**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES**

NÁDIA ZANON NARCHI

**UTILIZAÇÃO DA “LINHA PÚRPURA”
COMO MÉTODO CLÍNICO AUXILIAR PARA AVALIAÇÃO DA
FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO**

**SÃO PAULO
2011**

NÁDIA ZANON NARCHI

**UTILIZAÇÃO DA “LINHA PÚRPURA”
COMO MÉTODO CLÍNICO AUXILIAR PARA AVALIAÇÃO DA
FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO**

*Tese apresentada à Escola de
Artes, Ciências e Humanidades
da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Livre
Docente*

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, PARA FINS ACADÊMICOS, DESDE QUE CITADA A FONTE.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes e Ciências e Humanidades. Biblioteca)

618.4 Narchi, Nádia Zanon
N222u Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto / Nádia Zanon Narchi. – São Paulo, 2011.
102 f. : il.

Tese apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre Docente, São Paulo, 2011.

Título em inglês: Using the “purple line” as a supporting clinical method to evaluate the active stage of labor.

1. Parto. 2. Trabalho de parto. 3. Parto humanizado. 4. Diagnóstico clínico. I. Título. II. Título em inglês.

NÁDIA ZANON NARCHI

**UTILIZAÇÃO DA “LINHA PÚRPURA”
COMO MÉTODO CLÍNICO AUXILIAR PARA AVALIAÇÃO DA
FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO**

Presidente da banca: Profa. Dra. Flavia Mori Sarti

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alex Antonio Florindo

Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda

Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Profa. Dra. Maria José Clapis

Aprovada em: 22/03/2011

Este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na Temática Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos, Processo nº. 402558/2008-1.

AGRADECIMENTOS

À Direção do Hospital São Mateus, que autorizou e possibilitou a realização da pesquisa.

À Profa. Joyce Silveira de Andrade, supervisora de estágios do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo, pelo seu empenho e apoio no processo de coleta de dados do estudo.

Às Obstetrizes Natália Rejane Salim e Mariane Menezes, recém-formadas pelo Curso de Obstetrícia da EACH, empenhadas na transformação do modelo de atenção ao processo de parto e nascimento em nosso país, que realizaram a coleta de dados da pesquisa.

À Mariana Montenegro Bertolino, estudante de Obstetrícia e bolsista de Iniciação Científica do CNPQ, que se empenhou em procurar a melhor forma de construir o banco de dados e a análise estatística do estudo.

Aos estudantes do Curso de Obstetrícia da EACH, que assistiram as mulheres deste estudo e auxiliaram o processo de coleta de dados.

Às amigas Rosa Áurea Quintella Fernandes e Dulce Maria Rosa Gualda, pelo companheirismo e orientações.

Às companheiras Maria Helena Bastos e Carmem Simone Grilo Diniz pelo incentivo na realização desse estudo.

Aos docentes do Curso de Obstetrícia e à Direção da EACH que me apoiaram e incentivaram na realização do concurso de livre-docência.

Às mulheres em trabalho de parto e seus acompanhantes, pela participação e desprendimento.

Narchi NZ. Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

O objeto deste estudo recai sobre a evidenciação e a possibilidade de utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar de avaliação da fase ativa do trabalho de parto, tipo de tecnologia não invasiva que pode possibilitar maior conforto às mulheres, bem como diminuir a possibilidade de ocorrência de agravos ou transtornos de ordem biológica ou psicossocial associados à realização do exame de toque vaginal, muitas vezes evidenciado como um tipo especial de violência de gênero na área da saúde. A “linha púrpura” inicia-se na região perianal e, à medida que a dilatação cervical progride, avança para cima pela fissura interglútea em direção à junção sacro-coccígea e, à medida que a apresentação fetal avança pela pelve materna, a linha se descolore. **Objetivos:** verificar a ocorrência da “linha púrpura” e da descoloração da “linha púrpura” em mulheres na fase ativa do trabalho de parto; a correlação entre a medida da “linha púrpura” e a medida da dilatação cervical das mulheres; a correlação entre a presença de descoloração da “linha púrpura” e o grau de descida da apresentação fetal na pelve das mulheres; a correlação entre a presença da “linha púrpura” e a caracterização social e obstétrica das mulheres; e, a opinião das mulheres quanto à utilização desse método clínico. **Método:** pesquisa descritiva e observacional, com abordagem quantitativa, em centro de parto normal de um hospital público de São Paulo, de junho de 2009 a janeiro de 2010, em amostra constituída por 100 parturientes, segundo critérios de inclusão e de acordo com os princípios éticos em pesquisa. **Resultados:** 56% das mulheres apresentaram “linha púrpura” em pelo menos uma avaliação durante a fase ativa do trabalho de parto; houve correlação estatística significativa entre as medidas da dilatação e da “linha púrpura”; 22% das mulheres em que foi evidenciada a “linha púrpura” apresentaram descoloração em pelo menos uma avaliação; não houve associação estatisticamente significativa entre a presença da descoloração e a descida da cabeça fetal na bacia materna; 67,5% das mulheres brancas tendem a apresentar mais a “linha púrpura” do que as 47,2% pardas, embora sem significância estatística; 81% das mulheres afirmaram que a avaliação da “linha púrpura” não lhes provocou nenhum desconforto, enquanto 96% afirmaram que a avaliação da “linha púrpura” não lhes provocou os desconfortos comparados aos do exame de toque vaginal. **Conclusões:** o método pode contribuir para o processo de atenção humanizada e centrada na mulher durante o parto e nascimento, pois, desde que haja a presença da linha, sua avaliação pode ser utilizada para diminuir o número de exames vaginais, especialmente quando estes tiverem o objetivo de avaliar unicamente a dilatação cervical.

Palavras-chave: Primeira fase do trabalho de parto. Parto humanizado. Diagnóstico clínico. Gênero e saúde.

Narchi NZ. Using the "purple line" as a supporting clinical method to evaluate the active stage of labor. [thesis]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The object of this study lies on the disclosure and the possibility of using the "purple line" as a supporting clinical method to evaluate the active phase of labor, a non-invasive technology that can provide greater comfort to women as well as decrease the possibility of occurrence of biological or psychosocial diseases or disorders associated with the vaginal examination, often shown as a special kind of gender violence in the health field. The "purple line" begins at the anal margin at the start of labor and, as cervix dilation evolves, it creeps up by the woman's buttocks towards the nape, near the sacrococcygeal joint, and its coloration becomes lighter with the progress of the lowering and fetal head toward the woman's sacral spines.

Purposes: to verify the occurrence of the "purple line" and its discoloration in women in the active stage of labor; to verify the correlation between the length of the line and its discoloration with the findings of the vaginal exam; to verify the correlation between the presence of the line and the social and obstetric characteristics of the women, and to verify the opinion of the women with the use of this supporting clinical method. **Method:** Descriptive and observational research, with a quantitative approach, in a Birth Center of a public hospital in São Paulo, Brazil, from April, 2009 to January, 2010, in 100 women in labor, according to inclusion criteria and in accordance with the ethical principles in research. **Results:** 56% of women had "purple line" in at least one assessment during the active phase of labor, 22% of women with "purple line" showed discoloration at least one assessment; there was significant statistical correlation between the measures of the cervix dilation and the "purple line" and there was no statistically significant association between the presence of discoloration and the descent of the fetal head in the maternal pelvis; 67,5% of Caucasian women tend to have more "purple line" than 47,2% of those of mixed race, although not statistically significant, 81% of women reported that the evaluation of the "purple line" not caused them any discomfort, while 96% said that the evaluation of the "purple line" not caused them the discomforts compared to the vaginal examination. **Conclusions:** this method may contribute to the process of humanizing and focused attention on women during childbearing, because when the line was present, its length was directly related to the cervix dilation. Hence, the method can be used to decrease the number of vaginal exams during the labor process, especially when it has the objective of only assess cervical dilation.

Keywords: First stage of labor. Humanized care. Clinical diagnosis. Gender and health.

Narchi NZ. Utilización de la "línea púrpura" como método auxiliar de clínica para la evaluación de la fase activa del parto. [tesis]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMEN

El objeto de este estudio radica en la divulgación y la posibilidad de utilizar la "línea púrpura" como método auxiliar de clínica para la evaluación de la fase activa del parto, tipo de tecnología no invasiva que puede proporcionar una mayor comodidad a las mujeres, así como disminuir la posibilidad de aparición de enfermedades o trastornos de tipo biológico o psicosocial asociada con el examen de tacto vaginal, a menudo se muestra como un tipo especial de violencia de género en el campo de la salud. La "línea púrpura" se inicia en la región perianal y, como la dilatación cervical progresa, se mueve hacia arriba a través de la fisura entre glúteos hacia la unión sacro-coccígea y, según la presentación fetal evoluciona la pelvis materna, la línea si descolora. **Objetivos:** investigar la ocurrencia de la "línea púrpura" y suja decoloración en las mujeres en la fase activa del parto, evaluar la correlación entre el tamaño de la "línea púrpura" y la dilatación del cuello uterino, evaluar la correlación entre la presencia de decoloración de la línea y el grado de descenso de la presentación fetal en la pelvis de la mujer, investigar la correlación entre la presencia de la línea y las características sociales y obstétrica de la mujer y por último, investigar los puntos de vista de las mujeres con respecto al uso del método. **Método:** estudio descriptivo y observacional, con un enfoque cuantitativo, in un centro de parto normal de un hospital público de Sao Paulo, de junio 2009 a enero 2010, in una muestra de 100 mujeres en trabajo de parto, de acuerdo con criterios de inclusión y de conformidad con los principios éticos en la investigación. **Resultados:** 56% de las mujeres habían "línea púrpura" en al menos una evaluación durante la fase activa del parto; el 22% de las mujeres que mostraron la "línea púrpura" presentaron decoloración por lo menos una evaluación; existió una correlación estadísticamente significativa entre las medidas de la dilatación del cuello uterino y la "línea púrpura"; no hubo asociación estadísticamente significativa entre la presencia de la decoloración y el descenso de la cabeza fetal en la pelvis materna; 67,5% de las mujeres blancas tienden a tener más "línea púrpura" que las 47,2% de raza marrón, aunque no estadísticamente significativa; el 81% de las mujeres opinaron que evaluación de la "línea púrpura" no les ha causado alguna molestia, mientras que el 96% dijo que la evaluación de la "línea púrpura" no les han causado las molestias de la exploración del tacto vaginal. **Conclusiones:** Este método puede contribuir al proceso de atención humanizada y centrada en las mujeres durante el parto y el nacimiento, porque mientras exista la presencia de la línea, su evaluación se pueden utilizar para reducir el número de exámenes vaginales, sobre todo cuando tienen la evaluar sólo la dilatación del cuello uterino.

