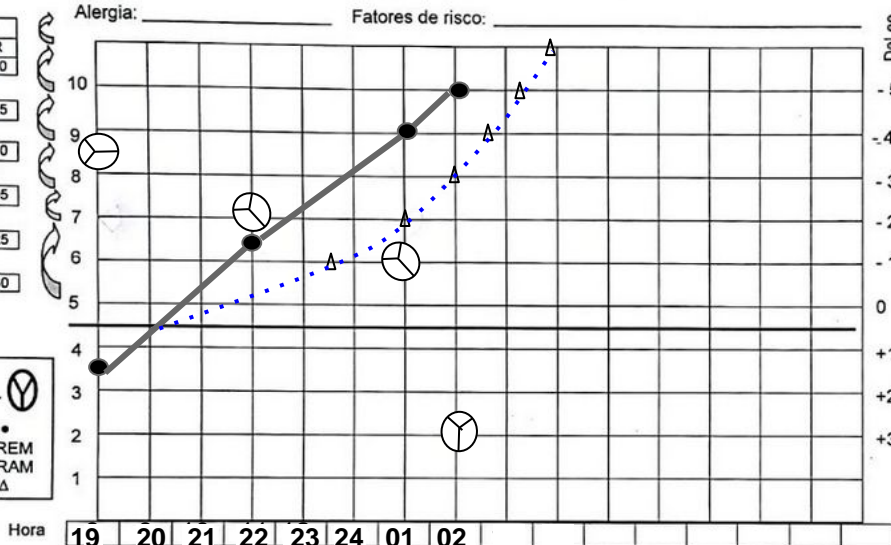
multipara		nulipara	
BI	BR	BI	BR
0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:10	0:35	0:35
0:40	0:25	0:40	0:50
0:55	0:35	1:00	1:05
1:25	1:00	1:30	1:25
2:30	2:30	3:15	2:30

Plano De Lee/Variabilidade de posição.....  
 Dilatação.....  
 Ruptura Esp de Membr.....REM  
 Ruptura Art de Membr.....RAM  
 Curva de Alerta.....Δ



Alergia: \_\_\_\_\_

Fatores de risco: \_\_\_\_\_



DeLee  
-5  
-4  
-3  
-2  
-1  
0  
+1  
+2  
+3

TS: \_\_\_\_\_  
 1 HIV: ☐ Pos ☐ Neg  
 2 HIV: ☐ Pos ☐ Neg  
 TR: ☐ Pos ☐ Neg  
 CV ( / ) \_\_\_\_\_  
 VDRL: ☐ Pos ☐ Neg  
 TOXO: IgM ☐ Pos ☐ Neg  
 IgG ☐ Pos ☐ Neg  
 HBsAg: ☐ Pos ☐ Neg  
 Rubéola IgG: ☐ Pos ☐ Neg  
 Strepto: ☐ Pos ☐ Neg

Hora	19	20	21	22	23	24	01	02												
BCF	130	130	130	140	130	130	120	130												
DU	28"3 0" 50"			50"5 0" 50"	50"5 0" 50"	50"5 0" 50"	50" 0" 50" 30"													
AS																				

Bolsa rota: ☐ REM ☐ RAM

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Aspecto: ☐ Claro  
☐ Meconial: \_\_\_\_\_

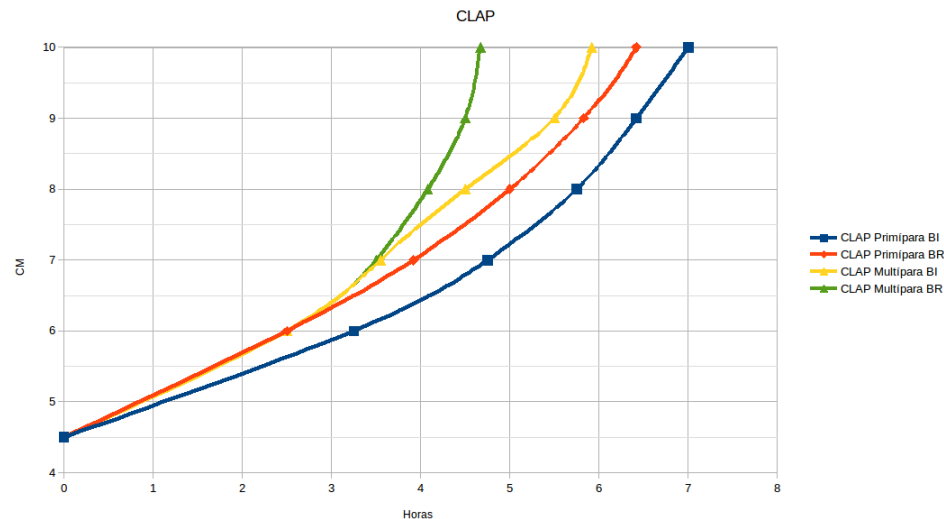
OBS.: (DIPs, CTG, sangramentos, condutas, etc.) \_\_\_\_\_

---

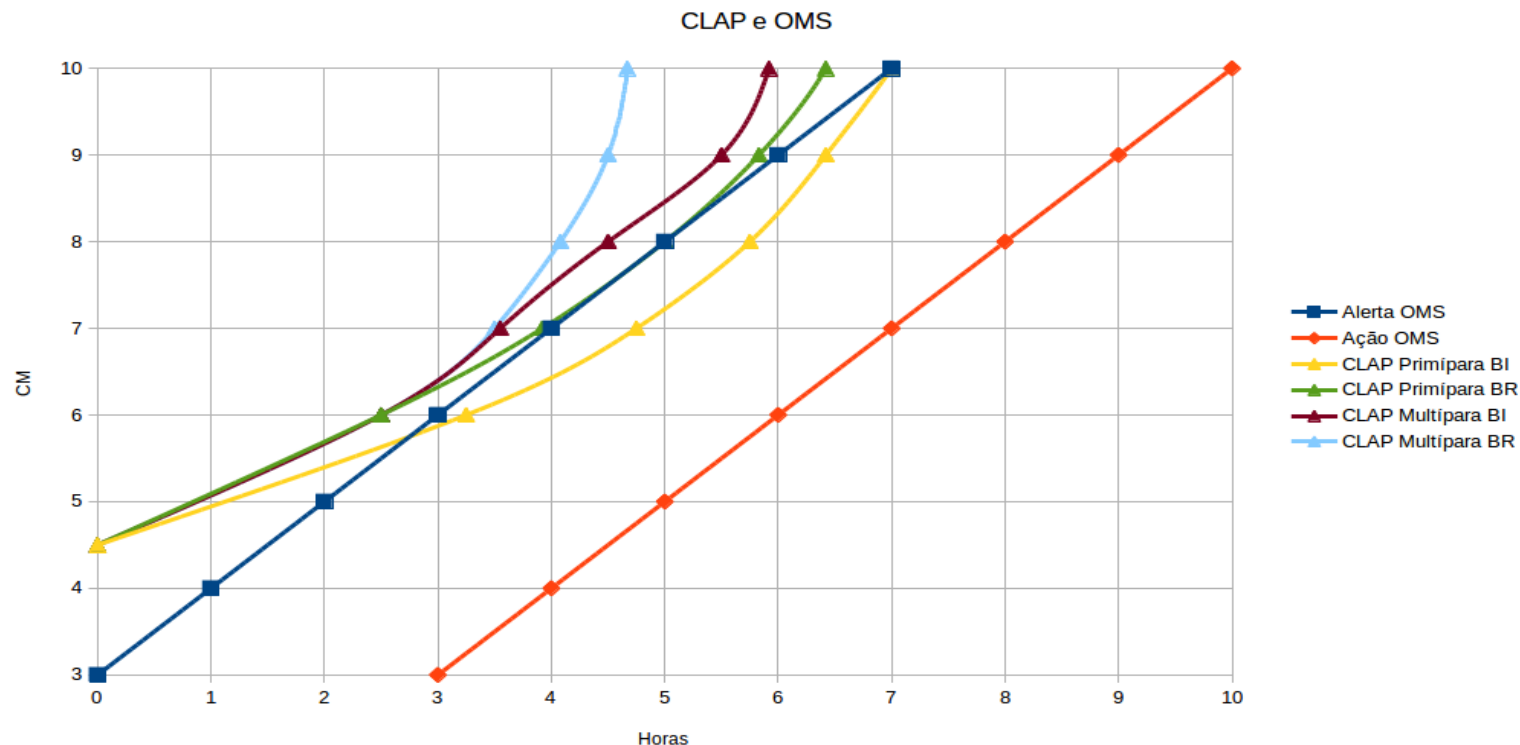
# Tempos e curvas

---

# OMS - Curvas de Alerta e Ação x CLAP Curva de ALERTA

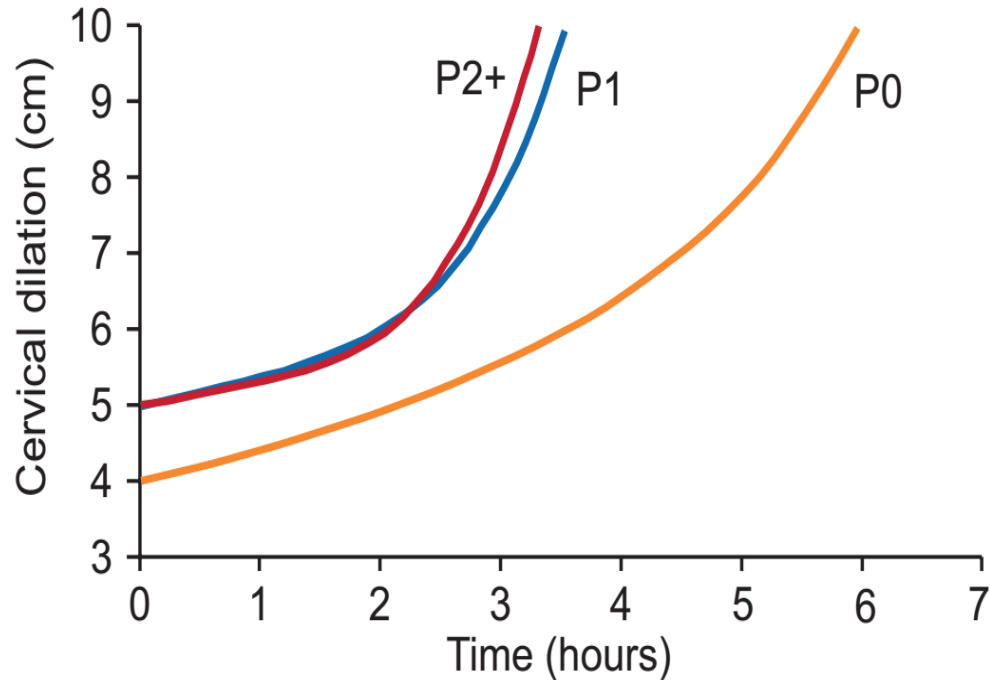


# OMS - Curvas de Alerta e Ação x CLAP Curva de ALERTA



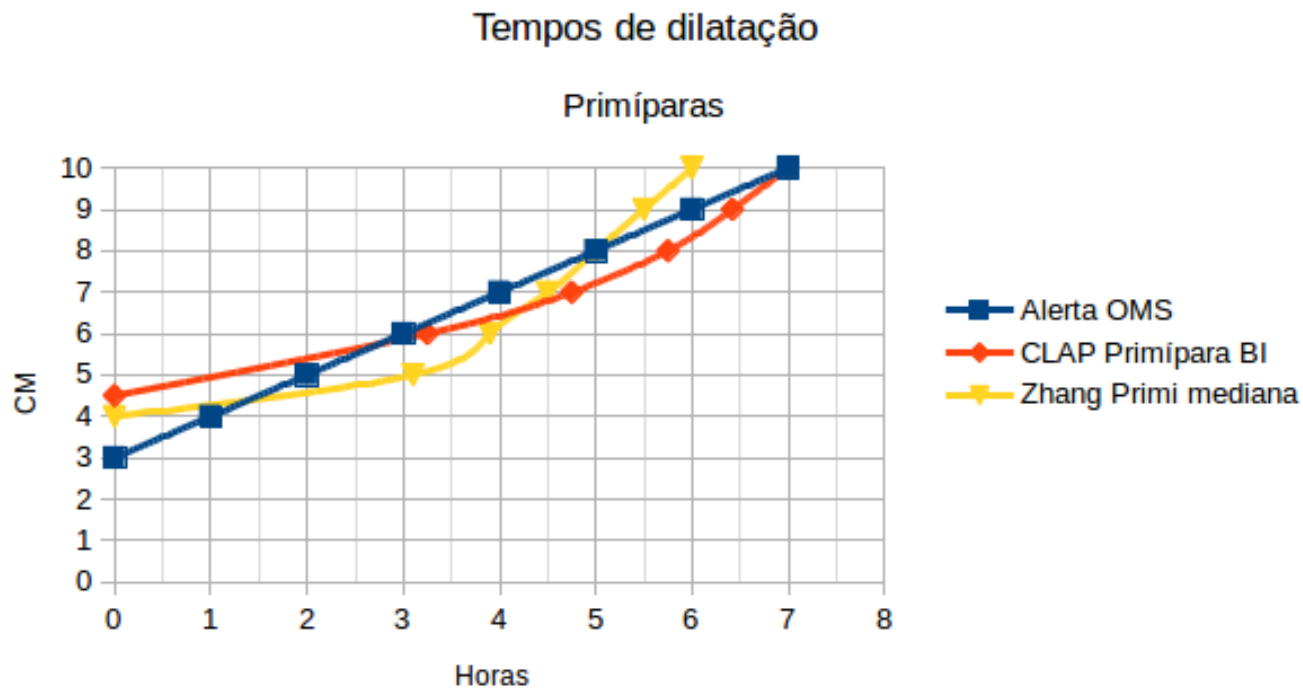