Palabras-clave: Primera etapa del trabajo del parto. Parto humanizado. Diagnóstico clínico. Género y salud.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: “LINHA PÚRPURA”. FONTE E AUTORIA DESCONHECIDAS	31
FIGURA 2: INDICAÇÃO VISUAL DA DIREÇÃO DA “LINHA PÚRPURA”	32
FIGURA 3: CORRELAÇÃO ENTRE A DILATAÇÃO CERVICAL E A MEDIDA DA LINHA PÚRPURA. SÃO PAULO - 2010. (N = 122)	54
FIGURA 4: DESCOLORAÇÃO DA LINHA PÚRPURA DE ACORDO COM O GRAU DE INSINUAÇÃO DA CABEÇA FETAL NA BACIA. SÃO PAULO - 2010	55
FIGURA 5: FREQUÊNCIA DA LINHA DE ACORDO COM A COR AUTO- DECLARADA. SÃO PAULO - 2010.....	58
FIGURA 6: POSIÇÃO GENUPEITORAL EM MULHER COM LINHA NÃO VISUALIZADA. SÃO PAULO - 2010	61
FIGURA 7: CORRELAÇÃO ENTRE A DILATAÇÃO CERVICAL E A MEDIDA DA LINHA PÚRPURA DO TRABALHO REFERÊNCIA	65
FIGURA 8: MULHER COM LINHA IGUAL A 6 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 4 CM. SÃO PAULO - 2010.....	68
FIGURA 9: MULHER COM LINHA IGUAL A 6 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 6-7 CM. SÃO PAULO - 2010.....	68
FIGURA 10: MULHER COM LINHA IGUAL A 6,5 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 5 CM. SÃO PAULO - 2010.....	69

FIGURA 11: MULHER COM LINHA IGUAL A 6 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 5 CM. SÃO PAULO - 2010.....	69
FIGURA 12: MULHER COM LINHA IGUAL A 5 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 4 CM. SÃO PAULO - 2010.....	70
FIGURA 13: MULHER COM LINHA IGUAL A 8 CM, DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 8-9 CM, DESCOLORAÇÃO CENTRAL DA LINHA E DE LEE +1. SÃO PAULO - 2010.....	70
FIGURA 14: MULHER COM LINHA IGUAL A 6 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 5 CM. SÃO PAULO - 2010.....	71
FIGURA 15: MULHER COM LINHA IGUAL A 7,5 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 8 CM. SÃO PAULO - 2010.....	71
FIGURA 16: MULHER COM LINHA IGUAL A 7 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 8-9 CM. SÃO PAULO - 2010.....	72
FIGURA 17: MULHER COM LINHA IGUAL A 5 CM E DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 6 CM. SÃO PAULO - 2010.....	72
FIGURA 18: MULHER COM LINHA IGUAL A 8 CM, DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 9 CM, DESCOLORAÇÃO DISTAL DA LINHA E DE LEE IGUAL A 0. SÃO PAULO - 2010	73
FIGURA 19: MULHER COM LINHA IGUAL A 7,5 CM, DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL A 7 CM, DESCOLORAÇÃO DISTAL DA LINHA E DE LEE IGUAL A -1. SÃO PAULO - 2010	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES. SÃO PAULO - 2010. (N = 100).....	49
TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA DAS MULHERES. SÃO PAULO - 2010. (N = 100).....	50
TABELA 3: ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS RELATIVAS À IDADE, NÚMERO DE GESTAÇÕES, PARIDADE E NÚMERO DE FILHOS VIVOS DAS MULHERES. SÃO PAULO - 2010. (N = 100)	51
TABELA 4: RELAÇÃO ENTRE DESCOLORAÇÃO DA “LINHA PÚRPURA” E ESTAÇÃO DA CABEÇA FETAL NA BACIA MATERNA. SÃO PAULO - 2010. (N = 208).....	55
TABELA 5: RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DA “LINHA PÚRPURA” E A CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E OBSTÉTRICA DAS MULHERES. SÃO PAULO - 2010. (N = 100)	57
TABELA 6: FREQUÊNCIA DA LINHA DE ACORDO COM A COR AUTO- DECLARADA DAS MULHERES. SÃO PAULO - 2010. (N = 100).....	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E O EXAME DE TOQUE VAGINAL	16
1.2	A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O EXAME DE TOQUE VAGINAL	23
1.3	A “LINHA PÚRPURA”	28
2	OBJETIVOS	36
3	MÉTODO	38
3.1	TIPO E LOCAL DA PESQUISA	39
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
3.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	42
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45
3.6	ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	47
4	RESULTADOS	48
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E OBSTÉTRICA DAS MULHERES	49
4.2	OCORRÊNCIA DA LINHA PÚRPURA E DA DESCOLORAÇÃO DA LINHA PÚRPURA	52
4.3	CORRELAÇÃO ENTRE MEDIDAS DA LINHA PÚRPURA E DA DILATAÇÃO CERVICAL	53
4.4	CORRELAÇÃO ENTRE PRESENÇA DE DESCOLORAÇÃO DA LINHA PÚRPURA E DESCIDA DA APRESENTAÇÃO FETAL NA BACIA MATERNA	54
4.5	CORRELAÇÃO ENTRE PRESENÇA DA LINHA PÚRPURA E A CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E OBSTÉTRICA DAS MULHERES	56
4.6	OPINIÃO DAS MULHERES QUANTO AO MÉTODO	59

5	DISCUSSÃO	62
6	CONCLUSÕES	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
8	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	95
	ANEXO	101

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E O EXAME DE TOQUE VAGINAL

Nas duas últimas décadas, a avaliação da assistência materna e perinatal conduziu para a necessidade de revisão e mudança de muitos procedimentos comumente utilizados na atenção à gravidez e ao parto no mundo inteiro^(1,2). A partir do “movimento da medicina baseada em evidências”, constatou-se que apenas uma parcela reduzida das ações obstétricas praticadas era baseada em evidências científicas sólidas, efetivas e seguras^(3,4). Essa situação é ainda mais séria nos países da América Latina, nos quais o processo de mudança tem sido muito lento e uma parte significativa dos serviços que assistem as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal continuam utilizando condutas ineficazes ou mesmo prejudiciais à saúde⁽³⁾.

A diminuição de intervenções desnecessárias, normalmente associadas ao aumento da morbidade de mães e bebês, faz-se um dos maiores objetivos no planejamento das ações de saúde materno-infantil em todos os países⁽⁴⁾. Nesse contexto, a obstetrícia baseada em evidências mostrou que procedimentos rotineiros, como a presença de estranhos e o isolamento da mulher durante o trabalho de parto e/ou parto, causam estresse que pode interferir no andamento do processo natural do parto,

prolongando-o e desencadeando o que foi descrito como uma “*cascata de intervenções*”⁽⁵⁾.

Além das dimensões propriamente biológicas da experiência do parto, ocorre também pouca atenção aos seus aspectos psicossociais, centrais para que as mulheres possam ter uma avaliação positiva da experiência de dar à luz⁽⁶⁾.

No caso brasileiro, o modelo de atenção ao parto mais usual do setor público ainda inclui intervenções que deveriam ser utilizadas de forma seletiva, mas que são feitas de rotina, como a indução e a aceleração do parto, o toque vaginal e a episiotomia, ou que deveriam ser simplesmente proscritas, como a posição de litotomia, a tricotomia, o enema, o fórceps de alívio para primíparas, a pressão fúndica durante o expulsivo, entre outras^(7,8). Enquanto no setor privado são encontradas taxas de cesáreas superiores a 80%⁽⁹⁾, avolumam-se evidências de que o modelo baseado em intervenções de rotina sobre o parto fisiológico tem contribuído no Brasil para a piora tanto dos resultados maternos quanto neonatais⁽¹⁰⁾.

Várias iniciativas estão sendo desenvolvidas para mudar essas práticas. Dentre elas, destaca-se o *Prêmio Galba de Araújo*, criado em 1999 pelo próprio Ministério da Saúde, para reconhecer e premiar as unidades de saúde integradas ao SUS que se destacarem na atenção humanizada à mulher

e ao recém-nascido, o que inclui o estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno⁽¹¹⁾.

Por meio de incentivos como esse, além de outras determinações oficiais do Ministério da Saúde, hospitais em diferentes regiões do país têm mudado sua prática e incorporado rotinas menos invasivas e baseadas em evidências, utilizando uma assistência distinta daquela utilizada na grande maioria das instituições, a despeito do que mostram as evidências e da necessária garantia de respeito aos direitos humanos da mulher no processo de parto e nascimento.

Verifica-se que estratégias estão sendo desenvolvidas para melhorar a qualidade da experiência do parto em vários países, nos quais se inclui o Brasil. A criação ou a expansão de Centros de Parto, em hospitais ou fora deles, locais em que mulheres com gestação de baixo risco podem dar à luz numa atmosfera semelhante à domiciliar, com assistência obstétrica primária, em geral aos cuidados de enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizes, é uma dessas estratégias, pois a maioria desses centros não utiliza monitoramento fetal eletrônico, qualquer intervenção sobre a dinâmica uterina, ou seja, aceleração do trabalho de parto, bem como toques vaginais excessivos ou analgesia farmacológica⁽¹⁾, o que poupa as mulheres de repercussões negativas em sua saúde reprodutiva e sexual, bem como sua capacidade de cuidar dos recém-nascidos⁽¹²⁾.

Nesse contexto de cuidado, salienta-se o movimento de humanização da atenção ao parto, que tem como premissa a assistência centrada na mulher, ou seja, a mulher encarada como o principal sujeito no processo de atenção, o que obrigatoriamente exclui rotinas criadas para facilitar o serviço ou o trabalho dos profissionais. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) enaltece iniciativas para a melhoria dos indicadores de saúde e maior satisfação dos usuários, além de estimular os profissionais para uma atitude humanizada, na qual a informação, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre o cuidador e aquele que é cuidado⁽¹³⁾.

Por conseguinte, buscar métodos menos intervencionistas de assistir o processo de parto e nascimento, é uma forma de respeitar a dignidade da mulher, especialmente em momento no qual sua privacidade é invadida, mesmo que seja necessário, como é o caso do toque vaginal durante o acompanhamento do primeiro período do parto, o de dilatação.

Muitas mulheres não gostam do toque vaginal; relacionam-no à invasão de sua intimidade sexual, privacidade e, até, percebem-se mais vulneráveis, ou seja, associam o procedimento a algo que as submete e subjuga, conferindo-lhes inferioridade diante de um profissional de saúde que, muitas vezes, também se sente constrangido em fazê-lo ou, de forma contrária, o faz sem o devido respeito ou delicadeza⁽¹⁴⁾.

Sabe-se que a realização do exame vaginal não avalia simplesmente a dilatação do colo uterino no primeiro período do parto; serve também para verificar posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, bem como apresentação, atitude e posição fetal, presença de bossa e grau de cavalgamento ósseo do crânio fetal, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas.

O exame vaginal, no entanto, pode ser arriscado pela possibilidade de se constituir em meio de transmissão de infecções maternas e fetais, com sérias repercussões e seqüelas sobre a saúde de ambos, especialmente quando realizado de forma inadequada. Por sua vez, o látex presente nas luvas utilizadas para o exame vaginal pode provocar alergias tanto nas mulheres quanto nos profissionais, havendo trabalhos que mostram incidência menor que 1% desse tipo de reação na população em geral, mas de 5 a 17% entre os profissionais médicos e não-médicos que utilizam com frequência esse material⁽¹⁵⁾, como é o caso dos profissionais que assistem ao parto.

O toque também pode ser realizado com objetivos não recomendados ou mesmo prejudiciais à evolução natural do trabalho de parto e do parto como, por exemplo, para descolamento de membranas, redução do colo no final do período de dilatação, redução do períneo durante o período

expulsivo, estímulo às contrações e “puxos” por meio de pressão perineal e vaginal, entre outras rotinas obstétricas praticadas no dia a dia da atenção, principalmente naqueles locais em que as mulheres não são respeitadas e as intervenções não são guiadas pelas evidências científicas^(1,2).

Algumas mulheres chegam a dizer que o exame vaginal é o pior do parto, outras referem que a ansiedade ocasionada pelo toque as atrapalhou ou, mesmo, as tirou da concentração que envolve esse momento tão singular, no qual buscam interiorizar seus sentimentos a fim de se fortalecerem e, conseqüentemente, tornarem-se as principais protagonistas do ato de parir. Outras, inclusive, associam o toque à inaptidão para parir, ou seja, o exame as inferioriza a tal ponto que perdem a capacidade de se reconhecerem como sujeitos daquele processo, especialmente quando o procedimento é realizado no período expulsivo e provoca a sensação de que elas são incapazes. Assim, o profissional, ao realizar o toque, sinaliza para a mulher que é ele quem dirige e define como ocorrerá o parto, restando a ela obedecer às ordens e contribuir, senão mesmo a não atrapalhar⁽¹⁴⁾.

Pelo exposto, o exame de toque vaginal é muito importante no acompanhamento da evolução do trabalho de parto, observando-se o quanto é fundamental envolver a gestante na decisão por sua realização e necessidade. Nesse sentido, muitas parturientes aceitam e permitem o toque quando o profissional que as assiste é respeitoso, gentil, cuidadoso e

preocupado em concentrar sua atenção na mulher, não retirando dela o papel central que ocupa naquele momento⁽¹⁴⁾.

No entanto, a prática mostra que o toque vaginal é, na maioria das vezes, realizado apenas para avaliar a dilatação do colo uterino no primeiro período do parto ou, até, para apressar o período expulsivo. Nessa perspectiva, o uso indiscriminado, desrespeitoso e rotineiro do exame encontra-se entre alguns dos procedimentos observados na realidade brasileira, especialmente nos serviços públicos, que “vitimizam a mulher”, transformando-a em “objeto ou propriedade” do cuidador^(1,17-23).

Alguns autores^(14,16), preocupados com essa situação, com as rotinas estabelecidas em função do conforto profissional, com o desconforto, os traumas, as reações indesejadas e as intercorrências que o toque vaginal provoca, apresentam a medição da “linha púrpura” como uma opção eficaz para avaliar a dilatação cervical e a descida da cabeça fetal na bacia materna.

Antes de definir o que seja a “linha púrpura” considera-se importante destacar como o exame de toque vaginal pode se associar à violência de gênero.

1.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O EXAME DE TOQUE VAGINAL

Nem sempre o parto é um evento que integra a vivência reprodutiva da mulher e seu parceiro. Pelo contrário, várias circunstâncias a que a mulher está sujeita durante o parto se caracterizam por ações de não cuidado e/ou de desumanização, entendidas como um tipo especial de violência de gênero na área da saúde, aquela em que a mulher consente, muitas vezes calada, por acreditar que está fazendo o melhor para si e, especialmente, para o filho que está por nascer⁽²⁴⁾. Nesse contexto, o exame de toque vaginal é compreendido como um dos procedimentos mais desrespeitosos impostos às mulheres, especialmente as que utilizam os serviços públicos de saúde.

Algumas falas apresentadas por Wolff e Waldow⁽²⁴⁾ mostram com clareza a associação entre o toque vaginal e a violência durante o processo de parturição:

“era muita gente, era muito estudante, a minha experiência ali foi horrível! É uma situação constrangedora, fiquei com vergonha...fiquei das 9 da manhã até às 6 horas da tarde, em cima de uma maca, todo mundo fazendo o exame de toque, estudante, tudo, um horror de gente, como é que tu não vai se sentir mal? ...eu não acho certo é aquele monte de estudante...vinha um, vinha outro, era um monte de gente...em questão de 10 em 10 minutos, eles estavam fazendo (toque vaginal), era rapaz, era moça, tinha de tudo, tudo bem jovem, me senti mal....eles iam lá para ver se tinha dilatação, tentavam puxar o colo do meu útero também, foi horrível....Foi uma experiência que nunca imaginei que ia passar...eu não tenho que achar nada, eu não mando nada, eu acho muito constrangedor para uma

peessoa, por mais que eles estão ali estudando, se aperfeiçoando, para eles é uma coisa natural, é normal, mas para mim não é....Era umas vinte pessoas mais ou menos numa sala e eu sentada numa maca com as pernas abertas e com aquele pano por cima de mim, mas para lá todo mundo enxergava, onde eles estavam...era gente passando ali, saindo duma porta, entrando na outra...era horrível, isso aí eu não aceito....eu achei constrangedor, eram várias mulheres em trabalho de parto, não podia ser uma coisa aberta assim...”

“...o toque (vaginal) era feito por mais pessoas, tinha uma médica que estava fazendo, depois trocou o plantão, aí veio mais gente, acho que uns dez estavam lá...uns cinco mais ou menos fizeram o toque na mesma hora...incomoda um pouco, incomoda porque machuca a gente...mas tinha que fazer, eu achei que fosse normal também...”

“... o que menos gostei foram os toques, porque, no começo doía, não gostava quando eles vinham...doía, era ruim, porque tinha gente que fazia com calma e outros que não...eles chegavam e diziam: Vamos examinar, vamos ver como é que está, e aí eu deixava...Aí vinha todo mundo, todo mundo queria fazer...quatro fizeram exames de toque...senti nesse momento vergonha, porque era homem, eu só não ficava envergonhada quando eram as mulheres que vinham fazer...dá vergonha...”

“...foi ruim, porque tem aquele exame de toque, é um atrás do outro, a gente fica não querendo mais ter filho porque toda vez que a gente sente uma dor vem aquele exame de toque, daí parece que piora mais ainda...machuca a gente...na parte do toque me senti mal...foram não digo agressivos, mas estúpidos...um pelo menos me xingou porque eu estava apavorada de tanto toque que estavam me fazendo...ficava muito constrangida e alguns xingavam que eu não ficava quieta...eu acho que a gente tem que conversar e ir com calma, não chegar simplesmente e mandar a gente ficar de um jeito e não explicar o que vão fazer na gente...”

Tais depoimentos demonstram a indiferença ou insensibilidade dos profissionais com as mulheres, que perceberam o toque como um cuidado necessário, mas violento, na medida em que se expuseram intimamente a grande número de desconhecidos durante o trabalho de parto e o parto, sentindo-se envergonhadas e embaraçadas pelo exame, que era humilhante, mas tinha que ser aceito para que o bebê pudesse nascer bem⁽²⁴⁾.

Esse tipo de submissão de um indivíduo à exposição de seu corpo traduz-se em violência simbólica ou psicológica, muito comum nos ambientes hospitalares em que os profissionais de saúde abusam de seu poder e não demonstram preocupação com a individualidade, a privacidade, os valores culturais, a autonomia e o livre arbítrio. Para Wolff e Waldow⁽²⁴⁾, na situação do trabalho de parto e parto, esse tipo de dominação é imposto pela condição de desigualdade entre a mulher, o objeto que não paga, e o profissional, detentor do conhecimento e da tecnologia, “o dono do saber”, aquele que está ali para salvar a ela e a seu filho, típico da institucionalização de evento fisiológico, que deve ser devolvido à mulher.

Nessa perspectiva, os toques vaginais em número exagerado e sem delicadeza ou respeito pelo sujeito^(24,25), são encarados negativamente por muitas mulheres, pois o exame as inferioriza e subjugam ao poder de dominação, frequentemente autoritário e culturalmente construído como tal.

O que se observa é que esse contexto de “des-cuidado” no parto realizado em ambiente hospitalar transformou-o em evento medicalizado, solitário e despersonalizado, que oferece “maior segurança” para o bebê nascer, independentemente do quanto as mulheres sejam destratadas, desrespeitadas, reduzidas a objetos simbólicos da dominação⁽²⁶⁾, das quais não se espera nenhuma resistência por serem “femininas”, dóceis e passivas. A seguinte fala apresentada no trabalho de Teixeira e Pereira⁽²⁷⁾ ilustra bem essa situação:

“O médico veio fazer toque em mim, e ainda me chamou de ignorante, porque eu tava sentindo muita dor e ele pediu prá mim abrir a perna e eu não tava agüentando, aí eu pedi para ele esperar e ele me chamou de ignorante, estúpida. Eu respondi ele e perguntei se ele tava ali para atender ou criticar as pessoas que tava ali, as paciente. Ele ficou quieto e saiu.”

Segundo as autoras⁽²⁷⁾, numa relação de dominação, de violência de gênero durante o parto, a parte dominada é sempre a mulher que vai parir, calada por xingamentos ou pelo silêncio que ignora suas manifestações de desagrado. Para Stewart⁽²⁸⁾, durante o toque vaginal o profissional de saúde também pode demonstrar que tanto a mulher quanto o trabalho de parto estão sob seu controle, ou seja, ele manifesta com suas mãos, com o toque, poder e autoridade sobre o objeto que detém. Esta autora descreve, ainda, como as parteiras podem utilizar estratégias verbais e físicas para se

distanciar do exame, que também lhes provoca desconforto, pois entendem os corpos femininos como contaminados e poluídos, passando essa sensação para as mulheres que estão assistindo.

A noção de sujeira, culturalmente associada ao corpo feminino, cujos fluídos “malcheirosos” necessitam ser “limpos” e “desinfetados”, é uma das mais violentas formas de “objetificação”^(29,30) das mulheres pelos profissionais de saúde que as assistem, especialmente durante os períodos do parto, em que muco, sangue, fluido amniótico ou outros dejetos necessitam ser constantemente retirados a fim de não lhes provocar desconforto.

Diante do exposto, a humanização da atenção ao parto e nascimento deve levar em conta também a perspectiva da dominação simbólica, não apenas do sexo ou da profissão^(25,27). O processo de construção, banalização e naturalização do poder e da violência, típicos dessa dominação, provocam sentimentos de fragilidade e “desvalor” nas mulheres, especificamente durante o exame de toque vaginal, o que pode ser parcialmente dirimido caso a utilização da “linha púrpura” comprove-se método clínico confiável para avaliar a fase ativa do primeiro período do parto. Esta pode ser mais uma tecnologia não invasiva a fazer parte do modelo assistencial a que todas as mulheres têm direito no parto e nascimento.

Discutir avanços no modelo de atenção em obstetrícia significa obrigatoriamente pensar em cidadania feminina, o que exige uma reflexão sobre os papéis adotados nas relações de gênero, nas diferenças entre homens e mulheres resultantes da cultura construída através dos séculos e, de forma especial, postura de respeito e consideração à mulher, figura central em todo o processo.

Mostra-se válido, portanto, pesquisar cuidados menos intervencionistas que o toque vaginal, como, por exemplo, a utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliar a evolução do trabalho de parto.

1.3 A “LINHA PÚRPURA”

Durante o 28º. Congresso Trienal da Confederação Internacional de Obstetizes em Glasgow no ano de 2008, em sessão de apresentação de trabalhos na qual se discutiam os desconfortos que o exame de toque vaginal provoca na mulher em trabalho de parto, foi citada a medida da “linha púrpura” como opção confiável para a determinação da dilatação cervical.

Muitos pesquisadores presentes, entre eles a autora deste estudo, desconheciam essa prática e se mostraram interessados em conhecer melhor o assunto e realizar estudos sobre ele. Essa primeira aproximação com o

tema deu início à proposta de investigação sobre o uso dessa prática no cuidado às mulheres em trabalho de parto.

A partir daí iniciou-se revisão sistemática sobre “linha púrpura” e assistência ao parto em todas as publicações disponíveis nos últimos 20 anos em bases de dados nacionais e internacionais da área da saúde. Foram encontrados dois únicos trabalhos originais publicados por obstetrites sobre o tema: o de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾, do ano de 1990, e o de Hobbs⁽¹⁴⁾, de 1998.

Além disso, a “linha púrpura” é citada em edições contemporâneas de livros-texto de obstetrícia⁽³¹⁻³⁶⁾ destinados à formação e educação de obstetrites, muitos deles disponíveis parcialmente *online* e editados na Inglaterra. Nos capítulos desses livros dedicados ao cuidado durante o trabalho de parto, os autores citam as publicações de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾ e/ou a de Hobbs⁽¹⁴⁾, fazendo referência ao método como uma opção menos desconfortável para avaliar a dilatação cervical no trabalho de parto.