# ESTUDOS DE JUN ZHANG

Estudo em 19 hospitais (EUA) com 62.415 gestações únicas, cefálicos e a termo, TP espontâneo e resultado perinatal normal.



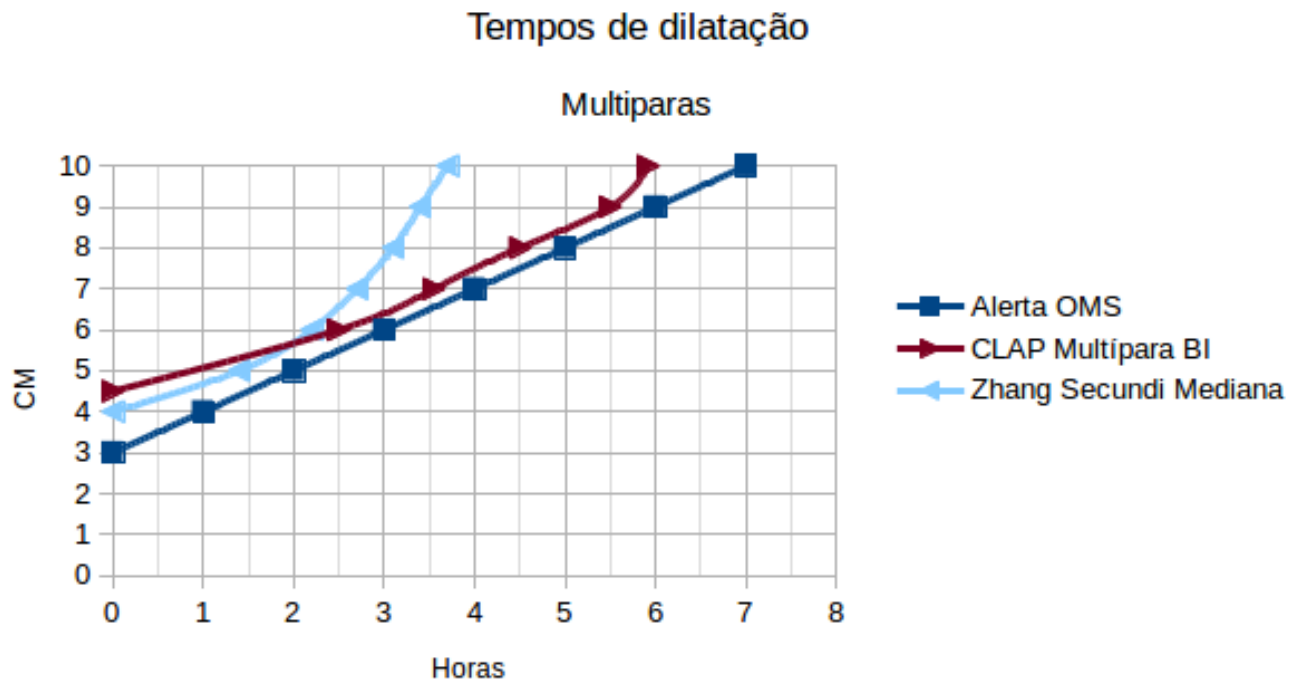
Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1281.

# CLAP/OMS e Zhang

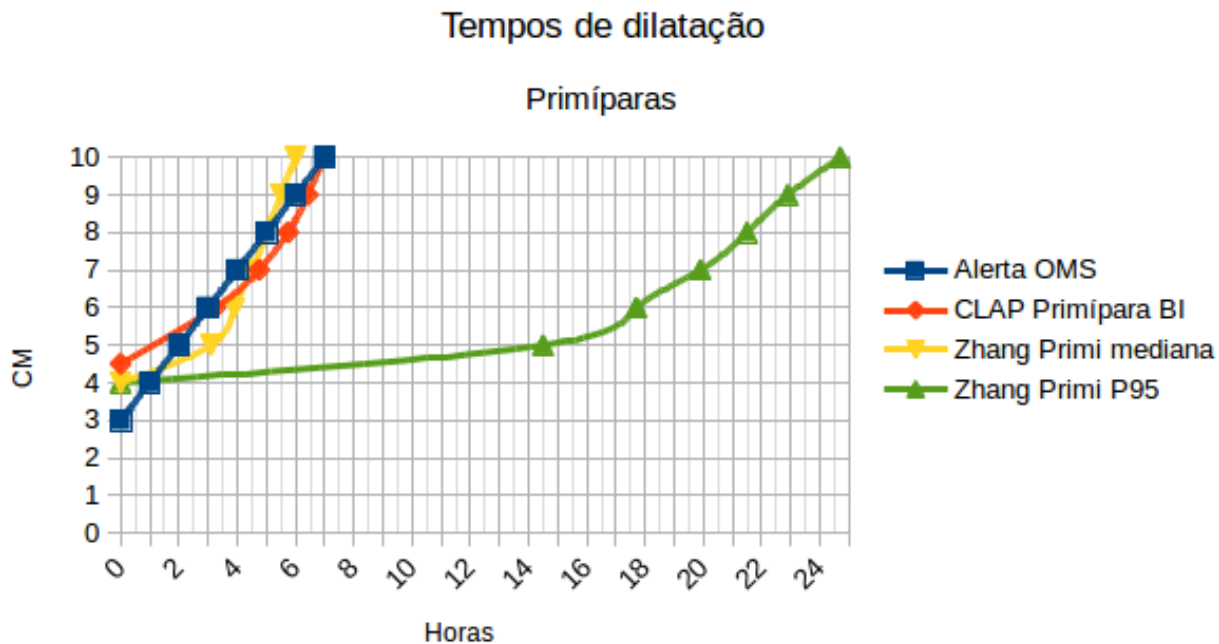




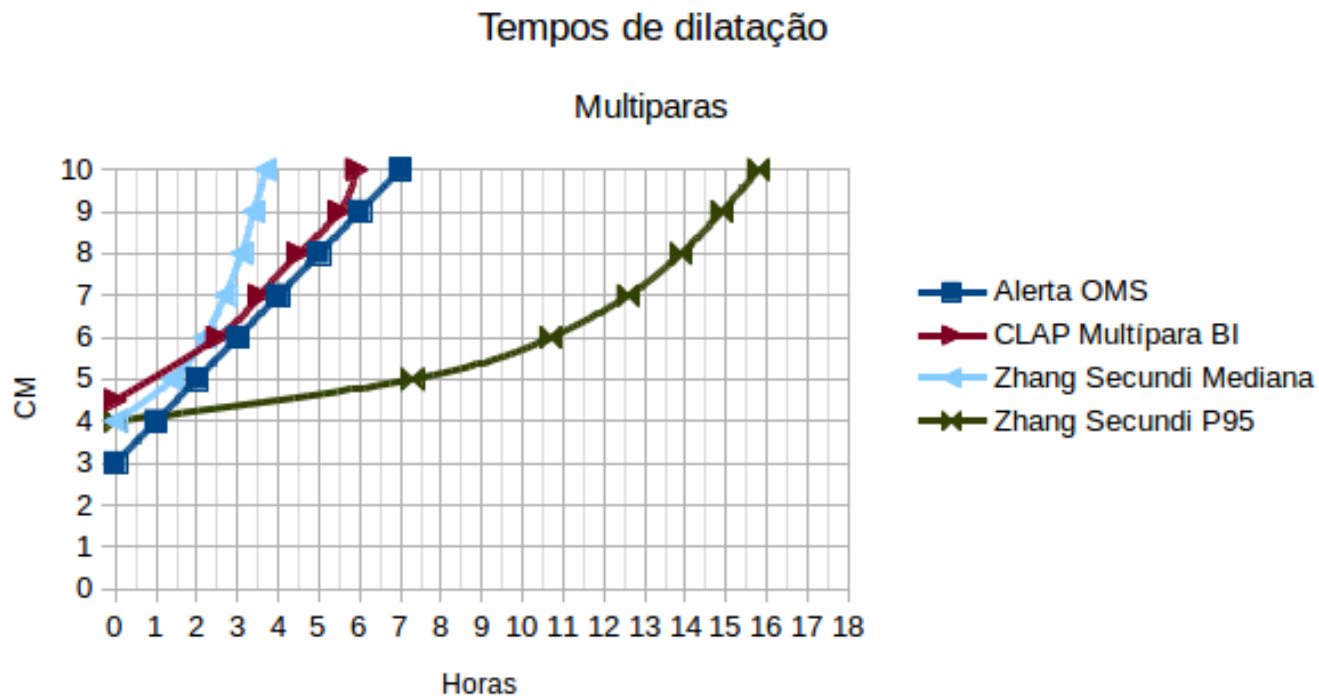
# CLAP/OMS e Zhang



# CLAP/OMS e Zhang

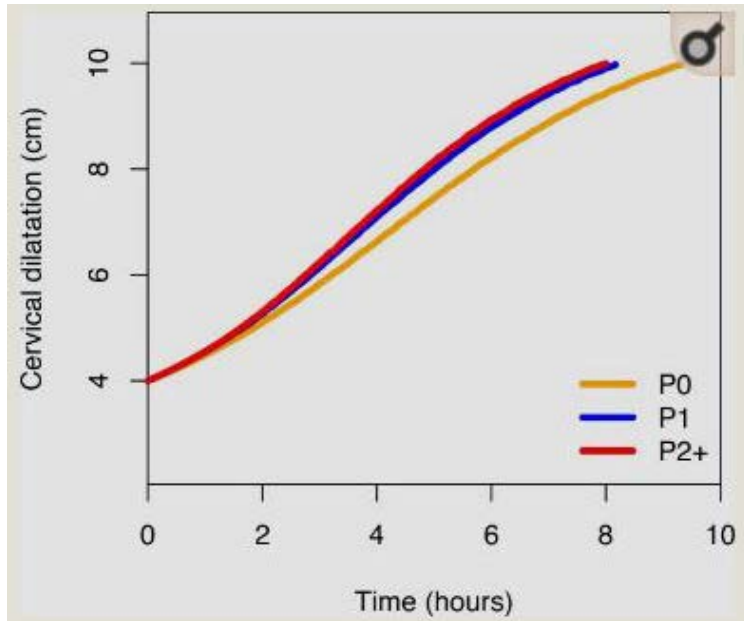


# CLAP/OMS e Zhang



# ESTUDOS DE OLUFEMI OLADAPO

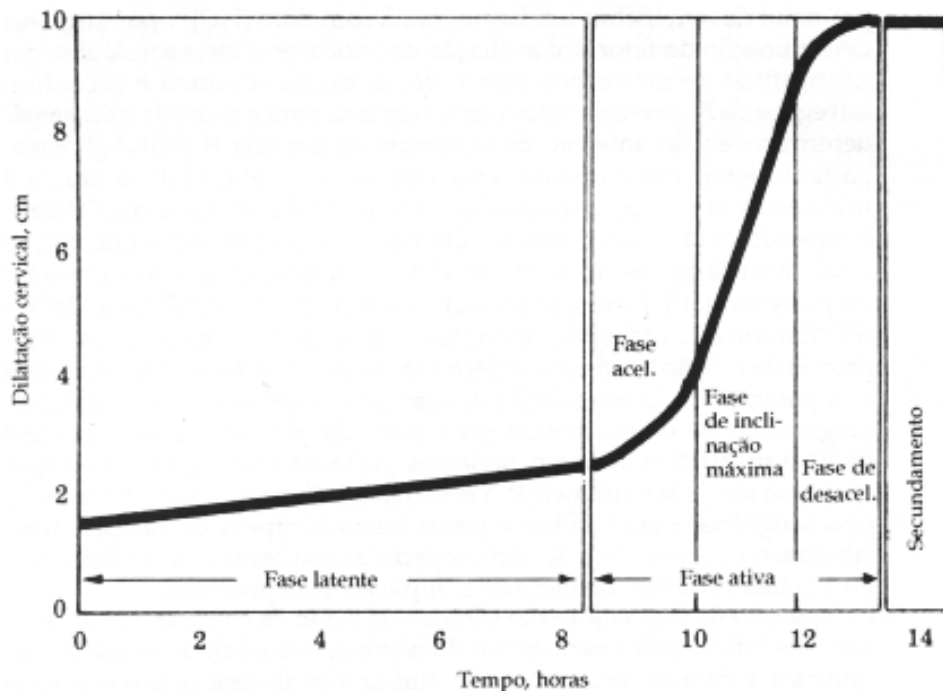
Estudo em 13 hospitais na Nígeria e em Uganda com 5606 gestações únicas, cefálicos e a termo, TP espontâneo e resultado perinatal normal.