Mais recentemente, em 2007, o relato de Hobbs⁽¹⁴⁾ foi re-publicado por Wickham⁽³⁷⁾ em edição comemorativa do mesmo periódico em que já o tivera sido em 1998. No artigo, a também obstetriz Sarah Wickham reapresenta, comenta e destaca o estudo de Hobbs⁽¹⁴⁾ como uma importante estratégia de não intervenção a ser conhecida e adotada pelas obstetrites dos mais diversos países do mundo.

Em mecanismo de busca pela rede mundial de computadores, verificou-se que a “linha púrpura” é citada em milhares de sites. Entre todos os pesquisados, encontram-se referências unicamente aos trabalhos de Hobbs⁽¹⁴⁾, Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾.

De acordo com as citadas autoras^(14,16), a “linha púrpura” é uma mancha arroxeada que se inicia na região perianal das mulheres em trabalho de parto e, à medida que a dilatação cervical progride, avança no sentido ascendente pela fissura interglútea em direção à junção sacro-coccígea, como o mercúrio em um termômetro que se eleva com o aumento da temperatura. Quando a linha alcança 10 centímetros, a dilatação cervical está completa, isto é, o comprimento da linha tem relação direta com a dilatação. Além disso, sua coloração arroxeada se ameniza de acordo com o progresso de descida da apresentação fetal em direção à vulva.

A Figura 1, na página seguinte, apresenta foto ilustrativa de uma mulher na fase final do primeiro período clínico do parto. Nela se observa nitidamente a “linha púrpura” e a descoloração central da linha, o que indica a descida da apresentação fetal. A Figura 2, por sua vez, mostra a ilustração feita por Hobbs⁽¹⁴⁾ para o local em que é observada a “linha púrpura” nas mulheres em trabalho de parto e qual é o sentido de seu crescimento.

Figura 1: “Linha púrpura”. Fonte e autoria desconhecidas

Figura 2: Indicação visual da direção da “linha púrpura”

Fonte: Hobbs⁽¹⁴⁾.

Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾, as primeiras autoras a realizar investigação sobre o tema, pesquisaram a presença e o comportamento da “linha púrpura” em 48 mulheres em trabalho de parto com feto único e apresentação cefálica. Nesse estudo, um mesmo profissional media a linha e a comparava com a medida da dilatação cervical por meio do toque, desde o começo até o final do primeiro período do parto, o que correspondeu a 102 observações. Em 89% dessas verificações a linha foi visualizada desde o início do trabalho de parto, em 4% a linha só foi vista posteriormente, à medida que a dilatação progredia, e, em 7% dos casos, ela não foi evidenciada em nenhum

momento. O mais interessante do citado estudo foi o estabelecimento de correlação estatística significativa entre as medidas do diâmetro da dilatação cervical e da linha. Outro achado destacado pelas autoras, e que pode ser visualizado na foto da Figura 1, é a descoloração progressiva do centro da linha à medida que ocorre a descida da cabeça fetal em direção à pelve.

Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾ relacionam o aparecimento da “linha púrpura” à vasocongestão que ocorre na base vertebral e nos vasos intervertebrais do sacro durante o trabalho de parto. Por algum fenômeno desconhecido, o sinal dessa vasocongestão (a mancha arroxeadada) aumenta de tamanho à medida que ocorre o progresso da dilatação cervical. Com a descida da apresentação fetal pela pelve materna, o tecido subcutâneo que sustenta e cerca o sacro é pressionado, o que resulta no fenômeno de descoloração da linha.

Hobbs⁽¹⁴⁾, por sua vez, faz relato de como observava o aparecimento desse fenômeno nas mulheres por ela assistidas durante o parto. Em sua experiência como obstetriz, afirma que em algumas parturientes somente o acompanhamento da “linha púrpura” mostrou-se suficiente para determinar qual era a dilatação cervical e que, em outras, também foi necessário fazer toques vaginais para avaliação de outros parâmetros.

Postulando que a atenção obstétrica deva ser individualizada e centrada na mulher, que o monitoramento do bem estar materno e fetal não requer uso de equipamentos especiais, apenas cuidadores qualificados e eficientes para agir quando preciso, obstetrites de outros países^(14,16,31-37) vem preconizando que a avaliação da “linha púrpura” seja uma alternativa confiável para a assistência.

Como não há consenso quanto à frequência e ao momento ideal dos exames vaginais no primeiro período clínico do parto, parece mais prudente que eles sejam individualizados e suficientes unicamente para permitir detecção de problemas^(1,2,14). Por este motivo, considera-se que a proposta de utilização da “linha púrpura”, como método clínico auxiliar para avaliação do progresso do trabalho de parto, possa poupar as mulheres de toques realizados apenas com o intuito de avaliar dilatação cervical e descida fetal.

Conforme exposto, não há no Brasil qualquer livro ou texto da área da saúde que faça alusão a esse método. Em virtude disso, decidiu-se elaborar esta pesquisa cujo objeto recai sobre a evidenciação da “linha púrpura” e a possibilidade de sua utilização como método clínico auxiliar de avaliação da fase ativa do trabalho de parto, tipo de tecnologia que possibilitará maior conforto às mulheres, bem como diminuirá a possibilidade de ocorrência de agravos ou transtornos de ordem biológica ou psicossocial associados à realização do exame pelo toque vaginal.

Por ser uma forma menos intervencionista de monitorar o progresso do primeiro período do parto, a avaliação da “linha púrpura” se apresenta como nova tecnologia de cuidado, não invasiva e coerente com os princípios da humanização da atenção, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam, fundamentalmente, ao respeito e promoção dos direitos das mulheres em contexto no qual as rotinas assistenciais e o uso de recursos tecnológicos estejam adequados ao cientificamente comprovado como eficiente e não-maléfico^(1,17-23). Além disso, essa avaliação poderá poupar as mulheres do exame vaginal, reconhecidamente percebido como uma forma de violência de gênero na área da saúde⁽²⁴⁻³⁰⁾.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- Verificar a ocorrência da “linha púrpura” e da descoloração da “linha púrpura” em mulheres na fase ativa do trabalho de parto;
- verificar a correlação entre a medida da “linha púrpura” e a medida da dilatação cervical das mulheres;
- verificar a correlação entre a presença de descoloração da “linha púrpura” e o grau de descida da apresentação fetal na pelve das mulheres;
- verificar a correlação entre a presença da “linha púrpura” e a caracterização social e obstétrica das mulheres;
- verificar a opinião das mulheres quanto à utilização desse método clínico.

3 Método

3 MÉTODO

3.1 TIPO E LOCAL DA PESQUISA

Estudo descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Parto Natural (CPN) de um hospital público gerenciado diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde e localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo.

A atenção à maternidade nesse hospital ocorre em centro obstétrico convencional, no qual são assistidas as mulheres com algum risco, e no CPN, que chega a alcançar a média de 200 partos de baixo risco ao mês, acompanhados quase que exclusivamente por enfermeiras obstétricas.

Esse CPN foi escolhido por ser, à época do estudo, campo de estágio do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e local em que as mulheres permanecem durante os quatro períodos do parto em suítes privativas, normalmente com apoio e presença de acompanhantes de sua livre escolha, fatores que possibilitaram a realização da pesquisa tanto pelo conforto e maior possibilidade de participação das mulheres quanto pelo tipo de assistência ali preconizado.

A opção pela abordagem quantitativa justifica-se pelo objeto proposto e por já haverem trabalhos nacionais e internacionais que discutem, a partir

do ponto de vista da mulher, a violência física e psicológica provocada pela manipulação vaginal desnecessária e desrespeitosa^(12, 14, 16, 27-30).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelas parturientes que estivessem no CPN. Definiu-se que o tamanho da amostra deveria ser, no mínimo, igual ou superior às 48 mulheres do estudo de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾. Como se estabeleceu relação entre o estudo e o estágio, optou-se pelo encerramento da coleta de dados quando as atividades dos estudantes de Obstetrícia no CPN se encerrassem.

Por estes motivos, a amostra, do tipo acidental, foi composta por 100 mulheres que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- ser assistidas diretamente pela supervisora de estágio e pelos estudantes do Curso de Obstetrícia;
- concordar em participar do estudo;
- estar com acompanhantes de sua escolha, que também concordassem com a realização do estudo;
- encontrar-se com gestação a termo, isto é, entre 37 e 41 6/7 semanas, apresentação cefálica e no início da fase ativa do trabalho de parto, ou seja, com dilatação cervical entre 4 (quatro) e 6 (seis) centímetros.

Foram excluídas da amostra todas as mulheres que apresentavam qualquer tipo de lesão, mancha ou cicatriz na fissura interglútea que impedisse a visualização da “linha púrpura”.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) foi elaborado a fim de conter as seguintes informações:

- caracterização social e obstétrica das mulheres: idade (anos), escolaridade, situação conjugal, trabalho remunerado, raça ou cor auto-declarada, renda familiar, número de gestações, número de abortos número de partos normais e operatórios, número de filhos;
- “linha púrpura”: número de verificações, presença da linha, comprimento da linha em centímetros, presença de descoloração da linha;
- toque vaginal: número de verificações, dilatação cervical em centímetros e descida da cabeça fetal na bacia pelo método de De Lee;
- opinião da mulher quanto a: observação da região anal e da fissura interglútea e fotografia do local, exames de toque vaginal, comparação entre os métodos, sugestões.

É importante ressaltar que o instrumento foi testado em 20 mulheres em trabalho de parto naquele mesmo CPN nos meses de abril e maio de 2009, havendo necessidade de alguns ajustes em seu conteúdo e formato. Além disso, o acompanhamento dessas 20 mulheres serviu de treinamento e de base para a definição das estratégias de coleta de dados pela equipe de pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Além da pesquisadora, participaram da coleta de dados duas obstetrizas recém-formadas e uma bolsista de iniciação científica. Para facilitar a realização do estudo e permitir a atuação da equipe, estabeleceu-se que os dados seriam coletados somente durante o estágio curricular de estudantes diretamente supervisionados por uma enfermeira obstétrica do Curso de Obstetrícia.

O processo de coleta de dados ocorreu no período de junho de 2009 a janeiro de 2010 e baseou-se nos seguintes critérios:

- toda parturiente presente ou admitida em trabalho de parto era avaliada por um membro da equipe de pesquisa que verificava os dados obstétricos (idade gestacional e dilatação cervical) e presença de acompanhante;

- estando com gestação a termo e no início da fase ativa do trabalho de parto, parturiente e acompanhante eram informados a respeito das finalidades da pesquisa, sendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e descritos os procedimentos;
- havendo aprovação e obtenção das assinaturas da parturiente e do respectivo acompanhante nas duas vias do termo de consentimento, um membro da equipe de pesquisa pesquisava a presença da “linha púrpura”, anotava no instrumento sua medida e coloração e fotografava a região anal e interglútea da mulher;
- as fotografias não eram obrigatórias, mulheres e/ou acompanhantes poderiam optar por não permiti-las;
- a “linha púrpura” era medida com fita métrica descartável, especialmente confeccionada para isso;
- a verificação da linha deveria ocorrer com a parturiente em uma das seguintes posições: deitada de lado sobre o leito, em posição de Sims; com apoio das mãos e dos joelhos sobre o leito, em posição genupeitoral; ou sentada sobre o banquinho ou a bola obstétrica, com o máximo de inclinação anterior possível;
- imediatamente após a pesquisa da linha, um aluno do Curso de Obstetrícia e/ou a supervisora de estágio realizava o exame de toque vaginal na parturiente a fim de verificar, entre outros parâmetros, o diâmetro de dilatação cervical em centímetros e a descida da cabeça fetal pelo método de De Lee, anotando esses dados no partograma;

- os dados do partograma (diâmetro de dilatação cervical em centímetros e a descida da cabeça fetal pelo método de De Lee) eram copiados no instrumento de coleta de dados por um membro da equipe de pesquisa;
- antes de cada exame de toque vaginal um membro da equipe de pesquisa realizava primeiramente a observação da fissura interglútea e, quando possível, a fotografava;
- as verificações da linha e os exames vaginais deveriam ocorrer a cada duas horas, de acordo com o partograma, ou conforme as necessidades e as características das contrações uterinas e do progresso de trabalho de parto de cada uma das mulheres acompanhadas;
- a observação da região glútea cessava quando, por algum motivo, a mulher assim o desejasse, quando ocorresse alguma intercorrência relativa à detecção de risco e transferência da mulher para o centro obstétrico, ou quando a mulher entrasse na segunda fase do trabalho de parto, ou seja, apresentasse dilatação cervical completa;
- nunca deveria haver qualquer troca de informações sobre medidas e observações da linha entre equipe de pesquisa e o aluno e/ou a supervisora de estágio;
- cada mulher era sempre acompanhada, desde sua internação até o parto, pelo mesmo membro da equipe de pesquisa, pela mesma supervisora e pelo mesmo estudante;
- após o parto, as mulheres eram entrevistadas a fim de que fosse possível caracterizá-las, bem como verificar sua opinião em relação ao método.