Oladapo, O. T. *et al.* Progression of the first stage of spontaneous labour: A prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLOS Med.* **15**, e1002492 (2018).

# EMANUEL FRIEDMAN <sup>(91a)</sup>

Analizou cerca de 500 trabalhos de partos, em nulíparas, em um Hospital de Nova York, na década de 1950.

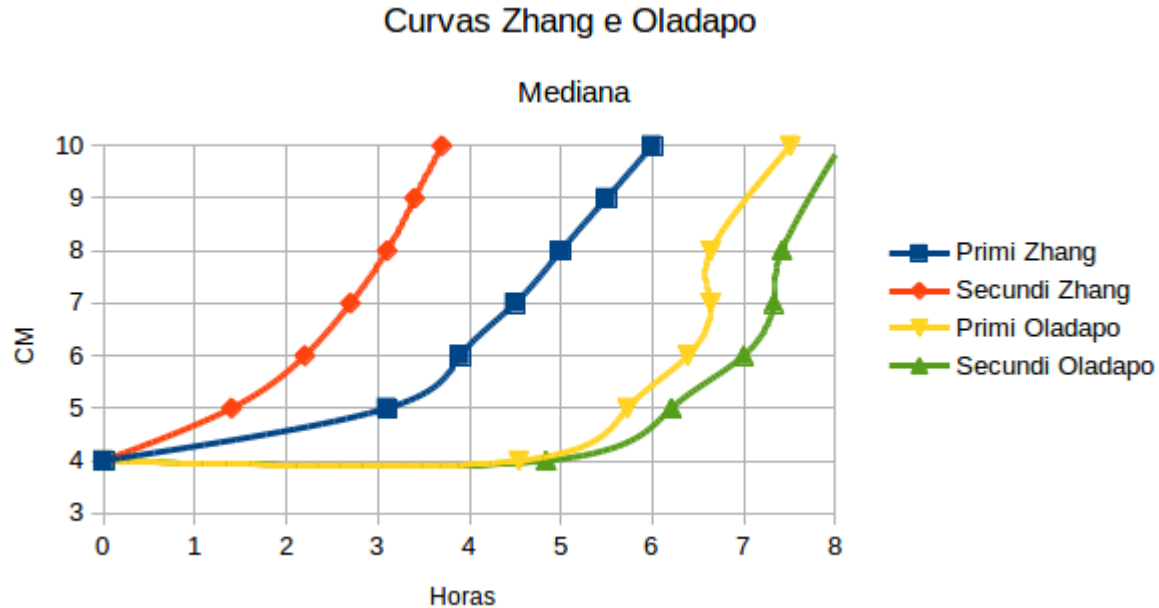


Na fase ativa, a dilatação mínima estatística (P5):  
1,2cm/h (nulíparas)  
1,5cm/h (multíparas)