Reitera-se que não era permitida troca de informações entre os membros da equipe de pesquisa com os docentes e/ou alunos que realizavam o exame de toque vaginal e determinavam a dilatação cervical. Isto foi feito no intuito de evitar vieses relativos à definição da dilatação cervical, cuja medida poderia ser induzida subjetivamente ao examinador caso ele soubesse qual era o comprimento da linha.

Também é importante frisar que o processo de coleta de dados foi sempre feito em parceria com as mulheres e os respectivos acompanhantes, que frequentemente acompanhavam a evolução das medidas e das fotos, interessando-se pela existência da “linha púrpura” e pela comparação entre sua medição e os achados do toque vaginal.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi solicitada autorização para a realização da investigação junto à direção do citado hospital público. Após aprovação do hospital e do comitê de ética, a pesquisa foi apresentada para todos os funcionários envolvidos na assistência obstétrica do CPN. Isto foi feito por solicitação da própria direção, que considerou importante informar a todos os funcionários do CPN quais seriam o objeto estudado, a composição da

equipe de pesquisa e as estratégias estabelecidas para realizar o levantamento de dados.

Em hipótese alguma ocorreu qualquer imposição à mulher ou ao acompanhante quanto ao processo de coleta de dados, pois se compreende que esse período cercado de fragilidades e ansiedades deve ser respeitado, segundo os princípios que norteiam tanto a atenção centrada na mulher e a humanização do parto quanto o modelo de formação no Curso de Obstetrícia. Nesse sentido, a abordagem sempre começou na fase inicial do trabalho de parto ativo, apresentando-se as finalidades do estudo e as vantagens que as mulheres em geral pudessem ter, caso o método se mostrasse eficaz.

Para que fossem cumpridas as normas sobre pesquisas com seres humanos, determinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo aprovado conforme Processo no. 775/2008/CEP-EEUSP (Anexo 1). Além disso, mulheres e respectivos acompanhantes receberam informações sobre a relevância da pesquisa, ficando-lhes facultada a participação, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo as variáveis qualitativas resumidas em frequências simples e relativas e as quantitativas expressas em médias e desvios padrão ou em medianas e intervalos interquartis, quando a distribuição era assimétrica.

Para comparar os grupos de mulheres com e sem a “linha púrpura” foram utilizados o teste qui-quadrado ou exato de Fisher para as variáveis qualitativas e o teste t de Student ou Mann-Whitney⁽³⁸⁾ para as quantitativas.

A relação entre a medida da “linha púrpura” e a medida da dilatação cervical foi inicialmente descrita por um diagrama de dispersão e coeficiente de correlação linear de Pearson. Com o intuito de estimar a dilatação em função da medida da linha foi ajustado um modelo de equações de estimação generalizada (GEE) com distribuição Normal e estrutura de correlação auto regressiva de ordem 1⁽³⁹⁾. Este modelo foi adotado pelo fato de levar em conta a dependência entre as avaliações feitas em uma mesma mulher, o que não seria possível por um modelo de regressão linear simples.

O nível de significância adotado foi 0,05 e o programa estatístico para construir a base de dados e efetuar os cálculos foi o SPSS for Windows, versão 17.0.

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E OBSTÉTRICA DAS MULHERES

As Tabelas 1 e 2, a seguir, mostram a caracterização social e obstétrica, enquanto a Tabela 3 exibe a análise descritiva das variáveis idade, número de gestações, paridade e número de filhos das mulheres participantes deste estudo.

Tabela 1: Caracterização social das mulheres. São Paulo - 2010. (N = 100)

CARACTERÍSTICAS	N	%
Idade		
Até 15 anos	5	5
16 a 19 anos	24	24
20 a 24 anos	31	31
25 a 29 anos	29	29
30 a 34 anos	8	8
35 anos ou mais	3	3
Raça ou cor auto-declarada		
Parda	53	53
Branca	40	40
Preta	6	6
Amarela	1	1
Situação conjugal		
Com companheiro fixo e morando com ele	74	74
Com companheiro fixo e morando separado	19	19
Sem companheiro fixo	7	7
Escolaridade		
1 a 4 anos de estudo	4	4
5 a 8 anos de estudo	41	41
9 a 11 anos de estudo	54	54
12 anos ou mais de estudo	1	1

(continua)

(conclusão)		
CARACTERÍSTICAS	N	%
Trabalho remunerado		
Não	73	73
Sim	27	27
Renda Familiar		
Menor que um Salário Mínimo	5	5
De 1 a 2 Salários Mínimos	66	66
De 3 a 4 Salários Mínimos	23	23
Desconhece	16	16
Número de Filhos Vivos (exceto o atual)		
Zero	57	57
Um	22	22
Dois	11	11
Três	5	5
Quatro ou mais	5	5
TOTAL	100	100

Tabela 2: Caracterização obstétrica das mulheres. São Paulo - 2010. (N = 100)

CARACTERÍSTICAS	N	%
Número de Gestações		
Primigesta	49	49
Secundigesta	26	26
Tercigesta	9	9
Multigesta	16	16
Número de Partos (não inclui o atual)		
Nulípara	57	57
Primípara	20	20
Secundípara	13	13
Tercípara	4	4
Multípara	6	6
TOTAL	100	100

Tabela 3: Análise descritiva das variáveis relativas à idade, número de gestações, paridade e número de filhos vivos das mulheres. São Paulo - 2010. (N = 100)

Variáveis	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	%il 25	%il 75	Máximo
Idade (anos)	23,1	22,5	5,3	14	19	27	43
Nº. de gestações	2,1	2,0	1,5	1	1	3	8
Nº. de partos	,9	,0	1,3	0	0	1	7
Nº. de filhos vivos	,8	,0	1,3	0	0	1	7

Pelos dados apresentados, evidencia-se que a idade média das mulheres foi de 23,1 anos (desvio padrão = 5,3), variando de 14 a 43 anos. A distribuição quanto à cor mostrou que 53% das participantes se disseram pardas, 40% brancas, 6% negras e apenas uma da raça amarela.

Quase metade das mulheres (49%) estava na sua primeira gestação, 17% já haviam sofrido pelo menos um aborto, 57% eram nulíparas, ou seja, se encontravam na sua primeira gestação. Quanto à escolaridade, 54% referiram entre 9 e 11 anos de estudo, 41% entre 5 e 10 anos, 4% de 1 a 4 anos e apenas uma mais de 12 anos de estudo.

A grande maioria das participantes (93%) relatou ter companheiro fixo e somente 27% exercia alguma atividade remunerada. A renda familiar informada por 84% da amostra foi de aproximadamente R\$ 1.000,00, o que corresponde a dois salários mínimos (SM) vigentes à época da coleta de dados, sendo a renda mínima menor que um SM (R\$ 300,00) e a máxima de aproximadamente seis SM (R\$ 3.000,00), com desvio padrão de um SM (R\$

450,80), havendo uma mulher que informou renda familiar zero, valor excluído da análise descritiva.

4.2 OCORRÊNCIA DA LINHA PÚRPURA E DA DESCOLORAÇÃO DA LINHA PÚRPURA

Verificou-se que 56% das mulheres acompanhadas apresentaram a “linha púrpura”, sendo que em apenas 26% delas isto ocorreu na primeira vez em que foram observadas, enquanto a maior porcentagem (47%) se deu na segunda, 20% na terceira e 7% na quarta avaliação.

Apenas 22% das mulheres, em que a linha foi visualizada, apresentaram descoloração da linha na medida em que ocorria a descida da cabeça fetal na pelve materna. Isso também se deu na maior porcentagem das vezes (47%) na segunda observação, enquanto em 26% ocorreu na primeira, 20% na terceira e 7% na quarta.

O número de observações das 100 mulheres variou de um a quatro (mediana = 2), de acordo com a evolução do trabalho de parto de cada uma delas. No total, foram realizadas 208 avaliações, sendo a “linha púrpura” observada em 122 avaliações (58,7%) e a descoloração em somente 26 (12,8%).

4.3 CORRELAÇÃO ENTRE MEDIDAS DA LINHA PÚRPURA E DA DILATAÇÃO CERVICAL

O coeficiente de correlação linear de Pearson ($r = 0,814$) mostrou alta correlação entre os dois tipos de avaliação: medida da “linha púrpura” e medida do diâmetro de dilatação cervical pelo toque vaginal.

A Figura 3 mostra a relação entre a medida da “linha púrpura” e a medida do diâmetro de dilatação cervical nas 122 vezes em a linha foi identificada. O modelo estatístico GEE, utilizado para prever a dilatação em função da medida da linha, indicou que a associação entre essas duas medidas foi altamente significativa ($p < 0,001$) e apresentou as estimativas de 0,989 (erro padrão = 0,052) para a inclinação e -0,210 (erro padrão = 0,351) para o intercepto.

Figura 3: Correlação entre a dilatação cervical e a medida da linha púrpura. São Paulo - 2010. (N = 122)

4.4 CORRELAÇÃO ENTRE PRESENÇA DE DESCOLORAÇÃO DA LINHA PÚRPURA E DESCIDA DA APRESENTAÇÃO FETAL NA BACIA MATERNA

Na Tabela 4 e na Figura 4 verifica-se a relação entre a descoloração da “linha púrpura” e a descida da cabeça fetal na pelve materna sempre que esse fenômeno foi observado.

Tabela 4: Relação entre descoloração da “linha púrpura” e estação da cabeça fetal na bacia materna. São Paulo - 2010. (N = 208)

Estação da cabeça fetal na bacia	Frequência	Descoloração da “linha púrpura”		TOTAL
		Sim	Não	
Apresentação alta e móvel (De Lee AM)	N	2	13	15
	%	13,3	86,7	100,0
Apresentação três centímetros acima das espinhas isquiáticas (De Lee -3)	N	4	26	30
	%	13,3	86,7	100,0
Apresentação dois centímetros acima das espinhas isquiáticas (De Lee -2)	N	3	52	55
	%	5,5	94,5	100,0
Apresentação um centímetro acima das espinhas isquiáticas (De Lee -1)	N	8	47	55
	%	14,5	85,5	100,0
Apresentação na altura das espinhas isquiáticas (De Lee 0)	N	5	36	41
	%	12,2	87,8	100,0
Apresentação um centímetro abaixo das espinhas isquiáticas (De Lee +1)	N	3	7	10
	%	30,0	70,0	100,0
Apresentação dois centímetros abaixo das espinhas isquiáticas (De Lee +2)	N	1	1	2
	%	50,0	50,0	100,0
TOTAL	N	26	182	208
	%	12,5	87,5	100,0

Figura 4: Descoloração da linha púrpura de acordo com o grau de insinuação da cabeça fetal na bacia. São Paulo - 2010.