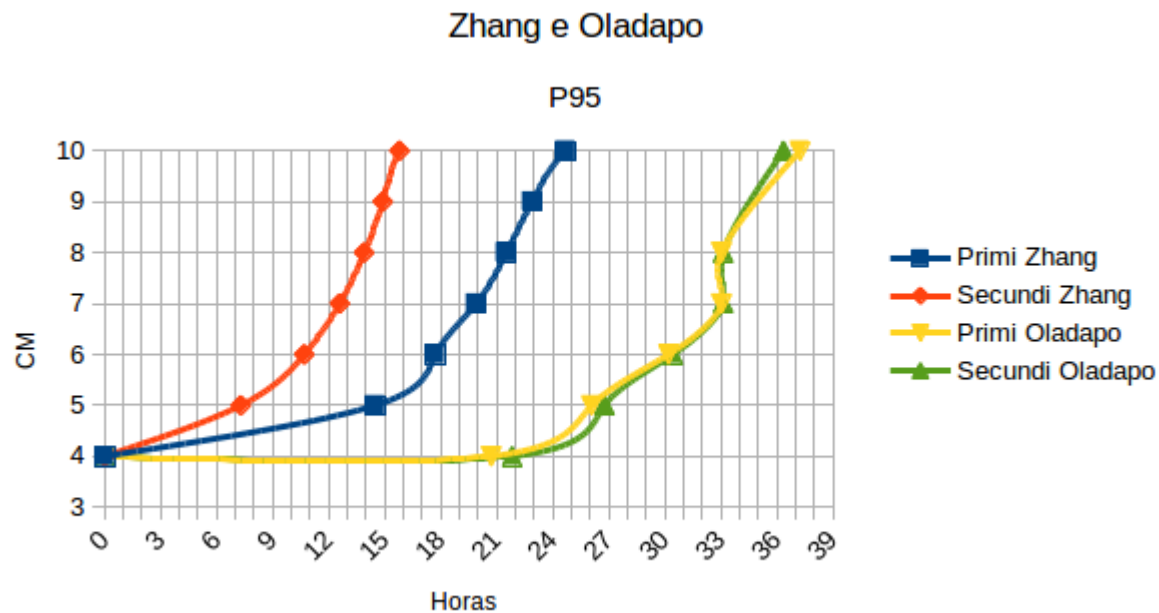
FRIEDMAN E. The graphic analysis of labor.  
Am J Obstet Gynecol 1954; 68:1568.

FRIEDMAN EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol 1955; 6:567.

# Zhang e Oladapo



# Zhang e Oladapo



---

# Evidências sobre o uso do Partograma

---



# Evidências sobre o uso do Partograma

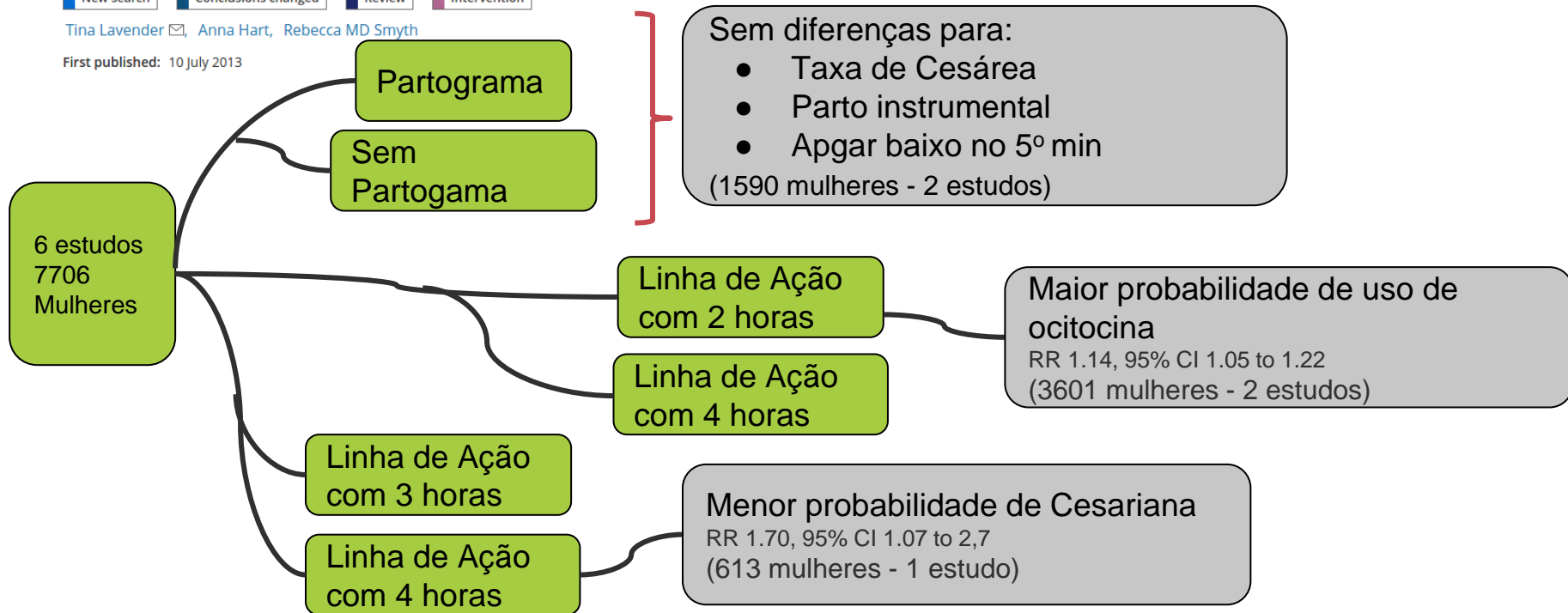
Cochrane Database of Systematic Reviews

Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term

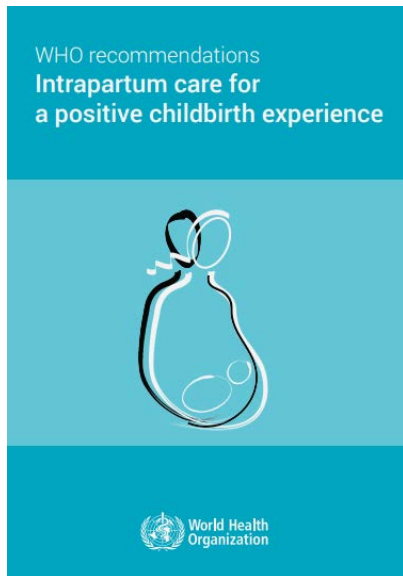
[New search](#) [Conclusions changed](#) [Review](#) [Intervention](#)

[Tina Lavender](#) [Anna Hart](#) [Rebecca MD Smyth](#)

First published: 10 July 2013



# Evidências sobre o uso do Partograma



## 3.2.3 Progress of the first stage of labour

### RECOMMENDATION 7

For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.