A Tabela 4 mostra que o percentual de avaliações em que se observou a descoloração é pequeno, independentemente da descida. As maiores porcentagens foram verificadas nos níveis De Lee +1 e +2 (30% e 50%), porém para estes níveis o número de avaliações é muito pequeno, o que faz com que estas porcentagens não tenham relevância. Segundo o teste exato de Fisher, o nível descritivo mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre descoloração e descida ($p = 0,160$).

4.5 CORRELAÇÃO ENTRE PRESENÇA DA LINHA PÚRPURA E A CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E OBSTÉTRICA DAS MULHERES

Nas comparações entre os dados de caracterização social e obstétrica das mulheres com e sem a “linha púrpura” (Tabela 5), nenhuma diferença foi estatisticamente significativa entre a presença da linha e as variáveis relacionadas à idade, número de gestações, número de partos, número de filhos e histórico de aborto, considerando-se o nível usual de 5%. No entanto, o nível descritivo referente à cor foi muito próximo ao limite ($p = 0,059$), indicando que o percentual de mulheres brancas foi um pouco maior entre as parturientes nas quais a linha foi visualizada.

Tabela 5: Relação entre a presença da “linha púrpura” e a caracterização social e obstétrica das mulheres. São Paulo - 2010. (N = 100)

Variáveis	Linha púrpura		p-valor
	Ausente (n=44)	Presente (n=56)	
Idade (anos) – média (dp)	23,6 (5,6)	22,8 (5,1)	0,514
Cor – n (%)			
Branca	13 (29,5%)	27 (48,2%)	0,059
Não branca	31 (70,5%)	29 (51,8%)	
Número de gestações – n (%)			
Uma	19 (43,2%)	30 (53,6%)	0,581
Duas	13 (29,5%)	13 (23,2%)	
Três ou mais	12 (27,3%)	13 (23,2%)	
Número de gestações – mediana (IIQ)	2 (1 – 3)	1 (1 - 2)	0,411
Número de partos – n (%)			
Nenhum	23 (52,3%)	34 (60,7%)	0,625
Um	9 (20,5%)	11 (19,6%)	
Dois ou mais	12 (27,3%)	11 (19,6%)	
Número de partos – mediana (IIQ)	0 (0 – 2)	0 (0 – 1)	0,446
Número de filhos vivos – n (%)			
Nenhum	23 (52,3%)	34 (60,7%)	0,630
Um	10 (22,7%)	12 (21,4%)	
Dois ou mais	11 (25,0%)	10 (17,9%)	
Número de filhos – mediana (IIQ)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1,75)	0,434
Histórico de Aborto – n (%)	9 (20,5%)	8 (14,3%)	0,415

Nível de significância = 0,05

Analisando a presença da linha nos subgrupos raciais, constatou-se que as mulheres brancas tendem a apresentar mais a “linha púrpura” do que as pardas: 67,5% contra 47,2%, conforme Tabela 6. Na comparação entre estas duas classificações o valor de p foi 0,059, sugerindo que de fato há uma diferença entre os subgrupos raciais, o que é mostrado na Figura 5.

Tabela 6: Frequência da linha de acordo com a cor auto-declarada das mulheres. São Paulo - 2010. (N = 100)

Cor auto-declarada	Com linha		Sem linha		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Branca	27	67,5	13	32,5	40	100,0
Preta	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Amarela	0	0	1	100,0	1	100,0
Parda	25	47,2	28	52,8	53	100,0
TOTAL	56	56,0	44	44,0	100	100,0

Figura 5: Frequência da linha de acordo com a cor auto-declarada. São Paulo – 2010.

4.6 OPINIÃO DAS MULHERES QUANTO AO MÉTODO

Ao serem ouvidas após o parto, 81% das mulheres afirmaram que a avaliação da “linha púrpura” não lhes provocou nenhum desconforto, enquanto 19% se disseram envergonhadas, constrangidas ou incomodadas, especialmente pelo posicionamento que tiveram que adotar.

Em relação ao exame de toque vaginal, apenas 9% das mulheres afirmaram que este não lhes havia provocado qualquer desconforto, enquanto as demais expressaram mais do que um sentimento negativo. A dor ou a piora da dor foi a sensação mais citada (67%), seguida por incômodo (40%), constrangimento (4%), desrespeito (4%), fragilidade (1%) e medo (1%).

Perguntadas sobre como comparavam os dois métodos de avaliação do progresso do trabalho de parto, 96% das mulheres afirmaram que a observação da linha não as havia incomodado, provocado dor ou machucado como o toque vaginal, enquanto 4% consideraram o método desagradável. Nessa questão, 4% das participantes também fizeram questão de destacar que a observação da linha é menos constrangedora que o exame vaginal.

Inquiridas sobre qual método mais as havia agradado, 98% disseram preferir a observação da “linha púrpura” ao exame de toque vaginal, 1% indicaram preferência pelo toque e 1% nenhum dos dois tipos de avaliação do progresso do trabalho de parto.

Quanto às sugestões, 17% das mulheres ressaltaram que a avaliação da “linha púrpura” deveria substituir o exame de toque vaginal sempre que possível. Por outro lado, 4% avaliaram negativamente o método por este exigir posicionamento dificultoso e 4% ressaltaram sentimentos de desgosto e/ou constrangimento ocasionados pela posição desagradável. A Figura 6 mostra uma mulher na qual não se pôde identificar a linha e que adotou espontaneamente a posição genupeitoral, a mais favorável para observação e medição da linha, pouquíssimo aceita pelas participantes.

Figura 6: Posição genupeitoral em mulher com linha não visualizada. São Paulo - 2010

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Os dados de caracterização das mulheres evidenciam semelhanças com o último censo demográfico realizado no Brasil⁽⁴⁰⁾, ou seja, a idade média foi coerente com a faixa etária em que ocorre a maior porcentagem das gestações, entre 18 e 24 anos de idade; a cor mais predominante foi a parda; a média de gestações foi igual a 2,1. Excetuam-se nessa comparação a escolaridade, superior à média nacional, que é de 7,2 anos, o menor número de filhos vivos, haja vista a grande porcentagem de primigestas (49%), e a baixa porcentagem de mulheres com atividade remunerada, inferior à taxa mais prevalente no país, que é de 42,6%.

Conforme já destacado, além da investigação de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾, não existem estudos publicados sobre a “linha púrpura” e somente os achados dessas autoras podem ser comparados aos desta pesquisa. Observa-se, porém, que na citada pesquisa a medição da linha e da dilatação cervical foi feita sempre pelo mesmo profissional que, ao realizar o exame de toque vaginal, poderia ser subjetivamente influenciado pelo comprimento determinado por ele próprio para a linha. Por este motivo, por ter sido evitada qualquer troca de informações entre aquele que verificava e media a linha e aquele que realizava a medida do diâmetro de dilatação cervical pelo

toque, considera-se menor a possibilidade de ocorrência de vieses nos resultados aqui apresentados.

Mesmo com percentual de frequência de visualização da linha bem inferior ao do trabalho de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾, 56% neste estudo contra 89% no outro, verificou-se, semelhantemente aos achados destas autoras, que a linha foi mais visualizada à medida que a dilatação progrediu, ou seja, na segunda, terceira ou quarta vez em que a mulher foi avaliada.

Este resultado também mostra o cuidado da equipe de pesquisa em afirmar a presença da linha somente quando havia certeza que ela existia. Isso se deu muitas vezes da segunda observação em diante, pois nessa ocasião era possível constatar não somente a presença da linha como também o aumento de seu comprimento. Por este motivo, caso a mulher fosse observada uma única vez e houvesse dúvida quanto a real presença da linha, determinava-se que, neste caso, ela estaria ausente.

No que se refere à descoloração da linha púrpura, o trabalho de Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾ não deixa claro qual foi sua frequência, inferindo-se que deva ter sido a mesma da linha (89%). Entretanto, tal qual as referidas autoras afirmam, neste estudo a descoloração foi mais observada à medida que a descida da cabeça fetal ocorria na bacia materna, ou seja, da segunda observação em diante, mostrando que quanto mais insinuada estava a cabeça fetal mais nítida era a descoloração da linha.

A encontrada correlação estatística significativa entre as medidas da linha e da dilatação cervical mostra que o método clínico aqui proposto pode ser utilizado para ajudar a acompanhar a evolução das mulheres em trabalho de parto. Isto é o que afirmam Hobbs⁽¹⁴⁾ e Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾, cuja correlação entre as medidas é bastante semelhante à deste estudo, como se observa na Figura 7, que semelhantemente à Figura 3, mostra o grau de dispersão bastante próximo ao eixo transversal, o que determina o grau de correlação entre as medidas da linha e da dilatação cervical.

Figura 7: Correlação entre a dilatação cervical e a medida da linha púrpura do trabalho referência

Fonte: Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾

Em relação aos achados relativos à cor auto-declarada, a simples observação empírica já indicava que deveria ocorrer alguma diferença entre a presença da linha e a cor da pele, pois foi muito mais fácil encontrar esse sinal nas mulheres brancas. Nelas, a linha era normalmente arroxeadada, enquanto nas pardas era mais clara, algumas vezes até rosada. Em algumas mulheres pardas, inclusive, só houve certeza da presença da linha quando eram comparadas fotos evidenciando o aumento do seu comprimento conforme avançava a dilatação cervical.

Nesse sentido, Wickham⁽³⁷⁾ destaca a importância de serem realizados estudos sobre a possibilidade de visualização da “linha púrpura” nas mulheres de outras raças, pois tanto Hobbs⁽¹⁴⁾ quanto Byrne e Edmonds⁽¹⁶⁾ apresentam resultados de observações e pesquisa provavelmente realizados com mulheres brancas e europeias, nas quais não se verifica a típica deposição de melanina em dobras ou fissuras, como é o caso das raças miscigenadas, sabidamente frequentes em nosso país, situação retratada nesta pesquisa.

Talvez tenha sido este um dos motivos que determinou menor incidência da linha nesta investigação, ou seja, houve dificuldade em diferenciar a presença da linha nas mulheres mais pigmentadas. Em muitas fotos, inclusive, não se conseguiu a devida nitidez para a linha, diferentemente da imagem apresentada na introdução deste estudo.

Observa-se, ainda, que houve dificuldade em conseguir que algumas mulheres aceitassem a plena exposição da região anal e interglútea para as fotos. Além disso, iluminação nem sempre suficiente associada à obesidade natural da região, impediram melhor nitidez de muitas fotografias.

Talvez isso não ocorresse se o ambiente desta pesquisa não fosse hospitalar, se houvesse conhecimento prévio entre as participantes e o grupo de pesquisa e se as mulheres tivessem maior domínio e conhecimento de seu corpo. Nessa perspectiva, destaca-se a principal diferença entre este estudo e os citados^(14,16), nos quais obstetrizas relatam suas experiências de trabalho com as mulheres, liderando o planejamento, a organização e a assistência, desde o início da gravidez até o final do período pós-parto, modelo assistencial descrito e destacado pela Organização Mundial da Saúde^(41,42) para a promoção da maternidade segura.

Tal modelo seguramente facilita e propicia a personalização do cuidado e consequente maior relação de confiança e participação da mulher durante o parto, inclusive nas decisões relativas à necessidade do toque vaginal e à observação da “linha púrpura”.

Para ilustrar a presença da linha e de sua descoloração, apresentam-se nas Figuras 8 a 19 fotos de algumas participantes deste estudo. Cabe ressaltar que todas essas imagens foram devidamente autorizadas e são de autoria da pesquisadora.