(Not recommended)

### Remarks

- There is insufficient evidence to support the use of the alert line as a classifier to detect women at risk of adverse birth outcomes.
- The GDG acknowledged that in hospital settings the use of the alert line and attempts to maintain cervical dilatation progression of 1 cm/hour lead to unnecessary interventions due to the perception that labour progress is pathologically slow.
- While the GDG agreed to recommend not using the 1-cm/hour threshold and the alert line for assessing satisfactory cervical dilatation progress, the group identified the development and selection of an appropriate tool for monitoring labour progression (especially cervical dilatation patterns) as a research priority.
- Women with suspected slow labour progress should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
- The preset lines on the cervicograph are only one element of the existing WHO partograph. Health care professionals should continue to plot cervical dilatation versus time on the cervicograph as well as other partograph parameters (including fetal heart rate, caput succedaneum, moulding, status of amniotic fluid, fetal descent, maternal temperature, blood pressure and urinary output) to monitor the well-being of the woman and her baby and identify risks for adverse birth outcomes. In health care facilities where interventions such as augmentation and caesarean section cannot be performed and where referral-level facilities are difficult to reach, the alert line could still be used for triaging women who may require additional care. In this instance, plotting should commence from a cervical dilatation of 5 cm, which signifies the onset of active first stage of labour for most women.
- This recommendation supersedes the recommendation of active phase partograph with a four-hour action line in the *WHO recommendations for augmentation of labour* (46).



Para parturientes em trabalho de parto espontâneo, a velocidade de dilatação cervical de 1 cm/hora (em fase ativa do período de dilatação) é imprecisa para identificar mulheres em risco para resultados adversos e NÃO é recomendada para esse propósito.

---

## Benefícios do Partograma da OMS

(Safe Motherhood Initiative, 1987):

- Modelo efetivo de observação do progresso do TP
  - Permite detecção precoce de progresso insatisfatório do TP
  - Detecção de DCP antes da obstrução
  - Ajuda em decisões lógicas e rápidas
  - Identifica as intervenções necessárias
  - Simples, baixo custo e claro.
-

# Partograma

- **Uso do partograma reduz taxas de cesárea e óbito intra-parto (OMS, 1994)**
- **Falta de partograma é fator de risco para óbito perinatal (Landsky et al., 2014)**

---

# Uso do Partograma no Brasil

---

# Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto

**Tabela 1** Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011.

...	Risco obstétrico habitual (%)	Não risco obstétrico habitual (%)	Todas as mulheres (%)	Valor de p *
Para mulheres que entraram em trabalho de parto	...	...	...	...
Boas práticas durante o trabalho de parto	...	...	...	...
Alimentação	25,6	24,5	25,2	0,408
Movimentação	46,3	41,1	44,3	< 0,001
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7	0,012
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4	< 0,001
Intervenções durante o trabalho de parto	...	...	...	...
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9	0,043
Ocitocina	38,2	33,3	36,4	0,001
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9	< 0,001
Amniotomia **	40,7	36,4	39,1	< 0,001
Para mulheres com parto vaginal	...	...	...	...
Intervenções durante o parto	...	...	...	...
Litotomia	91,7	91,8	91,7	0,946
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1	0,017
Episiotomia	56,1	48,6	53,5	< 0,001
Para todas as mulheres	...	...	...	...
Cesariana	45,5	60,3	51,9	< 0,001
Parto natural ***	5,6	4,2	5,0	0,845

\* Valor de p de teste qui-quadrado na comparação entre risco obstétrico habitual e não risco obstétrico habitual;\*\* Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;\*\*\* Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, suppl.1 [cited 2018-05-28], pp.S17-S32.

# Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto

**Tabela 1** Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011.

...	Risco obstétrico habitual (%)	Não risco obstétrico habitual (%)	Todas as mulheres (%)	Valor de p *
Para mulheres que entraram em trabalho de parto	...	...	...	...
Boas práticas durante o trabalho de parto	...	...	...	...
Alimentação	25,6	24,5	25,2	0,408
Movimentação	46,3	41,1	44,3	< 0,001
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7	0,012
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4	< 0,001
Intervenções durante o trabalho de parto	...	...	...	...
Cateter venoso periférico	73,9	73,7	74,3	0,843
Ocitocina	38,2	33,3	36,4	0,001
Amniotomia *	40,7	36,4	39,1	< 0,001
Para mulheres com parto vaginal	...	...	...	...
Intervenções durante o parto	...	...	...	...
Litotomia	91,7	91,8	91,7	0,946
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1	0,017
Episiotomia	56,1	48,6	53,5	< 0,001
Para todas as mulheres	...	...	...	...
Cesariana	45,5	60,3	51,9	< 0,001
Parto natural ***	5,6	4,2	5,0	0,845

\* Valor de p de teste qui-quadrado na comparação entre risco obstétrico habitual e não risco obstétrico habitual; \*\* Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização; \*\*\* Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, suppl.1 [cited 2018-05-28], pp.S17-S32.

---

# Então?

---



# MOTIVOS PARA USAR O PARTOGRAMA

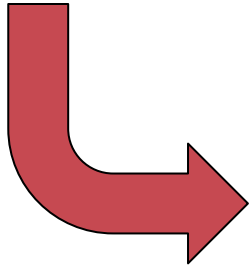
- **Facilita registro**
- **Trocas de plantão**
- **Proteção do binômio:**
  - **FILHO**
  - **MÃE => ↓ CESÁREA**
- **Proteção do profissional**

# Dilatação



## ZHANG, 2010

Mais de 50% das mulheres que tiveram parto normal não dilataram em velocidade  $> 1 \text{ cm/h}$  até atingir 6 cm de dilatação.



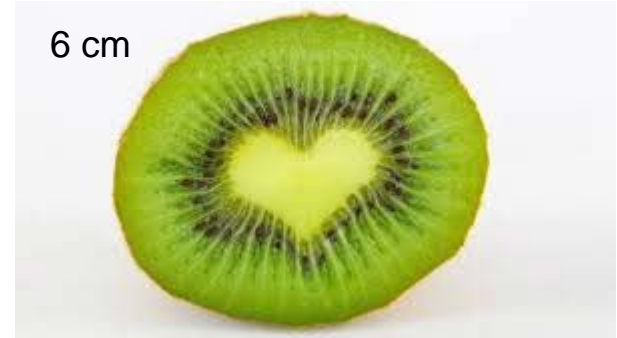
Dilatação cervical de **6 cm** deve ser considerada a dilatação inicial na fase ativa da maioria das mulheres em trabalho de parto.

## ZHANG, 2010

Portanto...

- Dilatação mais lenta que 1 cm/ h na fase ativa não deve ser interpretada como disfuncional.
- Antes de 6 cm de dilatação, os padrões de progresso de fase ativa não devem ser aplicados.

(1B - Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)



# Definição de Parada de evolução (parto protraído, “Arrest”):

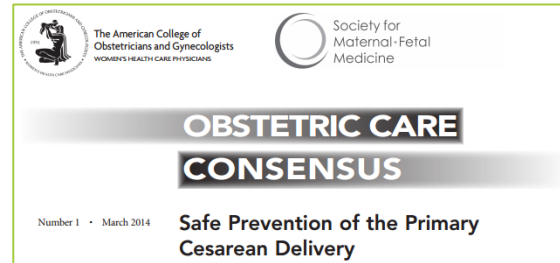
Trabalho espontâneo

Dilatação maior ou igual a **6 cm** de dilatação  
com ruptura da membrana

+

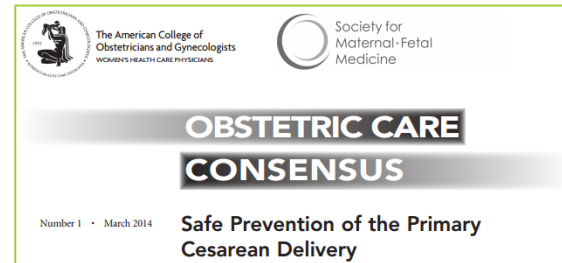
4 horas ou mais de contrações adequadas, ou,  
6 horas ou mais de contrações inadequadas e  
nenhuma mudança cervical

(1B - Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)



Consenso: Safe  
Prevention of the  
Primary Cesarean  
Delivery  
ACOG e SMFM, março  
2014, reafirmado em  
2016.

# Recomendações e grau de Recomendações na primeira fase do trabalho de parto (ACOG)



Uma **fase latente** prolongada (por exemplo, superior a 20 horas em mulheres nulíparas e maior que 14 horas em mulheres multíparas) não deve ser uma indicação para a cesariana.

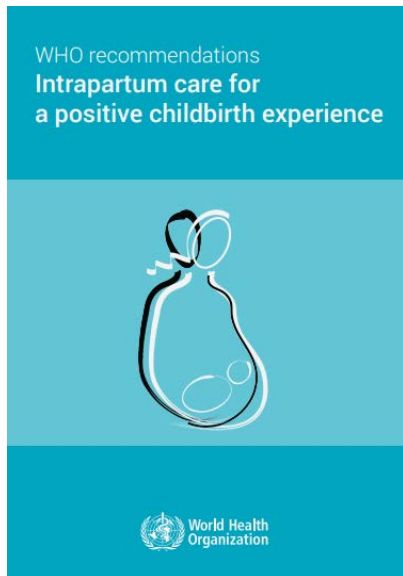
(1B - Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)

O trabalho **lento mas progressivo** na primeira fase do trabalho de parto não deve ser uma indicação para cesariana.

(1B - Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)

Consenso: Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery  
ACOG e SMFM, março 2014, reafirmado em 2016.

# Evidências sobre o uso do Partograma



## 3.2.3 Progress of the first stage of labour

### RECOMMENDATION 7

**For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.**

*(Not recommended)*

### Remarks

- There is insufficient evidence to support the use of the alert line as a classifier to detect women at risk of adverse birth outcomes.
- The GDG acknowledged that in hospital settings the use of the alert line and attempts to maintain cervical dilatation progression of 1 cm/hour lead to unnecessary interventions due to the perception that labour progress is pathologically slow.
- While the GDG agreed to recommend not using the 1-cm/hour threshold and the alert line for assessing satisfactory cervical dilatation progress, the group identified the development and selection of an appropriate tool for monitoring labour progression (especially cervical dilatation patterns) as a research priority.
- Women with suspected slow labour progress should be carefully evaluated to exclude developing complications (e.g. cephalo-pelvic disproportion) and to determine whether their emotional, psychological and physical needs in labour are being met.
- The preset lines on the cervicograph are only one element of the existing WHO partograph. Health care professionals should continue to plot cervical dilatation versus time on the cervicograph as well as other partograph parameters (including fetal heart rate, caput succedaneum, moulding, status of amniotic fluid, fetal descent, maternal temperature, blood pressure and urinary output) to monitor the well-being of the woman and her baby and identify risks for adverse birth outcomes. In health care facilities where interventions such as augmentation and caesarean section cannot be performed and where referral-level facilities are difficult to reach, the alert line could still be used for triaging women who may require additional care. In this instance, plotting should commence from a cervical dilatation of 5 cm, which signifies the onset of active first stage of labour for most women.
- This recommendation supersedes the recommendation of active phase partograph with a four-hour action line in the *WHO recommendations for augmentation of labour* (46).



As linhas do partograma devem continuar a ser preenchidas. Atenção para outros parâmetros que não dilatação - BCF, bossa, modelamento, descida da apresentação

---

“Segurança não depende de  
tempo,  
mas paciência não é uma  
desculpa para passividade,  
negligência ou ignorância”

Baseado na frase de Gail Tully

---