Figura 8: Mulher com linha igual a 6 cm e dilatação cervical igual a 4 cm. São Paulo - 2010

Figura 9: Mulher com linha igual a 6 cm e dilatação cervical igual a 6-7 cm. São Paulo - 2010

Figura 10: Mulher com linha igual a 6,5 cm e dilatação cervical igual a 5 cm. São Paulo - 2010

Figura 11: Mulher com linha igual a 6 cm e dilatação cervical igual a 5 cm. São Paulo - 2010

Figura 12: Mulher com linha igual a 5 cm e dilatação cervical igual a 4 cm. São Paulo - 2010

Figura 13: Mulher com linha igual a 8 cm, dilatação cervical igual a 8-9 cm, descoloração central da linha e De Lee +1. São Paulo - 2010

Figura 14: Mulher com linha igual a 6 cm e dilatação cervical igual a 5 cm. São Paulo - 2010

Figura 15: Mulher com linha igual a 7,5 cm e dilatação cervical igual a 8 cm. São Paulo - 2010

Figura 16: Mulher com linha igual a 7 cm e dilatação cervical igual a 8-9 cm. São Paulo - 2010

Figura 17: Mulher com linha igual a 5 cm e dilatação cervical igual a 6 cm. São Paulo - 2010

Figura 18: Mulher com linha igual a 8 cm, dilatação cervical igual a 9 cm, descoloração distal da linha e De Lee igual a 0. São Paulo - 2010

Figura 19: Mulher com linha igual a 7,5 cm, dilatação cervical igual a 7 cm, descoloração distal da linha e De Lee igual a -1. São Paulo - 2010

Mesmo não sendo unânime, ocorreu opinião amplamente positiva quanto ao método clínico proposto nesta pesquisa por parte das participantes. Ficou evidente também sua grande rejeição ao exame de toque vaginal, destacado em diversos trabalhos⁽²⁴⁻³⁰⁾ como um procedimento que violenta as mulheres, especialmente quando realizado sem sua devida participação, compreensão e consentimento.

A relação entre o toque vaginal e o aumento da dor, fato referido por 67% das mulheres, tem fundamento no estímulo exercido pelos dedos do examinador na cérvix, bem como em manobras utilizadas para avaliar a bacia materna e a posição da cabeça fetal durante o exame, entre outras.

Nesse sentido, se observa que a necessidade de treinamento em serviço como, por exemplo, os estudantes do Curso de Obstetrícia da EACH-USP, pode ter contribuído para que algumas das participantes vivenciassem maior sensação de dor durante os exames vaginais nelas realizados por mais de um examinador a cada avaliação.

Infelizmente, a sensação de “modelo vivo” para a aprendizagem⁽⁴⁾ pode provocar na mulher em trabalho de parto mais um desconforto, que é amenizado com a utilização de métodos clínicos menos invasivos, como o proposto neste trabalho, além do cuidado humanizado e centrado nas necessidades e expectativas das pessoas, do suporte contínuo durante o processo de parto, da mudança do ambiente em que o parto ocorre, do

hospital para o centro de parto ou para o domicílio, e do engajamento das mulheres e dos profissionais na compreensão e valorização do parto como evento natural e culturalmente transformador^(12,43-45).

Todavia, para que modelos humanizados possam ser implantados e, principalmente, reconhecidos e valorizados pelas mulheres, é necessário mudar a cultura do parto, o que se relaciona de forma direta com o nível de informação da população de nosso país sobre os diferentes tipos de intervenção e suas aplicações, sobre a fisiologia do momento e sobre os direitos legais, humanos, sexuais e reprodutivos envolvidos no processo.

No cenário do parto institucionalizado, como o deste estudo, observa-se a dificuldade das mulheres em se tornarem sujeitos ou protagonistas do processo de parir, ideário da humanização, pois grande parte delas parece se satisfazer tão somente com a existência de um leito obstétrico. Nesse contexto de submissão, essa parcela aceita de forma passiva as práticas abusivas, desnecessárias, discriminatórias, iatrogênicas e sem base científica, infelizmente ainda frequentes na assistência obstétrica de nosso país^(8,22,27,30,46).

O estresse provocado pelo ambiente hospitalar e pelo trabalho de parto não necessita ser ampliado por procedimentos, como o toque vaginal rotineiro e/ou violento, que interferem no processo natural do parto, apressando-o indevidamente. Ilustra essa situação a prática usual de

aumentar a dilatação cervical com os dedos, reduzir o colo no final do primeiro período, solicitar à mulher que faça força durante o exame a fim do examinador “puxar” ou “girar” a apresentação fetal com os dedos, entre outros procedimentos que desconsideram a fisiologia.

A utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliar o progresso do trabalho de parto pode contribuir para a adoção tanto de modelo de atenção humanizado e baseado na normalidade do processo de parto e nascimento quanto na natural habilidade que as mulheres possuem para parir com o mínimo de ou nenhuma intervenção rotineira.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

Este estudo mostrou que:

- 56% das mulheres apresentaram a “linha púrpura” em pelo menos uma avaliação durante a fase ativa do trabalho de parto;
- houve correlação estatística significativa entre as medidas da “linha púrpura” e do diâmetro de dilatação cervical;
- 22% das mulheres em que foi evidenciada a “linha púrpura” apresentaram descoloração da linha em pelo menos uma avaliação durante a fase ativa do trabalho de parto;
- não houve associação estatisticamente significativa entre a presença da descoloração e a descida da cabeça fetal na bacia materna;
- 67,5% das mulheres brancas tenderam a apresentar mais a “linha púrpura” do que as 47,2% pardas, embora sem significância estatística;
- 81% das mulheres afirmaram que a avaliação da “linha púrpura” não lhes provocou nenhum desconforto;
- 96% das mulheres afirmaram que a avaliação da “linha púrpura” não lhes provocou desconfortos comparados aos do exame de toque vaginal.

Conclui-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados na medida em que foi comprovada a ocorrência da “linha púrpura” e sua correlação com a dilatação cervical, o que sugere que este método clínico pode ser utilizado para auxiliar a avaliar a fase ativa do trabalho de parto.

7 Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ineditismo deste trabalho no Brasil, e porque não dizer no mundo, é digno de nota. A pesquisa originou-se da possibilidade do intercâmbio entre pesquisadores, no caso obstetristas, que já tem criado evidências científicas sobre as práticas humanizadas, centradas na mulher e menos intervencionistas. Muitos estudos dessas profissionais deram origem à crítica da excessiva medicalização e hospitalização do parto e contribuíram para a redução das iatrogenias provocadas pelas práticas intervencionistas.

Em relação ao tema, seria importante que fossem realizadas mais pesquisas a respeito de métodos menos invasivos de cuidado às mulheres durante o processo de parto e nascimento. Tais conhecimentos podem ter se perdido ao longo dos anos em decorrência da hospitalização e da hipervalorização do saber científico, que frequentemente desvaloriza a tradição e a intuição feminina⁽⁴⁷⁾.

Faz-se interessante acrescentar, nesse contexto, que alguns profissionais, para os quais foram apresentados os objetivos deste estudo, afirmaram ter ouvido falar ou haver observado a “linha púrpura” nas parturientes sob seus cuidados. Houve quem, inclusive, destacasse que uma parteira leiga de sua família lhe havia falado sobre a linha.

Resta saber se a avaliação da “linha púrpura”, de fato, não é um desses saberes populares suplantados ou desprezados pelo conhecimento técnico-científico. Ela poderia ser mais uma das práticas utilizadas por parteiras leigas ou tradicionais, dentre as quais estão presentes vários princípios da humanização do parto e nascimento, principalmente os relacionados ao vínculo, ao apoio emocional, ao intervencionismo desnecessário e ao respeito à mulher e à fisiologia do parto⁽⁴⁸⁾.

Ao apresentar edição comemorativa do periódico científico *Practising Midwife*, para a qual foram selecionados artigos de temática relevante a serem republicados, Wickham⁽³⁷⁾ escolheu o artigo de Hobbs⁽¹⁴⁾, de 1998, que descreve como, a partir do trabalho de Byrne & Edmonds⁽¹⁶⁾, iniciou a observação da “linha púrpura” para acompanhar a evolução do trabalho de parto das mulheres que assistia. Nessa apresentação, Wickham⁽³⁷⁾ aponta de que modo importantes aspectos culturais podem ser modificados a partir de estudos como o da “linha púrpura”, muitas vezes esquecidos ou, como já salientado, menosprezados por aqueles que assistem as mulheres em trabalho de parto em um sistema de saúde extremamente voltado para a ênfase nos procedimentos técnicos e mais complexos.

Wickham⁽³⁷⁾ ressalta que as obstetrizes necessitam realizar outros estudos a respeito da “linha púrpura”, bem como sobre a importância da observação das mulheres em trabalho de parto, de suas particularidades e

reações individuais, conhecimentos que vão muito além daquilo que é ensinado nos livros-texto de obstetrícia.

Espera-se que os resultados dessa investigação possam instigar enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizes a utilizarem esta tecnologia e a pesquisarem outros métodos alternativos e menos invasivos de cuidado que, principalmente, respeitem a fisiologia do processo de parto e nascimento. A avaliação do progresso do trabalho de parto pela medição da “linha púrpura” pode ser útil quando o exame de toque vaginal tiver o objetivo de avaliar unicamente a dilatação cervical. Essa tecnologia pode ser útil, ainda, quando por algum motivo o exame vaginal não for bem aceito pela mulher ou não puder ser facilmente realizado, por exemplo, no caso das parturientes que mostram predileção por permanecer imersas na água durante a fase ativa do trabalho de parto.

Eis a principal implicação desta pesquisa para a prática assistencial em saúde materna. Resta, entretanto, verificar, em outras populações e em outras situações de cuidado, quais são os índices de ocorrência da linha e sua descoloração, tendo em vista as diferenças entre os achados de Byrne & Edmonds⁽¹⁶⁾ e os aqui apresentados, bem como a diversidade cultural e racial das mulheres em diferentes países do mundo.

A incorporação de uma nova tecnologia, como a exposta, à prática profissional não é algo sabidamente simples. Quanto a esse aspecto,

Wagner⁽⁴⁹⁾ faz analogia entre essa dificuldade à metáfora do peixe que não percebe ou “enxerga” a água em que está incondicionalmente envolvido (“*fish can’t see water*”). Para o autor, os profissionais que assistem os partos apenas em ambientes hospitalares, especialmente naqueles intervencionistas e medicalizados, não conseguem “enxergar” os efeitos profundos que essas intervenções produzem. A experiência do parto desmedicalizado, fora do contexto da tecnocracia, crítico e inovador, seria o salto que o profissional de saúde daria para além da superfície do oceano, ou seja, a humanização requer uma nova mentalidade, não refratária ao que é novo, desprovida de preconceitos e de julgamentos de valor.

Quando ia em meio a pesquisa aqui relatada (meados de 2009), uma obstetritz integrante de grupo de discussão na internet, denominado “Partería y Enfermería para una Maternidad Segura”, fez menção à publicação de Wickham⁽³⁷⁾ e questionou se algum membro dessa rede latinoamericana sabia algo sobre a “linha púrpura”. Naquela ocasião, diante da perplexidade gerada sobre o tema, foi lançada pela autora a ideia de replicação da presente investigação, o que suscitou grande interesse nas obstetrizes, enfermeiras obstétricas, matronas ou comadronas participantes do grupo, que se dispuseram a observar a ocorrência e as características da linha também em 100 mulheres, seguindo a metodologia da presente pesquisa.

Continua de pé a perspectiva de que os resultados deste estudo possam ser comparados a outros similares e realizados com mulheres da América Latina, do Caribe ou de outras localidades, o que pode criar maiores evidências sobre a utilidade do método clínico aqui proposto.

Considera-se importante, nesse sentido, ressaltar a necessidade de realização de estudos sobre a “linha púrpura” que utilizem outros recortes metodológicos, mais estruturados ou até experimentais, nos quais as variáveis sejam mais bem controladas e outros testes estatísticos possam ser utilizados.

Em relação a esse aspecto, observa-se que, além da falta de bibliografia sobre o assunto, que pudesse servir de base para outras comparações, as principais dificuldades desta investigação se relacionaram principalmente com a pouca familiaridade da equipe com a temática, o que pode ter determinado maior rigor na definição pela existência (visualização) ou não da linha. Também, exposição incomum de partes do corpo em ambiente desconhecido e, por vezes, temido pelas mulheres, além da restrita relação hospitalar entre os sujeitos, são fatores que podem ter contribuído para resultados desiguais com o único trabalho semelhante sobre o tema.

Recomenda-se, ainda, que aqueles envolvidos na assistência obstétrica, especialmente os dedicados a práticas menos intervencionistas e mais baseadas em evidências científicas, busquem identificar a “linha

púrpura” e, sempre que possível, utilizem-na como um método clínico que se mostrou válido para acompanhar a evolução do trabalho de parto.

Sendo possível a visualização da “linha púrpura”, seu acompanhamento pode ser feito quando a mulher estiver confortavelmente instalada na banheira, no banquinho ou na bola obstétrica, o que é mais fácil ocorrer em ambientes livres de imposições ou rotinas hospitalares, como é o caso das casas de parto ou do domicílio. Não é preciso equipamento algum, pois, afinal, os mesmos dedos que “medem” o diâmetro de dilatação cervical durante o toque vaginal podem determinar qual é o comprimento da linha.

Este trabalho se coloca como mais uma peça na edificação do conceito de promoção do parto digno, respeitoso, livre de procedimentos invasivos e desnecessários, baseado no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Esse novo olhar sobre a obstetrícia e os direitos humanos mencionados deve ser promovido por aqueles que já sabem que qualquer tecnologia não-invasiva de cuidado, como a proposta, deve ser estimulada. Profissionais que compartilham dessa crença também sabem que procedimentos que invadem o corpo devem necessariamente ser realizados a partir da decisão compartilhada com a mulher, protagonista cercada de influências culturais, sociais, ambientais e até místicas, que hão de ser reconhecidas e respeitadas⁽⁵⁰⁾.

O interesse pelo conhecimento de novas práticas de assistência durante o parto, nas quais a mulher volte a participar como sujeito ativo de seu corpo e de sua própria história, serve para ampliar a dimensão da maternidade e da própria saúde, o que já justifica teleologicamente a pesquisa aqui apresentada.

8 Referências

REFERÊNCIAS

1. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
3. Latin American Center for Perinatology and Human Development. Trial to assess an intervention to increase the use of evidence-based practices at hospital level in Latin America. CLAP/OPAS, 2003.
4. Albers L. Overtreatment of normal childbirth in U.S. hospitals. *Birth* 2005; 32:67-8.
5. Mold J, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *NEJM* 1986; 314(8):512-514.
6. Hodnett, Ellen D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186(5 Suppl):160-172.
7. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):669-705.
8. Diniz CSG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; 1(1):80-91.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Comissão de parto normal. Disponível em <URL: http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_25458.asp?secao=Home> [2008 Jul 28]
10. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet* 2006; 367(9525):1796-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo. Disponível em <URL:http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/info/premio_galba.htm> [2006 Mai 02]
12. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 3. Update Software, Oxford; 2008.
13. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Disponível em <www.humaniza.org.br>.
14. Hobbs L. Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. *Practising Midwife* 1998; 1(11):34-5.
15. Santos R, et al. Severe latex allergy after a vaginal examination during labor. A case report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 177(6):1543-4.
16. Byrne DL, Edmonds DK. Clinical method for evaluating progress in first stage of labour. *Lancet* 1990; 335(8681):122.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS; 2001.
18. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(6):357-65.
19. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2005; 19(1):103-15.
20. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth – Clinical Guideline. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Press, 2007.
21. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):639-49.
22. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):627-37.
23. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):651-57.
24. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc* 2008; 17(3):138-151.
25. Ying Lai C, Levy V. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* 2002; 18(4):296-303.

26. Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero & saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.28-40
27. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev Bras Enferm 2006; 59(6):740-4.
28. Stewart M. "I'm just going to wash you down": sanitizing the vaginal examination. Journal of Advanced Nursing 2005; 51(6):587-594.
29. Costa LHR. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. Rev Bras Enferm 2000; 53(1):22-33.
30. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério. Ribeirão Preto; 2000. [Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
31. Chapman V. (Ed). The midwife's labour & birth handbook. UK: Blackwell Publising, 2003.
32. Davis E. Heart & Hands. A midwife's guide to pregnancy & birth. 4th ed. Berkeley/Toronto: Celestial Arts, 2004. p.114.
33. Wickham S. Midwifery best practice. 3th. ed. London: Elsevier, 2005. v. 1, p.77-8.
34. Peate I., Hamilton C. Becoming a midwife in the 21st Century. England: John Wiley & Sons Ltd, 2008.

-
35. Mc Court C. (Org). Childbirth, midwifery and concepts of time. London: Berghaln Books, 2009.
36. Fraser DM, Cooper MA. (Ed). Myles - Textbook for midwives. 15ed. England: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.
37. Wickham S. Assessing cervical dilatation without VES: watching the purple line. *Practising Midwife* 2007; 10(1):26-7.
38. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall, 1991.
39. Hardin JW, Hilbe JM. *Generalized Estimating Equations*. New York: Chapman & Hall, 2003.
40. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
41. WHO. World Health Organization, 2001. Safe motherhood needs assessment - Guidelines. WHO, Geneva. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/MNBH/smna_index.en.html.
42. WHO. World Health Organization., 2004. Making Pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: WHO/ICM/FIGO.
43. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ ET al. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 3. Update Software, Oxford; 2007.

-
44. Downe S. Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British J Midwifery* 2006; 1(6):352-56.
45. Gualda DMR. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas: aspectos culturais e organizacionais. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Cunha ICKO, Silva GTR. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p.171-186.
46. Narchi NZ. Análise do exercício de competências dos não-médicos para atenção à maternidade. *Saúde e Sociedade* 2010; 19:147-58.
47. Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: sobre maternidade e saúde. In: Scavone L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004. Cap. 7, p. 127-39.
48. Abreu IPH. Melhoria da atenção ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais: uma responsabilidade do SUS. In: Rattner D, Ferraz ST (org). *A medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural*. Brasília: Conasems, 2009. p.26-9.
49. Wagner M. Fish can't see water. The need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75(Suppl 1):S25-37.
50. Vargens OMC, Progiante JM, Araújo LM. Humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole, 2007. p. 277-87.

Apêndices

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento Número:

Data:/...../20...

1 – Dados de caracterização sócio-econômica e obstétrica

Primeiro nome:	Idade:
Escolaridade: (...) nenhuma (...) 1 a 4 anos de estudo (...) 5 a 8 anos de estudo (...) 9 a 11 anos de estudo (...) 12 anos ou mais de estudo	Situação conjugal: (...) Com companheiro fixo e morando junto (...) Com companheiro fixo e morando separados (...) Sem companheiro fixo
	Trabalho remunerado: (...) Sim (...) Não
Raça ou cor auto declarada: (...) branca (...) preta (...) amarela (...) parda (...) indígena	
Renda familiar (valor aproximado): R\$.	
Identificação das pessoas que contribuem para a composição da renda familiar:	
Nº. de gestações: Nº. de abortos: Nº. de partos normais: Nº. de partos fórceps: Nº. de partos cesárea: Obs.:	Nº. de filhos que nasceram vivos: Nº. de filhos que nasceram mortos: Nº. de filhos que permanecem vivos: Obs.:

2 – Monitoramento da “Linha Púrpura” e Progressão do Trabalho de Parto

Avaliação	Presença da linha		Descoloração linha		Medida da linha em cm.	Nº. de identificação da foto	Toque vaginal	
	Não	Sim	Não	Sim			Dilatação em cm.	Descida De Lee
1ª.								
2ª.								
3ª.								
4ª.								
5ª.								
6ª.								
7ª.								

3 – Opinião sobre o método

a) Descreva como se sentiu quando foi examinada e fotografada (quando foi verificada “linha púrpura”).

.....

.....

.....

b) Descreva agora como se sentiu quando foi “tocada” (quando recebeu o toque vaginal).

.....

.....

.....

c) Como compara os dois métodos de exame?

.....

.....

.....

d) O que mais lhe agradou?

.....

.....

.....

e) O que menos lhe agradou?

.....

.....

.....

f) Gostaria de fazer alguma sugestão?

.....

.....

.....

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: *Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto*

Bom dia / boa tarde, meu nome é _____. Sou _____ (nome e função na equipe) _____ da Universidade de São Paulo e vou cuidar da Senhora juntamente com _____ estudante do quarto ano do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo e a professora, a Enfermeira Obstétrica _____.

Além do cuidado que vamos lhe prestar, estamos fazendo uma pesquisa aqui nesta Maternidade sobre como melhorar o atendimento ao parto. A pesquisa é para verificar se existe possibilidade de ser desenvolvido outro método que substitua o toque vaginal. O método que estamos estudando se baseia na observação de uma linha que fica entre suas nádegas. Cada vez que acharmos necessário realizar o toque vaginal em você, vamos primeiro olhar a região entre suas nádegas, verificar se aparece uma linha que mostra a dilatação do colo e medi-la. Algumas vezes, também, vamos tirar uma fotografia dessa região, que será identificada por um número e não pelo seu nome. Depois do seu parto e antes que você tenha alta deste hospital, vou entrevistá-la a fim de saber o que achou de participar da pesquisa e como se sentiu.

A pesquisa está ligada ao Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo e sua participação é totalmente voluntária: você só participa se quiser. Se não quiser, não haverá nenhum problema para você, que será atendida com o mesmo carinho e atenção por todos nós. Você também pode deixar de participar da pesquisa na hora que quiser, antes do seu parto ou mesmo depois.

Não haverá nenhum risco para você nesta pesquisa. O único desconforto será o de que vou observar suas nádegas e algumas vezes fotografá-las para verificar se você apresenta uma linha que possibilita aos parteiros acompanhar o trabalho de parto sem realizar muitos toques vaginais.

Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome e RG neste formulário, mas garanto que ele não vai aparecer em nenhum lugar.

Você tem alguma dúvida? (Anotar e responder as dúvidas, eventualmente incluí-las como esclarecimento, por escrito).

Consentimento da mulher e do acompanhante:

(☐) SIM, consinto (☐) NÃO, não consinto

Lembre-se que você é livre para decidir se quer ou não participar da pesquisa, abandoná-la quando quiser, e que será atendida com a mesma atenção se não aceitar. Você vai ficar com uma via deste documento e eu com a outra.

Nome da mulher: _____
RG: _____

Assinatura da mulher: _____

Nome acompanhante: _____
RG: _____

Assinatura acompanhante: _____

Assinaturas do membro da equipe de pesquisa e da professora:

Membro: _____

Prof: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2010.

Contatos com as pesquisadoras:

Membro: _____

Telefone: _____

Professora: _____

Telefone: _____

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Nádia Zanon Narchi

Fone: 9902-3600

E-mail: nzn@usp.br

Caso você fique insatisfeita com algo da pesquisa e queira comunicar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP: 05422-970

Fone: 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Processo no. 775/2008/CEP-EEUSP

Anexo

ANEXO 1

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 25 de novembro de 2008.

Ilm.^a Sr.^a

Prof.^a Dr.^a Nadia Zanon Narchi

Ref.: Processo nº 775/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo