

Linha púrpura: método de avaliação da evolução
do trabalho de parto

Relatório de estágio

Inês André Matos Cunha

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

LINHA PÚRPURA: MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA
EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

PURPLE LINE: ASSESSMENT METHOD OF EVOLUTION
OF LABOR

Estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Marinha Carneiro

Inês André Matos Cunha

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

Ao terminar esta etapa importante e desafiadora da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos os que me acompanharam nesta caminhada e que possibilitaram a concretização deste mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, pela partilha de saberes, disponibilidade, compreensão, estímulo, confiança, escuta e apoio que me orientaram no desenvolvimento de competências profissionais e crescimento pessoal.

Agradeço à Professora Doutora Alexandrina Cardoso a disponibilidade, a escuta e as inquietações sobre as práticas que me foi colocando, que levaram ao desenvolvimento deste relatório.

Agradeço ao João pelo companheirismo, compreensão, por acreditar em mim, pelos momentos menos bons, pelas horas ausentes, pelo teu ombro e por seres um pai excepcional. Sem ti nada, nada seria possível.

Agradeço às minhas filhas, Bianca e Íris, pelos momentos de alegria, de passeio que me ajudaram a equilibrar e a focalizar no que realmente importa.

Agradeço aos meus pais, à minha irmã, aos meus sogros, à minha cunhada, pelo apoio incondicional e carinho. Em especial à minha mãe pelo colo e por ser o meu porto de abrigo.

Agradeço à minha tia Isabel pela presença, apoio, carinho e caminhar ao meu lado neste processo.

Agradeço à minha avó Odete por simplesmente acreditar em mim e me dar força nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus amigos pela compreensão e presença.

Agradeço a todas as grávidas/parturientes/puérperas/casais/famílias que proporcionaram momentos de aprendizagem. Espero ter feito a diferença nas vossas vidas.

Agradeço à equipa do serviço de obstetrícia do CHUSJ e em especial às minhas tutoras, Enfermeira Ana Afonso, Enfermeira Anabela Pires, Enfermeira Antónia Susano e Enfermeira Hermínia Lopes.

A todos o meu sincero agradecimento.

E continuarei a tentar
ser a melhor versão
de mim.



“Eu sou Humano” – um livro sobre empatia

Verde, 2019

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

DGS - Direção Geral de Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCP – Ferida Cirúrgica do Períneo

ICN - International Council of Nurses

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPT - Parto Pré-Termo

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RN - Recém-Nascido

TP - Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório de natureza profissional descreve o processo de aquisição de competências específicas na área de cuidados da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, com base na evidência científica mais recente. Este reflete, assim, a implementação de cuidados especializados à mulher com patologia associada à gravidez e cirurgia obstétrica, à mulher durante o trabalho de parto e parto, à puérpera, ao recém-nascido, à pessoa significativa e família.

Ao longo do relatório são problematizadas as práticas, visando o pensamento crítico, a tomada de decisão e a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como foco a promoção de uma transição saudável de adaptação à gravidez/parentalidade.

A monitorização da evolução do trabalho de parto permite assegurar que o processo está a evoluir de forma normal ou detetar precocemente complicações e intervir em situações associadas a morbilidade materna ou fetal, sendo uma das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. A utilização de métodos quer invasivos ou não invasivos de avaliação da evolução do trabalho de parto deve ser adequado quer às situações quer às escolhas efetuadas pela mulher/casal. A visualização e medição da linha púrpura, método não invasivo, é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, tendo sido descrita pela primeira vez em 1990.

A evidência existente mostra que a observação/medição da linha púrpura pode ser usada como método não invasivo da avaliação da evolução do trabalho de parto, principalmente em situações em que o toque vaginal é recusado por parte da parturiente e nas quais é realizado apenas com a finalidade de avaliar a dilatação cervical ou a descida da apresentação fetal.

Os estudos demonstram existir uma correlação positiva entre o comprimento e alteração da coloração da linha púrpura e a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal. Contudo, face à escassez de artigos sobre a temática, bem como o seu nível de evidência, a utilização deste método carece de mais investigação.

Palavras-chave: linha púrpura, trabalho de parto, competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

ABSTRACT

The present report describes the process of acquiring specific skills in the area of maternal and obstetric health nursing care, as well as the critical and reflective analysis of the activities developed, based on the most recent scientific evidence. It reflects, therefore, the implementation of specialized care for women with pathology associated with pregnancy and obstetric surgery, for women during labor and delivery, for the puerperal woman, for the newborn, for the significant person and the family.

Throughout the report, practices are questioned, aiming at critical thinking, decision making and improving the quality of care, focusing on promoting a healthy transition from adaptation to pregnancy/ parenthood.

Monitoring the evolution of labor allows to ensure that the process is evolving in a normal way or to detect complications early and to intervene in situations associated with maternal or fetal morbidity, being one of the specific skills of the specialist nurse in maternal and obstetric health. The use of either invasive or non-invasive methods for assessing the evolution of labor should be appropriate both to the situations and to the choices made by women/couple. The visualization and measurement of the purple line, a non-invasive method, is recommended by the Portuguese Council of Nursing, having been described for the first time in 1990.

The existing evidence shows that the observation/measurement of the purple line can be used as a non-invasive method to assess the evolution of labor, especially in situations in which the vaginal touch is refused by the parturient and in which it is performed only with the purpose of assessing cervical dilation or the descent of fetal presentation.

Studies show that there is a positive correlation between the length and change in the color of the purple line and the cervical dilation and the descent of the fetal presentation. However, given the scarcity of articles on the subject, as well as its level of evidence, the use of this method needs further investigation.

Keywords: purple line, labor, midwifery care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. Aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas de cuidado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	21
1.1. Gravidez com Complicações	21
1.2. Trabalho de parto e Parto.....	30
1.2.1. A linha púrpura: método de avaliação de evolução do trabalho de parto.....	38
1.2.1.1. Introdução do problema em estudo	38
1.2.1.2. Método.....	39
1.2.1.3. Resultados	41
1.2.1.4. Discussão.....	49
1.2.1.4. Principais Conclusões	52
1.3. Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade.....	52
2. Análise critico-reflexiva sobre o processo e o resultado do estágio de natureza profissional.....	63
CONCLUSÃO	65
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	73
Anexo I – Exercícios para grávidas em repouso.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Experiências módulo “Gravidez com complicações”	22
Gráfico 2: Experiências módulo “Trabalho de parto e parto”	31
Gráfico 3: Experiências módulo “Autocuidado no pós-parto e parentalidade”	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma para o estudo do repouso proposto por Maloni (2010)	25
Figura 2: Etapas da RIL (Botelho, Cunha e Macedo, 2011 citado por Moreira 2014)	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descritores MeSH e DeCs	41
Quadro 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Experiências obtidas ao longo do estágio de natureza profissional	64
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica optou-se pela realização da unidade curricular “Estágio de natureza profissional” objeto do presente relatório.

O estágio de natureza profissional desenvolveu-se no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), de setembro de 2019 a novembro de 2020, nos serviços Materno-Fetal, Bloco de Partos e Puerpério. Este contempla três módulos – gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade, visando a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas específicas de cuidados da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) - Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio - e conforme a Lei n.º 26/2017, de 30 de maio.

O relatório visa, assim, para além da descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas com base na evidência científica mais recente, a investigação de uma área de interesse que emergisse da prática. Neste sentido, realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre a linha púrpura como método de avaliação da evolução do trabalho de parto (TP).

A OE (2015) refere que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assume um papel preponderante na avaliação do TP, devendo desenvolver e pôr em prática competências de avaliação adequadas à situação clínica e às escolhas da mulher, entre elas a visualização da linha púrpura. Importa, assim, estudar e problematizar este método.

A linha púrpura foi estudada pela primeira vez em 1990 por Byrne e Edmonds. Consiste, segundo os autores, num ponto arroxado que surge em redor do ânus, que aumenta com a dilatação cervical no sentido ascendente e que resulta da vasoconstrição das veias em redor do sacro, devido à pressão intrapélvica causada pela apresentação fetal e, também, pela quantidade reduzida de tecido subcutâneo no sacro (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013).

No sentido de um melhor desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências ao longo do estágio, e tendo subjacente o Regulamento do Segundo Ciclo De Estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, bem como o Regulamento das competências específicas do EESMO (OE, 2019), foram definidos os seguintes objetivos:

- demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas no

processo de cuidados à mulher/recém-nascido/família nas diferentes áreas do cuidado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais;

- evidenciar a recontextualização e mobilização de saberes com base na prática baseada em evidências e no pensamento crítico para a tomada de decisão;
- demonstrar competências no domínio da investigação científica;
- descrever os processos de cuidados de enfermagem, culturalmente congruentes, elaborados ao longo do estágio, fundamentando cientificamente os dados de diagnóstico diferencial, os objetivos, os critérios de resultado esperados e as intervenções realizadas;
- problematizar as práticas e os processos de cuidados realizadas em contexto de estágio, através da sua fundamentação com base no conhecimento científico atual promovendo a prática baseada na evidência;
- apresentar e promover práticas que respeitem a individualidade de cada grávida/família, considerando as suas crenças e diferenças culturais, de modo a promover a sua satisfação face à experiência da gravidez, parto e transição para a parentalidade;
- contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a implementação de práticas emancipatórias que promovam a autonomia e participação do casal na vivência da gravidez e no exercício do papel parental;
- contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a implementação de práticas emancipatórias que promovam a autonomia do EESMO.

O presente documento encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro diz respeito à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas nas áreas de cuidados especializados, gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade, sendo cada uma abordada num subcapítulo. Deste capítulo faz igualmente parte a revisão integrativa da literatura da área de interesse. No segundo capítulo é realizada a análise crítico-reflexiva sobre o processo e o resultado do estágio de natureza profissional.

Como pesquisa para desenvolvimento do relatório consultou-se obras de referência publicadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, artigos científicos, teses

de mestrado e doutoramento disponíveis online e na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Como fonte de pesquisa de artigos científicos, recorreu-se a bases de dados acreditadas, bem como à literatura cinzenta através do Google Académico®.

1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NAS ÁREAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas específicas de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio e a Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, decorreu no CHUSJ, de setembro de 2019 a novembro de 2020, nos serviços Materno-Fetal, Bloco de Partos e Puerpério.

As atividades específicas desenvolvidas ao longo dos três módulos – “gravidez com complicações”, “trabalho de parto e parto” e “autocuidado no pós-parto e parentalidade” são objeto de análise, reflexão e problematização com base na evidência científica atualizada, patentes nos subcapítulos seguintes.

A revisão integrativa da literatura sobre: “a linha púrpura como método de avaliação da evolução do trabalho de parto” foi a área de interesse que emergiu da prática e cujas etapas são igualmente descritas neste capítulo.

1.1. Gravidez com Complicações

A gravidez e a parentalidade são processos dinâmicos de desenvolvimento e de construção que acarretam transformações biológicas, corporais e psicológicas na mulher, mas também sociais, afetivas e legais, únicas e irreversíveis na família. No ciclo de vida individual e familiar apresentam-se como uma transição desenvolvimental, uma crise normativa, uma etapa de reestruturação na qual são realizadas tarefas adaptativas, incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos, redefinição de papéis, de significados associados a estes eventos, reorientação e redefinição do modo de ser e de estar, visando um novo equilíbrio (Canavarro, 2001; Meleis, 2010).

As transições e comportamentos que interferem com a saúde, como é o caso da gravidez e da parentalidade, são o foco de atenção dos enfermeiros, nomeadamente dos EESMO (Chick & Meleis, 1986 citado por Cardoso, 2011).

O EESMO é por excelência o profissional de saúde que acompanha a mulher/casal/família nestas transições que têm um duplo sentido, ou de evolução ou de risco de perturbação desenvolvimental, centrando-se, assim, na resposta humana à transição. É, pois, durante estes processos de mudança, comparativamente a outras fases mais estáveis, que as pessoas

experienciam necessidade acrescida de ajuda e que se encontram mais recetivas. Assim, intervenções adequadas vão interferir não só no relacionamento com o filho/dinâmica familiar, mas também na vivência da transição.

Se por si só a gravidez/parentalidade se apresentam como crises, a gravidez de risco apresenta-se como uma crise não normativa, uma transição situacional que vai exigir adaptações específicas.

A gravidez de risco é considerada quando um evento médico ou condição obstétrica inexplicável ou antecipado tem um efeito real ou potencial na saúde ou bem-estar materno, fetal ou ambos. Contudo, este diagnóstico não implica um mau desfecho obstétrico, mas sim a prestação de cuidados antenatais adequados e no tempo certo, bem como o acompanhamento especializado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto visando a redução da mortalidade materna e infantil (Holness, 2018).

O módulo “Gravidez com complicações” permitiu a prestação de cuidados a grávidas com patologias associadas ou coexistentes à gravidez (gráfico 1).

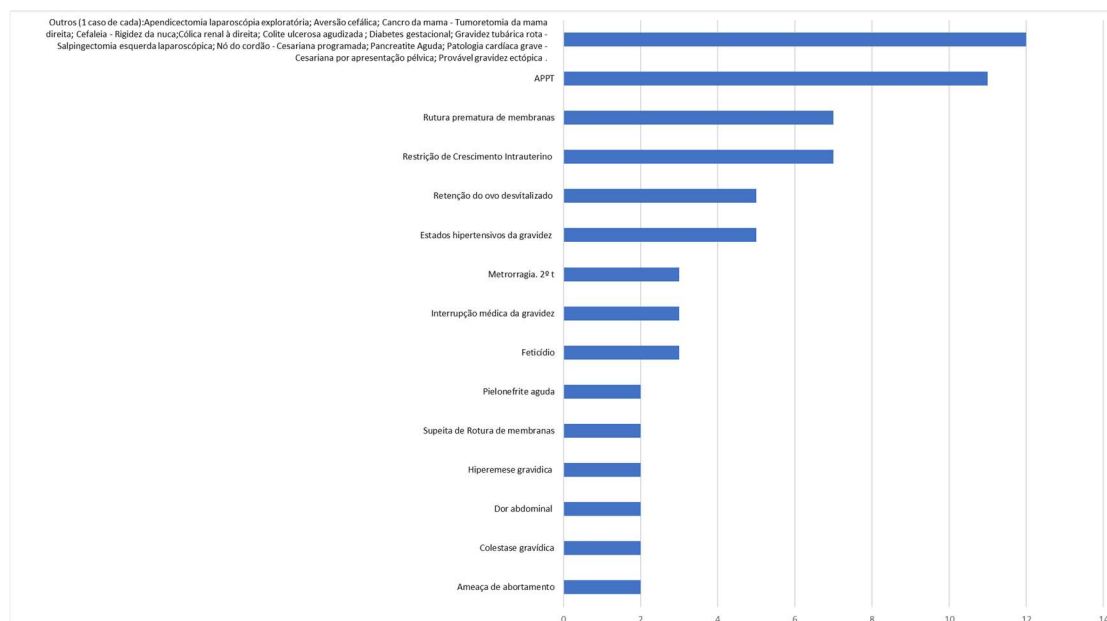


Gráfico 1: Experiências módulo “Gravidez com complicações”

Independentemente da complicação, o diagnóstico de gravidez de risco e hospitalização traduziu-se em diferentes respostas emocionais por parte das grávidas/familiares, apercebidas durante a avaliação inicial e a prestação de cuidados. Se por um lado existiram grávidas que experienciaram sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o stresse e a perda de autocontrolo, outras demonstraram emoções positivas pelo facto de estarem a ser acompanhadas por profissionais de saúde e por terem acesso a tecnologias que permitem

monitorizar o bem-estar fetal.

Holness (2018) identifica sentimentos contraditórios vivenciados pela grávida: alegria pelo facto de estar grávida, medo do desconhecido e pela falta de informação, ansiedade, tristeza pela falta de planeamento e situações associadas à gravidez de risco, felicidade por superarem o problema e pelo suporte recebido, frustração, raiva, esperança, choque, depressão, culpa, solidão e flutuações de humor.

A criação de um ambiente seguro de comunicação e de confiança, com base na escuta ativa e com respeito pela individualidade, dignidade, privacidade, espiritualidade e escolhas da grávida/família, foi fundamental no sentido de uma transição saudável tendo influência nas decisões que tomaram (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017; Holness, 2018).

Mediante a complicação obstétrica, os protocolos clínicos da instituição, a avaliação inicial e a individualidade de cada grávida/casal e família, foi elaborado o processo de cuidados de enfermagem.

A Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) foi a complicação mais frequente durante o estágio. É definida como a ocorrência de contractilidade uterina frequente e regular, antes das 37 semanas de gestação, com a formação do segmento inferior uterino, mas sem alteração a nível cervical (dilatação ou extinção), caso contrário estar-se-ia perante o diagnóstico de parto pré-termo (PPT) (Montenegro, Rodrigues, Ramalho & Campos, 2014; Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). O diagnóstico diferencial é crucial na orientação clínica.

O protocolo da APPT do CHUSJ (2018) refere o seguinte: perante uma gestação de 24-34 semanas, sem rutura de membranas ou PPT, após a realização da anamnese e exames, entre eles o toque vaginal, a cardiotocografia e a ultrassonografia transvaginal do colo uterino, divide a atuação clínica em APPT pouco provável ou muito provável. Na primeira situação, orienta no sentido da reavaliação e monitorização em seis a doze horas ou alta clínica. No segundo caso, o internamento é recomendado com estudo analítico, pesquisa de *Streptococcus* do grupo B, a realização de cardiotocografia duas vezes por dia, repouso no leito e consideração da maturação fetal com corticoides, tocólise e neuroprotecção com sulfato de magnésio.

Durante o estágio, constatou-se que, conforme o protocolo, às grávidas internadas com o diagnóstico de APPT era prescrito o repouso absoluto, isto é, confinamento ao leito, ou o repouso relativo, com privilégio do uso da casa-de-banho.

O repouso é, de facto, a atitude terapêutica mais recomendada na APPT, contudo não existe

evidência científica que o suporte (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2012; Sosa, Althabe, Belizán & Bergel, 2015; Levin et al., 2017; Zemet et al., 2018), pelo contrário vários estudos mostram que o repouso aumenta o risco de parto pré-termo (Levin et al., 2017; Zemet et al., 2018, Medley et al., 2019). McCall et al. (2014) citado Levin et al. (2017, p. 2138) concluem que o benefício do repouso não está comprovado e consideram que face ao conhecimento dos efeitos adversos a sua recomendação é *“inconsistent with the ethical principles that govern medical practice”*.

Sosa et al. (2015) e Zemet et al. (2018) referem que a recomendação supracitada pode estar relacionada com o facto do trabalho árduo e a atividade física intensa durante a gravidez, possa estar associada ao PPT e com a ideia de que o repouso reduz a atividade uterina.

Sosa et al. (2015) defendem que os prós e contras do repouso devem ser discutidos com a grávida, sendo ela quem deve decidir o tipo de repouso e a duração.

A evidência científica mostra a existência de efeitos adversos do repouso, não salientando a diferença entre repouso absoluto ou relativo, para a grávida, feto e família, entre eles : a trombose venosa, atrofia muscular, desmineralização óssea, alterações a nível cardiovascular, perda de peso materno, stresse materno, obstipação, ansiedade, isolamento e fadiga, aumento de custos familiares e em saúde, baixo peso infantil, alterações na frequência respiratória (Maloni, 1993; Cunningham, 2001; Sosa et al., 2015; Sentilhes et al., 2017; Zemet et al., 2018). Schroeder (1996) citado por Cunningham (2001), no seu estudo, verificou que as mulheres no pós-parto desenvolviam intolerância à atividade por fraqueza muscular e que este período de recuperação era mais stressante.

Maloni (1993) refere que a severidade dos efeitos adversos aumenta diretamente com o grau de restrição das atividades.

Em 2010, Maloni propõe uma *framework*, resultante de uma revisão integrativa da literatura, para a orientação do estudo da restrição da atividade /repouso antenatal, baseado nas alterações fisiológicas identificados nos estudos conduzidos na área aeroespacial e nas alterações comportamentais e psicológicas resultantes da investigação do repouso na gravidez (figura 1). Ao fazer uma síntese das possíveis complicações do repouso, tornou-se uma base de orientação para os focos de atenção de enfermagem e intervenções, visando a promoção da saúde e prevenção e otimização do bem-estar da grávida e feto.

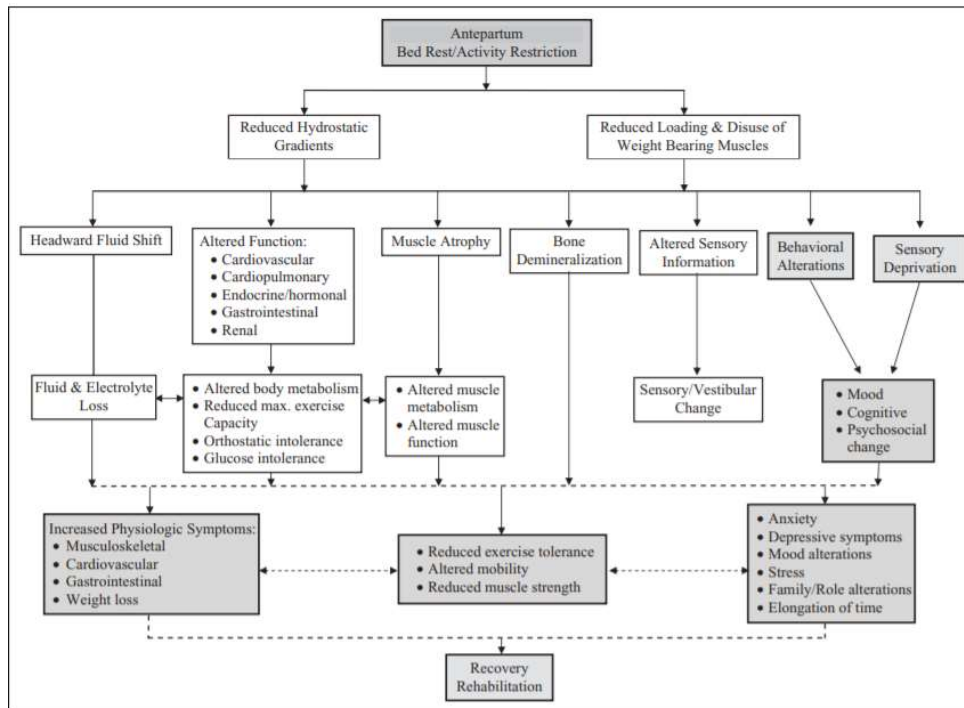


Figura 1: Organograma para o estudo do repouso proposto por Maloni (2010)

Antes de mais, a consciencialização (International Council of Nurses [ICN], 2019) da grávida/casal sobre a complicação da gravidez foi o foco de atenção pilar, pois permitiu perceber a perceção dos mesmos sobre as mudanças que estavam ou iriam ocorrer, bem como o seu envolvimento e disponibilidade para aprender. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e por conseguinte a adesão aos cuidados de saúde (Meleis, 2010).

A perceção do risco, ou seja, a probabilidade de um evento ocorrer, percebido pela grávida e a forma como esta o define influencia o processo de cuidados e consequentemente o cumprimento de prescrições. Esta perceção é afetada por diversos fatores entre eles: obstétricos, idade materna e gestacional, emocionais, perceções, constructos, experiências anteriores, autocontrolo e influência dos profissionais de saúde, bem como familiares (Holness, 2018). Durante o estágio constatou-se que, em algumas situações, a perceção do risco por parte das grávidas diferia da dos profissionais de saúde, o que se traduziu em falhas de comunicação, diminuição da satisfação e não cumprimento de prescrições médicas.

O conhecimento (ICN, 2019) sobre o repouso, a sua definição, eficácia, efeitos secundários e estratégias adaptativas, bem como o seu significado para a grávida/casal foi essencial para o envolvimento dos mesmos no processo de cuidados. As intervenções, no sentido de

melhorar o potencial de conhecimento, centraram-se no ensino.

Perante a prescrição de repouso os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e gastrointestinal, que durante a gravidez sofrem alterações fisiológicas normais, ficam comprometidos requerendo intervenções de enfermagem específicas e individualizadas.

A investigação demonstra que, no caso de repouso superior a três dias, existem alterações a nível do metabolismo e da função muscular levando a atrofia. Um dos músculos estudado por investigadores (Maloni, 2010) e que é responsável pela capacidade de manter a posição ortostática e andar, o gastrocnémio, sofre alterações na sua oxigenação e, por conseguinte, na sua função, cuja recuperação não é completa seis semanas pós-parto. Deste modo, foram propostos e realizados com as grávidas exercícios de flexão plantar. No caso das grávidas com repouso relativo, o assistir no uso da casa-de-banho foi uma das intervenções realizadas, não só pelas alterações musculares, mas também cardiovasculares, referenciadas abaixo. Aquando do término da prescrição de repouso, as grávidas eram assistidas na deambulação.

O exercício físico tem repercussões não só a nível muscular, mas também na prevenção do risco de tromboembolismo vascular, na diminuição do stresse e no sono. Kim e Park (2018) referem que a existência de um programa de exercício físico deve ser considerada, pois não aumenta o risco para o feto e diminui o desconforto físico e a ansiedade. Brun et al. (2011) no seu estudo verificaram que, após o exercício físico estruturado e supervisionado, não existia alteração a nível da pressão arterial das grávidas nem no número de contrações uterinas e que tinha efeito benéfico no alívio de efeitos psicológicos. No anexo 1 estão referenciados alguns exercícios físicos realizados com as grávidas.

Relativamente ao sistema cardiovascular a gravidez implica alterações cardíacas, tais como: o aumento do volume plasmático e sanguíneo, o aumento do débito e frequência cardíaca e a diminuição da resistência periférica global, da pressão arterial e da resistência vascular pulmonar (Lavaredas e Tomás, 2016). Estudos demonstram que a posição supina se traduz numa diminuição da expansão do volume plasmático que pode potenciar contrações uterinas (Maloni, 1993; Cunningham, 2001). A visão alterada, a congestão nasal, a cefaleia e a otalgia podem ser sintomas resultantes da posição supina (Cunningham, 2001). Uma das complicações possíveis - a hipotensão ortostática – traduziu-se nas intervenções do ensinar sobre sensação de lipotimia, medidas preventivas como o levantar progressivo de preferência assistido e medidas de atuação perante estes sintomas – voltar a deitar e pedir ajuda.

O peso das grávidas em repouso pode ou não sofrer alterações. A evidência demonstra que estas perderam ou não aumentaram de peso, aquando da hospitalização, de acordo com o

recomendado quando em comparação com grávidas sem complicações (Maloni, 2010, Sosa et al., 2015; Zemet et al., 2018). Segundo a DGS (2015, p. 4) “um inadequado ganho de peso está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal”. A perda de peso pode estar associada à perda de massa muscular, fluídos intracelulares e extracelulares, como também à perda de cálcio a nível ósseo (Cunningham, 2001). Este é fundamental para o desenvolvimento do esqueleto fetal. Tendo em consideração que a monitorização do peso não era uma intervenção decorrente da prescrição do repouso não foi possível ter a perceção desta ocorrência em todas as grávidas. Contudo, foi evidente a perda de apetite descrita em alguns estudos. Nestas situações, os dados obtidos na avaliação inicial relativamente ao padrão de ingestão, quer de alimentos quer de líquidos, foram úteis para identificar a perda de apetite - pela diminuição do número de refeições ou mesmo da quantidade. A identificação da causa associada à perda de apetite foi possível através da relação terapêutica estabelecida. Em alguns casos esta diminuição estava relacionada com causas fisiológicas – refluxo gastroesofágico, azia – descritas de seguida; causas patológicas – doença renal, por exemplo, que foi necessário pedido de colaboração de nutricionista; outros fatores emocionais – “saudades de casa”. Nesta última situação era sugerido à família que lhe fosse trazida uma refeição de casa. Uma mais valia no internamento foi o facto de a grávida poder escolher a sua ementa da lista disponibilizada pelo serviço de diatética, bem como realizar em média seis refeições diárias.

Os efeitos colaterais da gravidez relacionados com o sistema gastrointestinal, que se devem a efeitos hormonais e mecânicos, como o refluxo gastroesofágico, a azia e a obstipação podem ser exacerbados com o repouso (Maloni, 1993; Cunningham, 2001; Maloni, 2010). Neste âmbito, as intervenções de enfermagem passaram por informar sobre as possíveis alterações e medidas preventivas e identificar situações de referenciação para medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Relativamente ao refluxo gastroesofágico, as grávidas foram aconselhadas a proceder à elevação da cabeceira da cama durante a refeição, a realizar seis refeições pequenas por dia, a evitar ingestão de alimentos antes de dormir e certos alimentos como os mais condimentados e gordos e a ingestão de cafeína e chocolate, a ingerir, de acordo com a tolerância individual, líquidos frios, cerca de uma a duas horas, antes e após as refeições, e restringir os alimentos com odores fortes e consumi-los em pequenas quantidades (Maloni, 1993; DGS, 2015; Thélin & Ritcher, 2020).

O padrão de eliminação intestinal, item considerado na avaliação inicial, foi também foco de

atenção. As intervenções no sentido da prevenção da obstipação foram incentivar as grávidas a aumentar a ingestão hídrica de oito a dez copos por dia, estabelecer um horário regular para a ingestão de líquidos, por exemplo, com recurso a aplicações informáticas, ingestão de um copo de água morna uma a duas horas antes do pequeno-almoço e a ingestão de alimentos ricos em fibra, tais como, pão integral, cereais integrais, legumes e pelo menos quatro peças de fruta fresca e secas especialmente ameixas e figos (DGS, 2015). Nos casos em que estas medidas não foram eficazes, recorreu-se a medidas farmacológicas.

Relativamente às intervenções supracitadas, a família foi incentivada a colaborar na sua concretização.

Em algumas situações, a dificuldade em estabelecer um padrão de eliminação intestinal regular advinha, no caso das grávidas com repouso absoluto, da falta de privacidade, uma vez que as enfermarias tinham duas ou três unidades, apesar das cortinas. Nestes casos, expôs-se a situação à equipa médica e conforme a sua avaliação permitiu-se ou não a utilização da casa-de-banho com deslocação em cadeira de rodas. Nas situações em que a avaliação foi negativa assegurou-se a privacidade da grávida, através da utilização de cortinas e da disponibilização da aparadeira, com a discricção possível. Sugeriu-se também, por exemplo, o recurso a auscultadores no sentido da abstração do ambiente.

As alterações no ciclo do sono eram evidentes, muitas grávidas verbalizaram “não consegui dormir nada”, “tenho tido dificuldade em adormecer”. A literatura (Maloni, 1993; Cunningham, 2001; Maloni, 2010) refere que estas alterações se devem não só à dificuldade de lidar com a hospitalização e com o diagnóstico de gravidez de risco, mas também ao resultado do repouso prolongado. Lee e Gay (2017) referem que o sono se torna problemático nas grávidas hospitalizadas não só pela preocupação, medo e stresse, mas também pelo ambiente não familiar, com luzes excessivas, barulhos durante a noite e cama não confortável. Os mesmos autores apontam que o sono de má qualidade está associado a um maior risco de parto pré-termo e parto distócico por cesariana. Assim, as grávidas foram estimuladas a verbalizar os seus sentimentos, as suas dificuldades, os seus medos, a evitar sesta principalmente ao final do dia, a ter horário para dormir, a realizar atividades relaxantes no final do dia – ler, ouvir música calmante, a gerir as visitas, a utilizar máscaras de olhos ou tampões nos ouvidos, a ingerir leite morno ou realizar a ceia evitando a ingestão de cafeína (Maloni, 1993; Lee & Gay, 2017). Os cuidados de enfermagem, sempre que possível, foram evitados durante a noite, recorria-se ao uso de lanternas para evitar excesso de luz e mantinha-se as portas das unidades fechadas.

O repouso, segundo Hammer e Kenan (1980) e Maloni (1998) citados por Maloni (2010), cria um tipo de privação sensorial – tátil, auditiva, visual, emocional, intelectual, social e ambiental. A grávida é privada do que lhe é familiar. Deste modo, as grávidas foram incentivadas a reorganizar a sua unidade, a ter objetos pessoais, tais como: fotografias e a ter visitas. Foi-lhes ainda sugerida a elaboração de um plano de atividades e explicada a sua importância – estimulação sensorial e rotinas, tais como: ouvir música, ler, ver televisão, manter diário de gravidez e pesquisar sobre o enxoval.

A privação sensorial traduz-se em alterações psicológicas e comportamentais na grávida. A ansiedade, o stresse, os sintomas depressivos e as alterações de humor são, segundo Maloni (2010), manifestações associadas ao repouso e que foram identificadas e focos de atenção. Deste modo, a relação terapêutica, a escuta ativa, o incentivar a verbalização dos sentimentos e preocupações, bem como identificar situações com necessidade de orientação para outros especialistas foram as intervenções realizadas.

Falando em privação espiritual... Num domingo a dona Maria, grávida 24 semanas e 2 dias, com o diagnóstico de APPT e com antecedentes de insuficiência renal, nefrectomia esquerda, transferida dos Açores onde era residente, encontrava-se chorosa. Não era habitual porque sempre se maquilhava, se arranjava, tinha sentimentos muito positivos face à situação que vivenciava. Como a auscultação dos batimentos cardíacos fetais era o momento “mais feliz” do seu dia, foi-lhe proposta a gravação dos mesmos, que ela aceitou. Após, foi encorajada a verbalizar o que sentia. “Sabe, senhora enfermeira, hoje estaria a dar catequese. Custa-me muito não ter esse apoio”. Foi-lhe explicado que se poderia solicitar aconselhamento espiritual. Nos seus lábios abriu-se um sorriso. Holness (2018) refere um estudo em que grávidas de alto risco restauram a esperança e sentimentos positivos quando estão espiritualmente conectadas. Segundo Henriques, Caceiro, Santos e Ramalho (2019, p. 9) “a espiritualidade é vista como um mecanismo de coping, favorecendo o (...) suporte social e emocional”.

As alterações fisiológicas e psicológicas do repouso, quer antenatal quer no pós-parto devem ser valorizadas, no sentido de se conceber, planear, implementar e avaliar as intervenções que otimizam o bem-estar materno e fetal, sendo necessário o envolvimento de todos os profissionais da equipa multidisciplinar. Seria importante o desenvolvimento de um protocolo/guia/programa, no sentido da prevenção de complicações visando uma transição saudável.

1.2. Trabalho de parto e Parto

O presente módulo decorreu em plena pandemia de Covid-19, decretada pela OMS em março de 2020, e que se traduziu em alterações no atendimento à mulher em TP. Foram elaboradas pela OMS e DGS orientações em constante atualização face à evidência científica e situação epidemiológica, em algumas situações inconsistentes, e que se traduziram em protocolos hospitalares, com principal enfoque no circuito da grávida aquando da admissão na sala de partos, presença de acompanhante e relativas aos cuidados ao RN.

A sala de partos do CHUSJ possui cinco quartos individuais – A a E -, sendo que os quartos A, B e C eram destinados a grávidas sintomáticas ou assintomáticas sem diagnóstico laboratorial de SARS-CoV-2, e uma sala de intermédios com quatro unidades para a qual eram transferidas após a negatividade do teste ao SARS-CoV-2 e tendo em consideração o fase do TP em que se encontravam. Deste modo, era assegurado a existência de circuitos específicos e exclusivos na garantia da prestação de cuidados seguros (DGS, 2020; OE, 2020).

A admissão das grávidas, com obrigatoriedade de uso de máscara, era efetuada pelo serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia adjacente à sala de partos, sendo de seguida encaminhadas para um dos quartos A-C, onde era realizada a colheita de exsudado da nasofaringe e da orofaringe com zaragatoa em meio de transporte para vírus, pela EESMO que cumpria as recomendações de utilização de equipamento de proteção individual. O resultado era conhecido em média uma hora após a colheita, sendo que as grávidas aguardavam no respetivo quarto; era realizada a monitorização fetal contínua e, se necessárias, implementadas medidas farmacológicas de alívio do desconforto associada ao TP.

Segundo a Orientação 018/2020 da DGS (2020, p. 6) “todas as mulheres, mesmo que assintomáticas, que necessitem de internamento hospitalar para assistência ao parto ou por complicações da gravidez ou para programação do parto devem realizar teste laboratorial para SARS-CoV-2”. Era igualmente colhido sangue para hemograma, devido ao risco de trombocitopenia associado à infeção COVID-19 (DGS, 2020), sendo que a colocação de cateter epidural só ocorria após o conhecimento do resultado.

Perante um teste negativo ao SARS-CoV-2, era avaliada a evolução do TP através do toque vaginal. Deste modo, as parturientes na fase latente do TP, ou seja, com dilatação do colo uterino inferior a cinco centímetros eram transferidas para a sala de intermédios e as que se encontravam na fase ativa do TP, com dilatação do colo uterino superior a cinco centímetros

eram encaminhadas para outro quarto (OMS, 2018).

Caso o teste ao SARS-CoV-2 fosse positivo, a vigilância do TP e parto e todos os cuidados de enfermagem eram prestados por um EESMO e obstetra com maior experiência nos cuidados intraparto e parto, sendo devidamente informada a equipa do bloco, anestesiologia e neonatologia.

A realização do teste de diagnóstico ao SARS-CoV-2 e, principalmente, o possível resultado positivo, traduzia-se em ansiedade e insegurança para a grávida/parturiente. “Estava com tanto medo de que desse positivo”, “Não sabia o que fazer se desse positivo”, “A espera do resultado foi horrível e angustiante”.

Durante o período de estágio foram prestados cuidados de enfermagem a parturientes sem risco ou com risco, devido a patologias associadas à gravidez e/ou coexistentes, com teste laboratorial para SARS-CoV-2 negativo, tendo-se em consideração o respeito pela dignidade, privacidade e confidencialidade, o direito à informação e o contínuo apoio durante o TP e parto (Gráfico 2). As intervenções centraram-se: no suporte contínuo do TP e parto, na avaliação da evolução do TP, na vigilância do bem-estar fetal, na gestão do desconforto associado às contrações uterinas e descida da apresentação fetal, através de medidas não farmacológicas e farmacológicas, no conforto da parturiente, no despiste de complicações, na assistência ao parto e cuidados imediatos ao RN, na intervenção em situações de emergência obstétrica, visando uma experiência de parto positivo e significativa.

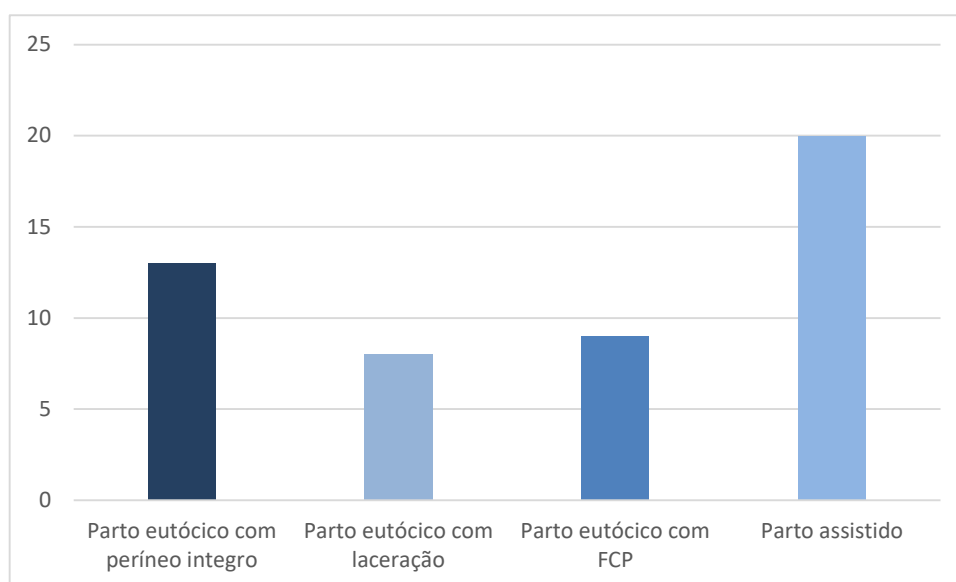


Gráfico 2: Experiências módulo “Trabalho de parto e parto”

A presença do acompanhante, direito consagrado na lei Portuguesa (Lei n.º 110/2019)

durante todas as fases do trabalho de parto, recomendada pela OMS (2018), reconhecida pela DGS (2020), com parecer positivo da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (OE, 2020) foi e é questão de debate com reflexo na prestação de cuidados. O encontro do equilíbrio entre a segurança de todos os intervenientes, de acordo com as normas hospitalares, e o proporcionar de uma experiência positiva ao casal grávido foi orientador na prestação de cuidados.

No CHUSJ, a presença do acompanhante na sala de partos só era permitida, face à estrutura física do serviço, para as parturientes que se encontravam nos quartos individuais e cujo teste ao SARS-CoV-2 era negativo. A DGS (2020, p. 11) refere que “As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o parto” sendo que, quando não for possível, a restrição seja fundamentada no risco de infeção por SARS-CoV-2 e devidamente explicadas aos acompanhantes. Assim, na sala de cuidados intermédios, era explicado às parturientes que face ao facto de ser uma sala pequena com quatro camas, com espaço reduzido não sendo possível cumprir a distância de segurança de todos os intervenientes a presença do acompanhante não era possível. A verbalização de “não se esqueçam de mim?”, “vou ficar aqui sozinha?”, “qual a dilatação?”, “ainda falta muito?” era frequente, sendo que outras parturientes compreendiam a situação tendo algumas referido “assim é melhor, tenho medo de ser infetada”.

Quando as parturientes eram transferidas para os quartos individuais, a presença do acompanhante era autorizada. Na admissão era realizado um inquérito epidemiológico ao acompanhante, onde eram questionados sobre o contacto com algum doente com Covid-19, a realização de viagens para o estrangeiro nos últimos 14 dias, a toma de algum antipirético nas últimas 72 horas, a presença de sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2 (dificuldade respiratória, febre, tosse seca, dor de garganta, perda de paladar ou cheiro) e avaliada a temperatura corporal. Eram informados que era obrigatório o uso de máscara e bata, não era permitida a troca de acompanhante, deviam limitar o número de saídas do serviço, cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico dos profissionais de saúde e utilizar a campainha do quarto, visando o confinamento ao espaço do quarto.

O trabalho de parto e o parto/nascimento de um filho são eventos críticos na vida da mulher e da pessoa significativa, sendo que a assistência e o apoio dado pelo EESMO têm influência na forma como se desenrola o TP e parto, bem como na criação de memórias (OE, 2015; OE, 2020). A presença de uma pessoa significativa para a mulher é apontada na evidência

científica como um importante aspeto na melhoria da qualidade dos cuidados durante o TP e parto e maior satisfação por parte da mulher com os cuidados (OMS, 2018; Bohren, Berger, Munthe-Kaas & Tunçalp, 2019; OE, 2020). Bohren et al. (2019) referem ainda que tem influência na dinâmica da relação estabelecida entre a mulher e o profissional de saúde. Uma revisão da Cochrane de 2017 acresce que existe um aumento de partos eutócico, diminuição da duração do TP, de cesarianas e de partos instrumentados, do uso de analgesia epidural, de nascimentos de RNs com APGAR baixos ao 5.º minuto de vida e de experiências negativas associadas ao nascimento. Mais ainda refere não ter encontrado nenhum aspeto negativo associado à presença do acompanhante.

Contudo, acreditando que face às constantes informações e desinformações face à pandemia, ao medo de contágio, a presença do acompanhante era questionada por alguns profissionais de saúde. De facto, Bohren et al. (2019) referem que o benefício do acompanhante pode ainda não ser reconhecido quer pelos profissionais, pelas mulheres e pelos próprios companheiros e que pode ser encarado em algumas situações como não essencial, não prioritário comparativamente a outros cuidados. Na revisão sistemática realizada por Bohren et al. (2019), alguns autores, pré-pandemia Covid-19, identificaram a preocupação quer por parte dos profissionais, quer pela parturiente e mesmo acompanhante do risco de transmissão de infeção na sala de partos.

A maioria das parturientes escolheu para seu acompanhante o pai da criança. De acordo com Bohren et al. (2019), as mulheres descrevem a presença do seu parceiro essencial no processo de nascimento, pois facilita a ligação pai/filho, do casal e da família.

Antes de mais, importa descrever e refletir sobre os cuidados prestados na fase latente do trabalho de parto.

Face à situação pandémica que vivenciamos, constatou-se que a maioria das parturientes não tiveram acesso a qualquer curso de preparação para o parto e parentalidade, ou se tiveram foi por via digital e, segundo as mesmas, “não é a mesma coisa”. Estes cursos visam o desenvolvimento da confiança bem como de competências para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade (DGS, 2015). Assim, os conhecimentos relacionados com o TP, a sua evolução, a gestão do desconforto com recurso a métodos não farmacológicos e farmacológicos, a dieta, os posicionamentos que facilitem a evolução do TP e a possibilidade de deambular foram avaliados e quando necessário alvo de ensino, visando planos de cuidados individualizados e centrados na parturiente, nas suas necessidades e preferências.

Porém, se algumas intervenções, tais como: o apoio emocional e físico, a advocacia, o “ajudar a passar o tempo” eram, pré-pandemia partilhadas com o acompanhante, nesta fase foi fundamental contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança e transmissão de segurança. Contudo, para algumas parturientes, principalmente as que apresentavam níveis de ansiedade mais elevados, a presença física contínua, sempre que possível, significava que existia alguma complicação.

O suporte proporcionado à parturiente englobou: o físico e conforto, o emocional, o de informação e instrução e advocacia.

O suporte físico visou proporcionar um ambiente tranquilizador e o conforto da parturiente. Assim, estas eram questionadas sobre as suas preferências relativas à intensidade da luz, à temperatura ambiente e à presença de música. Eram incentivadas a deambular, a mudar o posicionalmente, a usar a bola de pilates e a ingerir líquidos ou gelatina. O recurso a métodos não farmacológicos de alívio do desconforto relacionado com as contrações uterinas: tais como a técnica respiratória e a técnica de distração, foram principalmente implementados antes e durante a colocação do cateter pela via epidural.

O suporte emocional, definido por Salus (2004 citado por Amaral e Martins, 2016, p. 402) como “uma aptidão para participar e partilhar os sentimentos da parturiente”, traduziu-se na prática na escuta ativa dos medos e receios e na ajuda a focalizar -se nos sentimentos positivos. Amaral e Martins (2016) referem que a satisfação materna com o trabalho de parto se relaciona não tanto com o alívio da dor, mas sim com o comportamento e atitudes dos profissionais de saúde. O toque como forma de demonstração de envolvimento, de disponibilidade, o simples conversar, foram medidas de distração implementadas.

A informação e instrução sobre os aspetos do trabalho de parto, visaram o envolvimento da parturiente na tomada de decisão e foram fornecidos nos tempos adequados. Por exemplo, nas mulheres admitidas na sala de parto para a indução do mesmo, a informação e instrução relativa a técnicas de respiração, no sentido de diminuir o desconforto causado pelas contrações, era fornecida antes de as percecionarem.

A advocacia inclui proteger, atender as necessidades, respeitar, assistir na tomada de decisões, assegurar a privacidade e o não julgar (Amaral e Martins, 2016).

Durante o período de estágio, nenhuma parturiente apresentou plano de parto escrito, contudo foram sendo incentivadas, face à informação disponibilizada ou às suas expectativas e desejos, a pronunciar-se sobre as suas preferências, relativamente por exemplo ao

contacto pele a pele, à amamentação e ao corte do cordão umbilical. Estes momentos de partilha de informação e discussão foram, também, importantes para a autodeterminação da parturiente e para o seu envolvimento na tomada de decisão. Hodnett et al. citado por OE (2015, p. 40) “afirmam que há um poderoso efeito na satisfação da Mulher e no progresso do trabalho de parto, quando a Mulher se sente no controle e envolvida nas tomadas de decisão.”

A transferência para o quarto individual “transformava” as parturientes. Se por um lado, indicava que o TP estava a evoluir, por outro indiciava que a partir daí a presença do acompanhante era possível. Este deve ser encarado “pela parteira como um parceiro, um membro da equipa, para a Mulher e para ela própria” (OE, 2015, p. 41) e que o apoio dado por alguém significativo para a parturiente é tranquilizador e segurizante. Bohren et al. (2019) referem que o suporte contínuo dado pelo pai contribui para o sentido de segurança, promovendo um ambiente calmo e a construção de confiança entre o casal.

Assim, após o acolhimento do pai, a explicação das normas, foi fundamental explorar as suas expectativas e significados, face ao trabalho de parto e parto, bem como a frequência em cursos de preparação para o parto e parentalidade.

Em conformidade com o referido anteriormente, os pais também não tiveram a oportunidade de participar, nem por via digital, em nenhuma sessão dos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Estes cursos devem contemplar a abordagem teórica do papel do pai no trabalho de parto e a operacionalização prática do seu papel na promoção do conforto da parturiente (OE, 2012). A revisão sistemática de Bohren et al. (2019) evidencia que os pais que participam nos cursos de preparação referem aprender medidas de conforto e suporte, mas a sua implementação apresenta-se como um desafio e que se sentiam comprometidos, mais capazes na participação e interação com os profissionais de saúde.

No sentido de uma melhor compreensão das intervenções realizadas, e visando o envolvimento do pai no trabalho de parto e parto, é fundamental abordar os diferentes papéis que estes podem adotar, e que devem ser reconhecidos, de forma também a perceber a relação do casal e de facto proporcionar uma experiência de parto positiva para o pai e uma transição para a paternidade saudável.

A incorporação do novo papel de pai ocorre em quatro fases: antecipatória, formal, informal e pessoal (Rubin, 1967a; Rubin, 1967b; Mercer, 1981 citado por Cardoso, 2011). A fase formal inicia-se com o nascimento, com o confronto com o bebé real, com a necessidade de

desempenho do papel. Solis-Ponton & Lebovici (2004 citado por José, 2018) referem que o momento do nascimento contribuiu de forma significativa para o processo de tornar-se pai.

Constatou-se na prática que, de facto, como refere a literatura, os pais podem adotar diferentes papéis durante o trabalho de parto, relacionados com o grau de reciprocidade e compreensão existente na relação do casal: orientador, membro da equipa e observador (Chapman 1992, citado por Lowdermilk & Perry, 2011).

No papel orientador inserem-se os pais que têm necessidade de controlar o trabalho de parto e se autocontrolar, ajudam fisicamente a parturiente. O pai como membro da equipa participa de forma ativa, através de apoio emocional e físico, no TP e nascimento. O observador fornece apoio emocional e moral, contudo acredita que pouco pode fazer para ajudar a parturiente (Lowdermilk & Perry, 2011).

Antes de mais, foi fundamental respeitar a decisão de cada casal, compreender o papel de cada pai e o envolvimento esperado no trabalho de parto e parto, no sentido da prestação de cuidados individualizados. Eram, também, explicados, conforme avaliação de conhecimentos à priori, as fases do TP, os métodos não farmacológicos de alívio do desconforto, os cuidados de conforto que podiam proporcionar, bem como todas as intervenções realizadas.

A evidência demonstra que são quatro os papéis associados ao acompanhante, e que complementam o papel do EESMO, e que se agrupam nas mesmas categorias: suporte físico, suporte emocional, suporte de informação e suporte de advocacia.

O suporte físico e conforto envolve, segundo a literatura, dois aspetos Bohren et al. (2019). Por um lado, a identificação de sinais de alguma complicação, por exemplo era frequente ser o acompanhante a chamar ajuda na presença de vômitos ou de sensação de lipotimia da parturiente. Por outro lado, o conforto através do toque, o providenciar água e o ajudar a mudança de posicionamento.

O suporte emocional foi observado pelo reforço positivo “tu consegues”, “estás a fazer um bom trabalho”, pelo toque e pela comunicação não-verbal, o que se traduzia em autoconfiança e capacidade de parir. De facto, Bohren et al. (2019) referem que as mulheres valorizam o acompanhante que a ajuda a controlar os seus sentimentos e a sua capacidade de parir. Um facto que é referido na literatura e que foi possível constatar, foi o limiar de dor. As parturientes na presença do acompanhante solicitaram menos medicação analgésica Bohren et al. (2019).

Relativamente ao suporte relacionado com a informação, o acompanhante, em algumas situações, atuava como intermediário das escolhas mulher ou das informações dadas pelos profissionais ao explicá-las ou repetindo-as. Um outro aspeto possível de observar era o lembrar a parturiente das medidas não farmacológicas, por exemplo da técnica de respiração e medidas de relaxamento.

A advocacia era manifestada através do lembrar das escolhas da parturiente/casal. Por exemplo, um dos acompanhantes foi o intermediário da decisão de não amamentar o RN. Bohren et al. (2019) referem que o acompanhante ao testemunhar o nascimento é capaz de reportar todo o processo, a dor e a transformação na maternidade.

A presença do pai no nascimento contribui também para a ligação pai/RN. A revisão sistemática de Bohren et al. (2019) evidencia o impacto positivo enquanto pessoa e na relação com a mulher e RN.

As intervenções facilitadoras da ligação pai/filho foram o corte do cordão umbilical, a promoção do contacto físico entre ambos, o envolvimento nos cuidados prestados ao RN, através dos ensinamentos sobre os cuidados imediatos e a possibilidade de vestir o RN. O envolvimento do pai segundo Lamb (1992) referenciado por Cunha (2013) depende da motivação, da competência e autoconfiança, do suporte da companheira e das práticas institucionais.

Brandão (2009) no seu estudo refere que o corte do cordão umbilical efetuado pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre pai e o filho, bem como o envolvimento nos cuidados ao RN. Brandão e Figueiredo (2012) corroboram esta ideia, acrescentando que, comparativamente com os pais que não realizaram esta intervenção, o envolvimento emocional é superior quando avaliado ao fim do primeiro mês pós-parto.

Manning (2008 citado por Cunha 2013) refere que os pais usam as seguintes estratégias para conhecer o seu RN: o contacto visual, o toque, a fala e a exploração atenta, sendo que as intervenções de enfermagem que promovem estas estratégias são facilitadoras da ligação pai/filho.

Cunha (2013) citando Pwatvenidz e Bohrer (2007) acresce que o facto de os pais terem uma experiência positiva, cria um modelo parental de referência, isto é, partilha de experiência com outros homens e a vinculação.

A presença do pai na sala de partos representou um desafio face à conjuntura atual e a mobilização de conhecimentos e aquisição de competências, no sentido de uma experiência

positiva para o casal, visando uma prática baseada na evidência. Pois, de facto, como refere Bohren et al. (2019) se por um lado, os profissionais de saúde reconhecem a importância de um acompanhante durante o TP e parto e a integração do mesmo no modelo de cuidados, por outro lado a evidência aponta para a dificuldade, falta de treino dos profissionais na integração dos mesmos nos cuidados.

Deste modo, o trabalho de parto e parto, pelo evento crítico que é na vida do casal, e tendo como objetivo principal o proporcionar uma experiência positiva e significativa, foi fundamental encontrar o equilíbrio entre a segurança de todos os intervenientes e a prestação de cuidados centrados na mulher e seu acompanhante.

1.2.1. A linha púrpura: método de avaliação de evolução do trabalho de parto

1.2.1.1. Introdução do problema em estudo

A linha púrpura, como método de avaliação da evolução do TP, foi um dos temas abordados com pouca profundidade numa das unidades curriculares. E logo aí surgiu uma inquietação. O que é a linha púrpura? Qual a sua etiologia? O que avalia? Como se mede? Qual a sua precisão? Qual a opinião das parturientes e dos profissionais de saúde? É mesmo avaliada na prática? Pode diminuir o número de toques vaginais? Quais as implicações para a prática? Mas a questão principal a estudar é se observação da linha púrpura permite avaliar a evolução do TP.

No âmbito da prática, constatou-se que este método de avaliação do TP não é utilizado pelo EESMO.

O EESMO assume um papel preponderante na avaliação da evolução do TP, devendo assistir a parturiente e utilizar os meios clínicos e técnicos adequados, quer à situação quer às escolhas efetuados pela mulher/casal (OE, 2015).

A monitorização da evolução do TP permite assegurar que o processo está a evoluir de forma normal ou detetar precocemente complicações e intervir em situações associadas a morbilidade materna ou fetal.

De acordo com Downe, Gyte, Dahlen e Singata (2013) a avaliação da evolução do TP pode ser realizada por medição direta do grau de dilatação cervical – toque vaginal, medidas de aproximação da dilatação cervical como a observação da linha púrpura e através da

combinação de outros indicadores, destacando o comportamento materno.

O toque vaginal é o método de eleição da avaliação do TP (OE, 2015). Porém, a sua realização pode aumentar a ansiedade da parturiente e o nível das prostaglandinas plasmáticas tendo impacto negativo na evolução do TP. Este método apresenta, também, baixa acuracidade para a predição do parto, efeitos adversos para a mulher e para o feto, tais como, a infeção, e não deve ser realizado em algumas situações patológicas. Mais ainda é considerado, por algumas mulheres, invasivo, doloroso e desconfortável, podendo ser rejeitada a sua execução (Downe et al., 2013; OE, 2015).

Posto isto, a OE (2015) refere que o EESMO deve desenvolver e pôr em prática competências de avaliação não invasiva do TP entre eles a visualização da linha púrpura.

A linha púrpura foi estudada pela primeira vez em 1990 por Byrne e Edmonds. Consiste, segundo os autores, num ponto arroxeadado que surge em redor do ânus, que aumenta com a dilatação cervical no sentido ascendente e que resulta da vasoconstricção das veias em redor do sacro, devido à pressão intrapélvica causada pela apresentação fetal e, também, pela quantidade reduzida de tecido subcutâneo no sacro (Downe et al., 2013).

Em 1998, Hobbs, parteira, publica um artigo no qual descreve a sua experiência, opinião e reflexões levando a que outras parteiras começassem a pensar em alternativas menos invasivas de avaliação da evolução do TP.

Sendo que a prática deve ser guiada pelas recomendações de entidades como a OMS, a OE e pela melhor evidência científica, tornou-se, assim, necessário adquirir conhecimentos e competências sobre a linha púrpura como método de avaliação do TP. Importa compreender a eficácia desta intervenção autónoma que poderá promover não só a autonomia do EESMO, mas também uma prática de cuidados de qualidade, individualizada e centrada na mulher.

1.2.1.2. Método

A prática baseada na evidência permite solucionar problemas de tomada de decisão que emergem do contexto da prática, tendo por base a melhor e mais recente evidência científica. Face à crescente produção científica e, por vezes, pouco credível, a utilização de metodologias de investigação de revisão da literatura é imperativa. Das revisões da literatura optou-se pela revisão integrativa da literatura (RIL), uma vez que este método permite reunir, avaliar criticamente e sintetizar conhecimentos sobre determinado tema com rigor científico,

possibilitando a integração dos mesmos na prática, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como a identificação de lacunas para futuras investigações (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017).

Tendo por base as etapas da RIL propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011 citado por Moreira, 2014) (figura 2) após a definição da problemática, descrita anteriormente, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: A linha púrpura permite avaliar a evolução do TP?

Galvão, Sawada e Trevizan (2004, p. 551) referem que a elaboração de uma pergunta adequada é a etapa mais importante de uma revisão da literatura pois orienta as etapas seguintes do processo, “define quais serão os estudos incluídos, quais serão as estratégias adotadas para identificar os estudos e quais serão os dados que necessitam ser coletados de cada estudo identificado”.

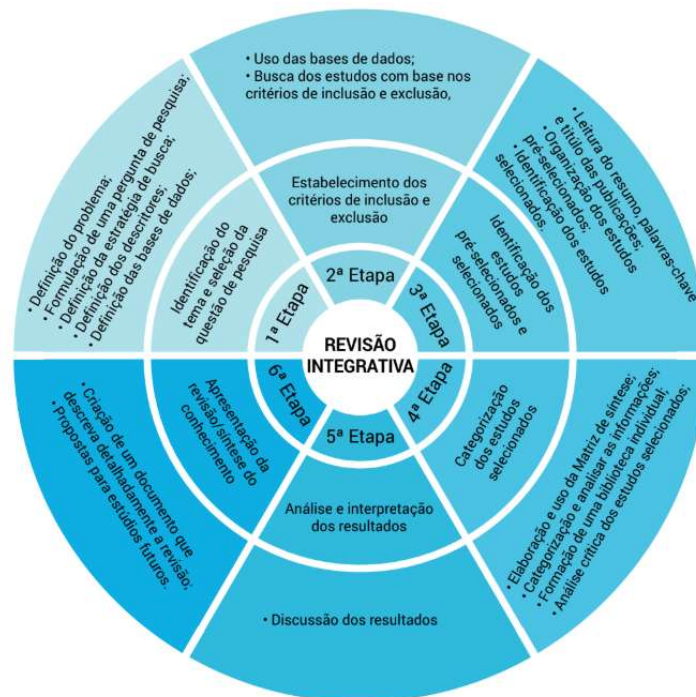


Figura 2: Etapas da RIL (Botelho, Cunha e Macedo, 2011 citado por Moreira 2014)

De seguida, identificou-se os descritores MeSH e DeCs (quadro 1) e formulou-se a frase booleana (purple line) AND (labor, obstetric).

Quadro 1: Descritores MeSH e DeCs

Palavra chave em português	Palavra chave em inglês	Descritores MeSH	Descritores DeCS
Linha Púrpura	Purple line	-----	-----
Trabalho de parto	Labor	Labor, Obstetric	Labor, Obstetric

Os critérios definidos para inclusão de artigos foram os que estudaram mulheres, com gestações únicas a termo, sem complicações, independentemente da paridade e idade, com evolução normal do TP nos quais a linha púrpura seja avaliada. Os critérios de exclusão foram os artigos que referem a linha púrpura noutros contextos, gestações pré-termo, apresentações pélvicas e com nível de evidência 7 de acordo com a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (Galvão, 2006).

Posteriormente, realizou-se a pesquisa de evidência sobre a temática nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE with Full Text e PubMed. Estabeleceu-se como limite temporal os artigos publicados entre 1990 e março de 2020. Esta opção deveu-se ao facto de ter sido o ano em que foi referida pela primeira vez a linha púrpura como método de avaliação do TP.

1.2.1.3. Resultados

Da pesquisa resultaram oito artigos. Após a leitura do título e resumo de cada um deles, e tendo em consideração os critérios de inclusão, excluíram-se dois artigos - Hobbs, L., 1998 e Wickham, S., 2007, por se tratar de artigos de nível 7.

No sentido de simplificar a análise dos artigos, organizar os dados e comparar os estudos elaborou-se um instrumento com os seguintes tópicos: título do artigo, autor(es), ano de publicação do estudo, periódico, país, objetivo do estudo, método, resultados, conclusões e nível de evidência (quadro 2).

O nível de evidência dos artigos orienta a avaliação crítica dos artigos obtidos e posterior tomada de decisão na prática clínica com base na evidência e foi definido de acordo com a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (Galvão, 2006).

“No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de

todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas” (Galvão, 2006, s.p).

Quadro 2: Análise dos artigos selecionados

Título	Clinical method for evaluating progress in first stage of labour.
Autor(es)	Byrne, D. & Edmonds, K.
Ano de publicação	1990
Periódico	The Lancet
País	Inglaterra
Objetivo do estudo	Testar a linha purpura
Método	Estudo observacional. Critérios de elegibilidade: mulheres em TP espontâneo com gravidezes únicas e de apresentação cefálica, nas quais foi avaliada por uma parteira a linha púrpura, na posição de lateral esquerda e de seguida realizado o toque vaginal para avaliar a dilatação cervical e o plano da apresentação fetal.
Resultados	Participaram no estudo 48 mulheres em TP. A linha púrpura foi observada em 91 das 102 observações, estando ausente em cinco mulheres e em três estava ausente inicialmente. Existe uma correlação significativa entre a dilatação cervical e o comprimento da linha púrpura e o plano da apresentação fetal. Postulam que a linha púrpura e sua descoloração resulta da vasoconstrição na região do sacro; congestão pela pressão intrapélvica, aquando da descida da apresentação fetal.
Conclusões	Primeiro artigo sobre o tema. A linha púrpura é um sinal clínico fácil de identificar e que pode oferecer

	valor adicional às decisões obstétricas. Não pode substituir o toque vaginal, mas pode ser útil nos casos em que este é recusado ou stressante.
Nível de evidência	VI

Título	The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study.
Autores	Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., Mcintosh, C., Styles, M., & Niven, C.
Ano de publicação	2010
Periódico	BMC Pregnancy Childbirth
País	Escócia
Objetivo do estudo	<p>Objetivo principal: avaliar em que percentagem de mulheres em TP estava presente de forma clara e mensurável a linha púrpura e determinar se existe relação entre o comprimento da mesma e a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal.</p> <p>Objetivos secundários: estudar se a presença e comprimento da linha púrpura diferiu nos grupos devido à paridade, tipo de TP (espontâneo ou indução), peso ao nascer ou tempo de TP.</p>
Método	<p>Estudo observacional longitudinal que decorreu em ambiente hospitalar por um período de três meses.</p> <p>Critérios de elegibilidade: primíparas e múltiparas com idade superior a 16 anos, com gravidezes únicas sem complicações, de termo e em TP espontâneo ou induzido.</p> <p>A avaliação foi realizada na admissão hospitalar na posição lateral, verificando a presença da linha púrpura e com recurso a uma fita métrica descartável por duas parteiras. De seguida foi realizado o exame vaginal para avaliar a dilatação cervical e a apresentação fetal. Nas mulheres admitidas para indução do TP a avaliação foi realizada à priori.</p>
Resultados	Das 144 mulheres que participaram no estudo (112 em TP espontâneo e 32 para indução do TP), em 109 (76%) em algum momento do TP foi observada a linha púrpura.

	<p>Existe uma correlação positiva média entre o comprimento da linha púrpura e a dilatação cervical e a apresentação fetal, indicando que o TP estava em evolução.</p> <p>É mais provável a presença da linha púrpura em mulheres em TP espontâneo comparativamente a mulheres em indução do TP.</p> <p>Sem associação ente a presença da linha púrpura e a paridade.</p> <p>Não existe diferença significativa no peso ao nascer e tempo de TP nas mulheres com linha púrpura visível e nas mulheres sem linha observável.</p> <p>Correlação entre o comprimento da linha púrpura e a apresentação fetal, bem como a ausência da linha púrpura antes do início do TP pode suportar a ideia de Byrne e Edmonds (1990) sobre a etiologia da linha púrpura.</p> <p>Primeiro estudo a avaliar o momento em que a linha púrpura aparece e a sua ausência antes do início do TP.</p> <p>A linha púrpura pode ser útil na avaliação da progressão do TP juntamente com outras medidas, evitando toques vaginais desnecessários especialmente nas mulheres que os recusam ou acham-no intrusivo.</p> <p>Não substitui o toque vaginal.</p> <p>Futuras investigações: novas variáveis, outras etnias e grupos raciais e a aceitabilidade do exame pelas mulheres e parteiras.</p>
Conclusões	<p>Existe uma correlação média positiva entre o comprimento da linha púrpura e a dilatação cervical e o plano da apresentação fetal.</p> <p>Importa agora se é clinicamente útil e aceite pelas mulheres e profissionais.</p>
Nível de evidência	VI

Título	The use of the “purple line” as an auxiliary clinical method for evaluating the active phase of delivery.
Autor(es)	Narchi, N., Camargo, J., Salim, N., Menezes, M., & Bertolino, M.
Ano de publicação	2011
Periódico	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

País	Brasil
Objetivo do estudo	Investigar a ocorrência e descoloração da linha púrpura em mulheres na fase ativa do TP, a sua associação com a dilatação cervical e com grau de descida da apresentação fetal na pelve, a caracterização social e obstétrica e a opinião das mulheres quanto à utilização desse método.
Método	<p>Estudo descritivo observacional e prospetivo que decorreu entre junho de 2009 e janeiro de 2010.</p> <p>Critérios de inclusão: mulheres assistidas pela supervisora de estágio e pelos estudantes do curso de obstetrícia; concordarem em participar no estudo; com acompanhante à sua escolha que também concordasse com a pesquisa; idade gestacional entre 37 e 41 semanas, apresentação cefálica e no início da fase ativa do TP - dilatação cervical - quatro e seis centímetros.</p> <p>A medição da linha púrpura foi realizada com a parturiente em uma das seguintes posições: Sims, genupeitoral ou sentada com o máximo de inclinação anterior possível. Após a medição era realizado o toque vaginal por outro investigador que era cego relativamente à avaliação da linha púrpura.</p>
Resultados	<p>A linha púrpura foi observada em 56 das 100 mulheres que participaram no estudo na fase ativa do TP.</p> <p>Apenas em 22% parturientes se visualizou a descoloração da mesma durante a descida da apresentação fetal.</p> <p>Sem associação estatisticamente significativa entre a descoloração da linha púrpura e a descida da apresentação fetal.</p> <p>Nenhuma diferença foi estatisticamente significativa entre a presença da linha e as variáveis: idade, número de gestações, número de partos, número de filhos, histórico de aborto e subgrupos raciais.</p> <p>Houve correlação estatística significativa entre as medidas da dilatação cervical e da linha púrpura.</p> <p>A avaliação da linha púrpura não provocou qualquer desconforto a 81% das parturientes e 19% sentiram-se envergonhadas, constrangidas ou incomodadas pelo posicionamento para a medição.</p> <p>Comparativamente com o toque vaginal, 96% das mulheres afirmaram</p>

	<p>que a observação da linha não as havia incomodado, provocado dor ou machucado, enquanto 4% consideraram o método desagradável - pelo posicionamento e exposição da zona anal e interglútea.</p> <p>Método que mais agradou: 98% disseram preferir a observação da linha púrpura, 1% indicaram preferência pelo toque vaginal e 1% nenhum dos dois.</p> <p>17% das mulheres: a avaliação da linha púrpura deveria substituir o toque vaginal sempre que possível.</p>
Conclusões	<p>Sempre que possível, utilizar a linha púrpura no acompanhamento da evolução do TP.</p> <p>A avaliação da linha púrpura pode diminuir o número de toques vaginais, especialmente quando o objetivo for unicamente medir a dilatação cervical - edificar o conceito de promoção do parto digno, respeitoso, livre de procedimentos invasivos e desnecessários, visando a humanização e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.</p> <p>Novos estudos: índices de ocorrência noutras populações.</p>
Nível de evidência	VI

Título	The Diagnostic Accuracy of Purple Line in Prediction of Labor Progress in Omolbanin Hospital, Iran
Autor(es)	Kordi, M., Irani, M., Tara, E., & Esmaily, H.
Ano de publicação	2014
Periódico	Iran Red Crescent Med J
País	Irão
Objetivo do estudo	Determinar a percentagem de observação da linha púrpura durante o TP e sua precisão diagnóstica para prever o progresso do mesmo.
Método	<p>Estudo longitudinal que decorreu entre abril e agosto de 2012.</p> <p>Critérios de elegibilidade: mulheres com gravidez única, apresentação cefálica, idade gestacional 38-42 semanas e sem complicações.</p> <p>A observação e medição da linha púrpura era realizada aos três-quatro</p>

	centímetros de dilatação cervical na posição lateral por uma parceira. O toque vaginal era realizado de seguida por outra parceira que não tinha conhecimento da existência ou não da linha para avaliar a dilatação e descida da apresentação fetal.
Resultados	<p>Participaram no estudo 350 parturientes - nulíparas (61,2%) e múltiparas (38,8%).</p> <p>A linha púrpura foi observada em 75,3% das mulheres durante a fase ativa do TP.</p> <p>O comprimento da linha aumentava com o aumento da dilatação cervical.</p> <p>A presença da linha púrpura tem uma sensibilidade de 90,2%, uma especificidade de 45,3%, um valor preditivo positivo de 88,1% e um valor preditivo negativo de 51% na predição na primeira fase do TP.</p> <p>Na predição da segunda fase do TP a linha púrpura tem uma sensibilidade de 87,6%, uma especificidade de 52,4%, um valor preditivo positivo de 96,5% e um valor preditivo negativo de 22%.</p> <p>Na predição total do TP a linha púrpura tem sensibilidade de 68,57%, uma especificidade de 42,66%, um valor preditivo positivo de 85,32% e um valor preditivo negativo de 43,85%.</p>
Conclusões	A linha púrpura, tendo em conta a sua presença na maioria dos casos e sua elevada sensibilidade e especificidade, pode ser usada como método complementar não invasivo de avaliação da evolução do TP.
Nível de evidência	VI

Título	Relationship between length and width of the purple line and foetal head descent in active phase of labour.
Autores	Irani, M., Kordi, M., & Esmaily, H.
Ano de publicação	2017
Periódico	Journal of Obstetrics & Gynaecology
País	Irão
Objetivo do estudo	Determinar em que percentagem de mulheres está presente a linha

	púrpura e determinar a relação entre o comprimento e a largura com a descida da apresentação fetal.
Método	<p>Estudo observacional longitudinal que decorreu de abril a agosto de 2012.</p> <p>Critérios de elegibilidade: mulheres com gravidez única, apresentação cefálica, idade gestacional 38-42 semanas e sem complicações.</p> <p>A observação e medição da linha púrpura era realizada aos três-quatro centímetros de dilatação cervical na posição lateral por uma parteira. O toque vaginal era realizado de seguida por outra parteira que não tinha conhecimento da existência ou não da linha para avaliar a dilatação e descida da apresentação fetal.</p>
Resultados	<p>A linha púrpura foi observada em 75.3% das 350 mulheres na fase ativa do TP que participaram no estudo.</p> <p>Existe uma correlação positiva entre o comprimento da linha púrpura e o plano da apresentação fetal. Existe uma correlação positiva média entre a largura da linha púrpura e o plano da apresentação fetal, o que pode explicar a etiologia da linha púrpura explicada por Byrne & Edmonds (1990).</p>
Conclusões	<p>A medição da linha púrpura pode reduzir o número de toques vaginais, principalmente quando o seu único objetivo é avaliar a descida da apresentação fetal e quando é intrusivo para as mulheres.</p> <p>Recomendam estudos noutras raças e aceitabilidade das parteiras.</p>
Nível de evidência	VI

Título	Use of the purple line to diagnose cervical dilatation and fetal head station during labor
Autor(es)	Nunes, R., Locatelli, P., & Traebert, J.
Ano de publicação	2018
Periódico	International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics [Int J Gynaecol Obstet]

País	Brasil
Objetivo do estudo	Estimar a incidência da linha púrpura e se ela pode suplementar a avaliação da evolução do TP
Método	Estudo prospectivo de coorte que decorreu de agosto de 2016 a maio de 2017. Critérios de elegibilidade: mulheres em TP ou para indução, gravidezes únicas e de apresentação cefálica, com idade gestacional entre as 34–41+6 semanas.
Resultados	A linha púrpura foi identificada em 189 das 220 mulheres que participaram no estudo. A etnia branca, a rutura prematura de membranas e o parto vaginal foram associadas a um risco aumentado de se identificar a linha púrpura. Foi identificada uma correlação positiva entre o comprimento da linha e a dilatação cervical e o plano da apresentação fetal com uma precisão diagnóstica de 23% e 8.2%, respetivamente.
Conclusões	A linha púrpura foi observada com frequência em mulheres em TP, especialmente de etnia branca e com rutura prematura de membranas. A sua ocorrência está associada a uma evolução do TP normal e apresenta uma correlação positiva com os parâmetros da evolução do TP. Contudo, como tem baixa precisão não é adequada para o diagnóstico de rotina.
Nível de evidência	VI

1.2.1.4. Discussão

A avaliação da evolução do TP através da observação da coloração e medição da linha púrpura é, de acordo com a pesquisa realizada um método não invasivo que pode ser considerado. Contudo, como limitação deste estudo importa salientar a escassez de artigos sobre a temática, bem como o seu nível de evidência.

Da análise de conteúdo extraiu-se as categorias apresentadas no diagrama a baixo.



Figura 3: Categorias da análise de conteúdo

A etiologia da linha púrpura ainda não se encontra definida. Byrne e Edmonds (1990) postulam que a linha púrpura e a sua descoloração se relaciona com a vasoconstrição na região do sacro, provocada pela pressão intrapélvica causada pela descida da apresentação fetal e pela quantidade reduzida de tecido subcutâneo nessa zona. Estes autores estabeleceram uma correlação positiva entre o comprimento da linha púrpura e a descida da apresentação fetal. Os estudos de Shepherd et al. (2010) e Irani et al. (2017) suportam esta ideia ao constatarem a existência desta correlação. Shepherd et al. (2010) acrescentam o facto da não existência da linha púrpura antes do início do TP. Já Narchi et al. (2011), no seu estudo, verificaram não existir associação estatística entre a descoloração da linha púrpura e a descida da apresentação fetal.

A correlação entre a dilatação cervical e o comprimento da linha púrpura foi demonstrada em todos os estudos encontrados. Assim, pode ser útil nos casos em que o toque vaginal é recusado ou é fator de stresse (Byrne & Edmonds, 1990; Shepherd et al., 2010; Irani et al., 2017), evita toques vaginais desnecessários (Shepherd et al., 2010) e pode diminuir o número destes principalmente quando o objetivo é unicamente medir a dilatação cervical (Narchi et al., 2011). Importa salientar que o toque vaginal é o exame de seleção para avaliação da evolução do TP e que a sua realização oferece dados para além da dilatação cervical, tais como: a extinção e a consistência cervical, a apresentação fetal, a variedade e a integridade

das membranas (Shepherd et al., 2010). Byrne e Edmonds (1990) referem que a linha púrpura não pode substituir o toque vaginal, contudo oferece valor adicional às decisões obstétricas, ideia igualmente partilhada por Shepherd et al. (2010).

Byrne e Edmonds (1990), Shepherd et al. (2010), Irani et al. (2017) e Nunes et al. (2018) verificaram nos seus estudos uma correlação positiva entre o comprimento da linha púrpura e a descida da apresentação fetal. Irani et al. (2017) referem que quando o objetivo do toque vaginal for a avaliação da descida da apresentação fetal a utilização da medição da linha púrpura pode reduzir a sua realização.

Em 2014, Kordi e colaboradores concluem que a linha púrpura está presente na maioria dos casos e apresenta uma elevada sensibilidade e especificidade, podendo ser usada como método não invasivo de avaliação da evolução do TP. Nunes et al. (2018) acrescentam que a sua ocorrência está relacionada com uma evolução normal do TP e apresenta uma correlação positiva com os parâmetros de avaliação da evolução do TP. Contudo, por apresentar baixa precisão, não deve ser utilizada como método de rotina de diagnóstico.

Relativamente às variáveis em análise nos estudos encontrados, as que apresentaram uma associação positiva com a presença da linha púrpura foram a etnia branca (Nunes et al., 2018), a rutura de membranas (Nunes et al., 2018), o parto vaginal (Nunes et al., 2018) e o TP espontâneo (Shepherd et al., 2010).

As variáveis sem associação com a presença da linha púrpura foram a paridade (Shepherd et al., 2010; Narchi et al., 2011), o peso ao nascer (Shepherd et al., 2010), o tempo de TP (Shepherd et al., 2010), a idade materna (Narchi et al., 2011), o número de gestações (Narchi et al., 2011), o número de filhos (Narchi et al., 2011), o histórico de abortamentos (Narchi et al., 2011) e os subgrupos raciais (Narchi et al., 2011).

Apenas Narchi e colaboradores (2011) abordam a opinião das parturientes relativamente ao procedimento da avaliação da linha púrpura, sendo que 81% não referiu qualquer desconforto. Comparativamente com a realização do toque vaginal, apenas 4% o consideraram um método desagradável, quer pela posição a adotar quer pela exposição da zona interglútea e anal. Apesar disso, 98% preferiam a observação da linha púrpura ao toque vaginal.

Shepherd et al. (2010) e Irani et al. (2017) referem a necessidade de se realizarem mais estudos em outras raças e etnias, bem como a aceitabilidade do método. Shepherd et al. (2010) apontam a necessidade de se estudar a utilidade deste método e novas variáveis.

1.2.1.4. Principais Conclusões

A evidência existente mostra que a observação/medição da linha púrpura pode ser usada como método não invasivo da avaliação da evolução do TP, principalmente em situações em que o toque vaginal é recusado por parte da parturiente e nas quais é realizado apenas com a finalidade de avaliar a dilatação cervical ou a descida da apresentação fetal.

Porém, a utilização deste método carece de mais investigação, quer relativamente a outras variáveis que podem condicionar a sua presença, quer relativamente à aceitabilidade por parte das parturientes e dos profissionais envolvidos.

A visualização da linha púrpura pode, para além de contribuir para uma prática autónoma, potenciar os cuidados de excelência centrados na mulher.

1.3. Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade

O puerpério corresponde ao período com início após o parto e com término em seis semanas, no qual ocorrem alterações anatómicas e fisiológicas, no sentido da regressão ao estado pré-gravídico, e psicológicas na mulher (OE, 2015; Ferreira, 2016). Este período subdivide-se em três fases: puerpério imediato, que corresponde às primeiras 24 horas, puerpério precoce, até ao final da primeira semana e puerpério tardio, até ao final da sexta semana (Centeno, 2017).

A literatura refere que nesta fase do ciclo de vida da mulher ela se encontra mais vulnerável, quer pelas alterações hormonais quer pelas alterações psicológicas, nos papéis familiares e sociais, o que pode desencadear uma crise e alterações psicológicas severas (OE, 2015; Leitão, 2016).

As transformações intra e interpessoais na mulher/família inerentes a este período foram o foco de atenção durante o internamento, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e RN, apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade, avaliar o binómio mãe/RN, prevenindo desajustes a nível familiar, tendo em consideração a promoção da saúde e do bem-estar familiar que se repercute positivamente na sociedade (OE, 2015).

Os fatores que contribuem para uma transição saudável neste período são o nível de energia, a saúde e bem-estar do RN, o grau de conforto e o apoio e cuidados prestados pela família, amigos e profissionais de saúde (Ferreira, 2016).

A realização do módulo “Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade” proporcionou a prestação de cuidados especializados a puérperas e RNs sem risco associado, bem como a puérperas de risco, com patologias associadas à gravidez e/ou coexistentes e/ou complicações decorrentes do TP e a RNs de risco decorrente de um diagnóstico pré-natal ou inerentes a complicações durante o TP ou a baixo peso à nascença ou derivados de tratamentos, entre eles a fototerapia (gráfico 3).

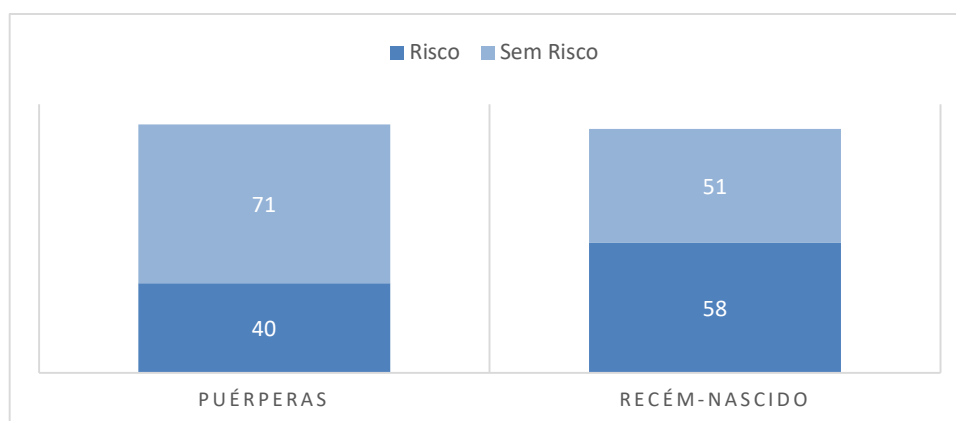


Gráfico 3: Experiências módulo “Autocuidado no pós-parto e parentalidade”

Relativamente aos focos de atenção e às intervenções realizadas, e apesar da unicidade e especificidade de cada puérpera e das suas necessidades particulares, emergiram intervenções comuns, no sentido da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e bem-estar, da promoção da amamentação e da preparação para a alta (OE, 2015; Santos § Baptista, 2016).

Dos cuidados diferenciados prestados, a verificação da presença de colostro aquando da observação geral da puérpera foi objeto de reflexão, de inquietude e de pesquisa. Esta verificação era realizada através da expressão manual da mama, procedimento que algumas puérperas consideraram desagradável, tendo em conta a sua expressão facial, comportamento ou mesmo verbalização. A frase “sem colostro à expressão” foi com alguma regularidade proferida, quer junto das puérperas, quer na passagem de turno, o que implicou em algumas situações a suplementação do RN com leite adaptado e a perda de autoeficácia por parte das puérperas.

De facto, a literatura não aponta como se deve proceder para verificar a presença de colostro. Contudo, esta aponta para sinais demonstrativos de que a amamentação está a ser eficiente. O conhecimento da fisiologia da lactação e das situações que podem comprometê-la, dos sinais de produção e libertação de leite, dos sinais de saciedade e de hidratação, a

observação da mamada, a avaliação do peso e o respeito pelo corpo da mulher foram basilares na prestação de cuidados baseados na evidência científica e para refutar a execução da verificação da presença de colostro através da expressão manual.

Neste sentido, perante a intervenção supracitada foi, antes demais, fundamental consultar o processo da puérpera, no sentido de identificar algum antecedente pessoal que comprometesse o sucesso da lactogénese.

A lactogénese compreende três fases: a lactogénese I e II, ambas com controlo endócrino ou hormonal, e a lactogénese III com controlo autócrino. A lactogénese I inicia-se a partir da 16.^a-18.^a semana de gestação e a lactogénese II em 30 a 72 horas após a dequitação e ambas dependem da atuação das hormonas seguintes: prolactina, ocitocina, hormonas tiroideias, hormona de crescimento, insulina e suprarrenais. A lactogénese III ocorre a partir do 3.^o dia pós-parto e refere-se à manutenção da produção de leite, cujo principal estímulo é a sucção do RN com ação da prolactina e ocitocina, ou seja, reflexo neuroendócrino (Walker, 2011).

Deste modo, a produção de colostro inicia-se durante a gravidez. Contudo, como os níveis de progesterona estão elevados a secreção e volume de produção do leite encontram-se inibidos, estando, porém, disponível colostro para o RN após o parto. Aquando da expulsão da placenta os níveis de progesterona, estrogénios e lactogénio placentário humano decrescem e o nível de prolactina aumenta traduzindo-se na secreção de leite em grandes quantidades (Bordalo, 2008; Walker, 2011).

Face ao exposto, antecedentes pessoais como a obesidade, a diabetes mellitus tipo 1 ou 2 e a diabetes gestacional traduzem-se na alteração dos níveis das hormonas acima referenciadas o que pode levar a um comprometimento da lactogénese I e II. As puérperas insulino dependentes e as puérperas com índice de massa corporal superior a 29 kg/m² ou igual ou superior a 26 kg/m², comparativamente a puérperas saudáveis, podem ter um atraso na produção de leite entre 15 a 28 horas, pela dificuldade de utilização da glicose na síntese de leite (Bordalo, 2008).

Ferro, Vale, Carmona e Abrão (2009) identificaram ainda outros fatores tais como: a deficiência e/ou resistência à prolactina, a presença de quistos ováricos, as alterações estruturais mamárias, a primiparidade, a hipotensão, a retenção de fragmentos placentários, o trabalho de parto e parto prolongados e o parto distócico por cesariana. Walker (2011) identifica a carga de fluídos maternos no parto como outro fator externo. Feldman-Winter et al. (2020) na sua revisão da evidência corroboram os autores supracitados, apontando que um atraso na lactogénese II está associada a uma perda ponderal no RN superior a 10%.

Feldman-Winter et al. (2020) referem que uma pequena percentagem de puérperas, 5 a 8%, não experienciam a lactogénese II, devido a patologia mamária, cirurgia mamária, anomalias no tecido mamário, alterações hormonais (insuficiência pituitária, ovários poliquísticos, hipotireoidismo, entre outros), e toxinas (excessiva exposição ao tabaco), sendo que nestes casos pode ser necessária a suplementação com leite adaptado.

Outro aspeto tido em consideração foram os reflexos de produção e de ejeção, nos quais interferem a prolactina e a ocitocina respetivamente. Estes reflexos são ativados pela sucção do RN, sendo assim uma técnica correta da amamentação fundamental (Bordalo, 2008; Levy & Bértolo, 2012).

O reflexo de ejeção ocorre pela ação da ocitocina nas células mioepiteliais mamárias. Esta é libertada pela zona posterior da glândula pituitária como resposta à sucção do RN, levando à libertação do colostro/leite armazenado na região alveolar. A ejeção de leite é um fenómeno transitório que dura entre 45 segundos a 3,5 minutos e requer um reflexo eficiente (Gardner, 2015) ocorrendo em média 2,2 minutos, após o início da mamada (Spangler, 2011).

Spangler (2011, p. 252) identifica os seguintes mecanismos que facilitam a extração de leite: “pressão negativa da cavidade oral, pressão positiva da língua contra o bico, movimento peristáltico da língua contra o bico e aumento da pressão intraductal”.

Relativamente à anatomia orofacial do RN foi realizada a avaliação do palato, língua, lábios, bochechas, maxilares e fossas nasais, que podem interferir na sucção do RN, nos mecanismos que facilitam a extração de leite e na coordenação da sucção, deglutição e respiração e que são passíveis de intervenção (Marmet, 2011; Wilson-Clay, 2011). Durante o estágio não foi observado nenhum RN com alguma alteração da anatomia orofacial.

O reflexo de sucção do RN desenvolve-se a partir das 15.^a a 18.^a semanas, contudo só entre as 34 e as 35 semanas é que existe coordenação entre sucção, deglutição e respiração (Spangler, 2011). Esta coordenação é fundamental para a eficácia da amamentação.

A observação da mamada, tendo em consideração a grelha de observação da mamada da OMS, foi fundamental para verificar a presença de colostro, pois para além de permitir a avaliação de uma pega adequada, a verificação da presença do reflexo de busca e a coordenação da sucção, deglutição e respiração, possibilitou também identificar os dois padrões de sucção que ocorrem durante a amamentação e que são indicativos da ejeção de leite, bem como a observação ou verbalização por parte das puérperas de sinais do reflexo

de ocitocina eficiente.

Deste modo, a sucção não nutritiva e a sucção nutritiva foram os dois padrões observados, sendo a ejeção de leite a responsável pela transição de um padrão para o outro (Boersma, 2019).

Na sucção não nutritiva observou-se uma sucção mais rápida, o que, segundo a literatura (Boersma, 2019), estimula o reflexo de ejeção e ocorreu no início da mamada. Porém, com este tipo de sucção pode ou não ocorrer transferência de leite, mas são estimulados o mamilo e aréola, sendo ativado o reflexo da ocitocina e da prolactina e aumentam o peristaltismo gastrointestinal, a secreção de fluídos digestivos e a tranquilidade e conforto do RN (Boersma, 2019).

A ejeção de leite foi observada pela alteração do padrão de sucção, em que as estas se tornaram mais lentas e profundas passando de duas sucções por segundo para uma sucção, com observação e em algumas situações a audição da deglutição (Walker, 2011). A nutrição nutritiva tende a ser mais longa que a não nutritiva (Boersma, 2019).

Os sinais mais experienciados pelas puérperas relativos ao reflexo de ejeção de leite, como resposta à libertação de ocitocina, foram as contrações uterinas, principalmente nas multíparas, a sensação de formigueiro nas mamas e a sede. Walker (2011) aponta outros sinais a ter em consideração, como: a sensação de calor, principalmente nas mamas e sentimentos de sonolência ou de tranquilidade. Contudo, é de realçar que algumas puérperas não vivenciaram estes sinais, o que não queria dizer que o colostro não estava presente (Boersma, 2019).

Foi possível observar também, e conforme é referido pela literatura (Boersma, 2019), a saída de colostro/leite pela mama oposta à qual o RN estava a mamar.

Relativamente ao RN, foi possível observar sinais de saciedade, entre eles, sucção mais lenta, mãos e braços relaxados, largavam a mama espontaneamente e podiam adormecer ou não após a refeição. Pela observação da cavidade oral pude constatar a língua branca, sinal de que houve transferência de leite.

Levy e Bértolo (2012) referenciam que sentimentos agradáveis por parte da mãe perante o RN e a autoeficácia são facilitadores da ativação do reflexo da ocitocina. Pelo contrário, sentimentos negativos como a dor, o stresse, as dúvidas relativas ao facto de o leite ser suficiente, podem bloquear este reflexo.

A avaliação e observação do estado físico e hidratação do RN foram também tidos em consideração, no sentido da avaliação da ingestão nutricional suficiente e transferência de colostro/leite eficiente.

Deste modo um tónus muscular forte, boa vitalidade motora e reflexa, o turgor normal, coloração rosada e hidratação adequada da pele, a inexistência de depressão das fontanelas, a mucosa oral hidratada, o número de mamadas entre 8 a 12 em 24 horas, o número de micções (1.º-2.º dia – pelo menos uma a duas micções, 3.º-4.º dia pelo menos três a quatro micções, a partir do 6.º dia pelo menos seis micções com urina clara) e o número de dejeções (1.º-2.º dia duas dejeções mecónio, 3.º dia quatro dejeções castanhas, verdes ou amarelas, 5.º dia pelo menos três amarelas e moles) (Unicef, 2019; Boersma, 2019) foram os sinais de ingestão nutricional e transferência de leite tidos em consideração. Relativamente à concentração da urina, a presença de cristais de uratos na primeira semana de vida do RN é habitual, contudo é necessária a sua referenciação à equipa médica pois pode ser um sinal de desidratação do RN (Boersma, 2019).

O peso do RN foi o indicador antropométrico a ter em consideração na avaliação da ingestão nutricional. No dia previsto da alta, era realizada a monitoração do peso do RN, sendo a perda ponderal fisiológica considerada normal se inferior a 10%, embora alguns autores apontem para os 7% (Silva, Massena, Pinheiro, Carvalho e Teixeira, 2018; Boersma, 2019). Boersma (2019) aponta algumas variáveis que podem estar relacionadas com a perda ponderal, entre elas: os fluídos intravenosos administrados à parturiente durante o TP, o parto distócico por cesariana, a icterícia do RN, a idade materna avançada, a educação parental e a insuficiente transferência de leite. Constatou-se que a perda de peso do RN dentro dos parâmetros normais era fonte de dúvidas para a mãe/casal. Assim, era-lhes explicado que a perda era fisiológica e que por volta do 10.º-14.º dia era esperado que o RN tivesse o peso do nascimento, e posteriormente aumentasse entre 26-31gramas/dia, sendo este um indicador do seu desenvolvimento e amamentação eficiente (Silva et al., 2018; Boersma, 2019).

A OMS (2018) orienta para a formação de equipas especializadas e com conhecimentos atualizados sobre a amamentação e enumera alguns tópicos de ensino sobre a mesma, entre eles: a posição e pega essenciais para a estimulação da produção e transferência de leite para o RN, o que implica a observação direta da mamada.

Posto isto, a pesquisa efetuada relativamente à temática com base na evidência científica mais recente e as intervenções realizadas permitiram descartar a necessidade da verificação de colostro através da expressão manual. É de realçar, visando a autoeficácia da puérpera, a

aquisição de competências parentais e o sucesso da amamentação que todas as intervenções realizadas foram explicadas e todo o conhecimento partilhado, visando a autonomia e a capacitação na identificação de sinais de que a amamentação estava a ser eficaz, tendo em consideração os conhecimentos parentais prévios.

As competências parentais podem ser definidas como “o conjunto de conhecimentos, de habilidades e atitudes que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, com mestria, assegurando o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso & Marín, 2018, p. 2). As mesmas autoras referem que existe uma relação proporcional entre o nível de conhecimentos e habilidades e a criação de um ambiente seguro para o desenvolvimento da criança e sensibilidade às necessidades da mesma, o que tem repercussões na redução da morbilidade infantil.

A preparação para o exercício do papel parental inicia-se durante a gravidez, sendo que a aquisição e desenvolvimento de competências parentais, transversal a todos as mães e pais ao longo da transição para a parentalidade, tem a interferência de diversas variáveis entre elas, as características pessoais, a autoeficácia, o sentir-se preparado para ser mãe/pai, o estatuto socioeconómico e a ajuda para cuidar da criança, entre outras, sendo que o momento no qual a utilidade de determinada temática, para os pais, ainda não se encontra definido na literatura (Cardoso, 2011).

Durante o internamento da díade mãe/RN, constatou-se que as puérperas se encontravam inicialmente numa fase mais dependente, centradas em si e na vivência do trabalho de parto e parto. As intervenções centraram-se na criação de uma relação empática, proporcionando espaço para a verbalização de sentimentos vivenciados, da experiência do trabalho de parto e parto e na prestação de cuidados, com a finalidade de proporcionar o conforto da puérpera e a vigilância de complicações. De seguida, a partir do 2.º dia, numa fase dependente-independente, mais centrada nos cuidados ao RN e na aquisição de competências, mas também com necessidade de cuidados por parte do profissional de saúde, pessoa significativa e família, visando a sua independência nos autocuidados. A literatura aponta três fases de adaptação caracterizadas por comportamentos dependentes (primeiras 24 horas), comportamentos dependentes - independentes (2.º dia até ao 10.º dia) e comportamentos interdependentes (seio familiar) (Pedrosa, 2011; Silva & Carneiro, 2014).

Bowman (2005) referenciada por Cardoso (2011, p. 49) na sua revisão da literatura constatou que “nos primeiros três dias pós-parto, as primíparas revelaram necessidade de informação sobre o autocuidado, apresentando, a partir desta altura, disponibilidade para

desenvolverem os conhecimentos e as habilidades para cuidarem do filho”.

Contudo, como o período de internamente era de 48 horas, no caso de partos eutócicos ou distócicos auxiliados por ventosa e de 72 horas no caso de partos distócicos por cesariana, a avaliação das competências parentais era iniciada no momento de admissão da díade no serviço, visando a identificação dos défices em conhecimentos e em habilidades, ou seja, o diagnóstico das necessidades de aprendizagem individuais, no sentido de intervenções efetivas e da definição dum plano de cuidados de enfermagem antecipatório. Como refere Cardoso (2011), face a uma melhor gestão do tempo a avaliação do que os pais sabem permite dedicar mais tempo às necessidades com maior défice, permite avaliar a eficácia das intervenções e reformular os diagnósticos de enfermagem.

O conhecimento parental sobre a coloração ictérica e icterícia do RN foi o que apresentou mais défice. Muitas puérperas questionavam “senhora enfermeira, acha que o meu menino está amarelo? Tem de ir para as luzes?”

A pele do RN era um dos focos de enfermagem em consideração na sua observação geral. A avaliação da coloração da pele, no sentido de verificar a coloração ictérica era realizada à luz natural e com dígito pressão sobre a pele do RN, uma vez que há diminuição da perfusão sanguínea. Eram observadas as escleróticas, rosto, tronco e por fim os membros, uma vez que a evolução da ictéria é cefalo-caudal. A coloração amarela da pele e mucosas só se verifica quando há deposição de bilirrubina no sangue superior a 5 mg/dl (Quintas e Ramires, 2013). Era explicado aos pais que esta avaliação não era fidedigna sendo que, conforme avaliação pediátrica, seria necessária a confirmação por análises ao sangue - doseamento sérico da bilirrubina, colheita realizada na zona lateral interna ou externa do calcanhar do RN.

Nesse momento foram também avaliados os conhecimentos sobre a icterícia: prevalência, etiologia e importância do tratamento, e se necessários os respetivos ensinamentos.

De facto, a icterícia é a patologia mais comum no RN, sendo que, 60% dos RNs de termo e 80% dos RNs pré-termo ficam ictéricos. Contudo, a hiperbilirrubinemia, como na maioria das vezes não se associa a patologia nenhuma, define-se de icterícia fisiológica e deve-se ao facto de os RNs apresentarem maior número de glóbulos vermelhos e a sua semivida ser menor, à imaturidade enzimática que influencia a clearance da bilirrubina e ao aumento da circulação entero-hepática. Como o pico na raça caucasiana e afro-americana, maioria das díades a que foram prestados cuidados, ocorre entre as 48 e as 96 horas, a sua deteção acontecia na avaliação do RN para possível alta. O tratamento e a prevenção de hiperbilirrubinemia

severa, mais comum, foi a fototerapia, técnica segura e eficaz na redução da bilirrubina evitando as possíveis complicações neurológicas - encefalopatia bilirrubínica (Quintas e Ramires, 2013).

Deste modo, o diagnóstico de icterícia neonatal traduziu-se numa protelação da alta e início da realização de fototerapia, o que levava à manifestação de tristeza, insegurança e medo por parte dos pais. Page-Goertz (2011, p. 721) refere que a hiperbilirrubinemia e o seu tratamento são vistos pela família como uma “ameaça ao lactente”. Campos e Leitão (2005) no seu estudo identificaram a tristeza e o medo associados a crenças de desconforto provocado pela fototerapia ao RN, factos que estavam relacionados com a desinformação. Zaleski, Raissa, Benetti e Mazon (2018), no seu estudo, acrescentam que a preocupação com o RN foi verbalizada por todas as mães, sendo que a fototerapia lhes provoca impressão. Os pais foram incentivados a verbalizar os seus sentimentos, crenças e dúvidas relativamente a este diagnóstico.

Deste modo, a informação sobre fototerapia demonstrou-se fulcral no desenvolvimento e na aquisição de competências parentais, visando a tranquilização dos pais, a segurança e saúde do RN e a adesão à terapia. A informoterapia, princípio orientador do exercício profissional do EESMO, a terapia pela informação, definida por Mitchell (1994 citado por Cardoso, 2011, p. 52) “como a prescrição e a disponibilidade oportunas de informações, baseadas na evidência, para responder às necessidades específicas do cliente e para apoiar a tomada de decisão relativas à saúde” mostrou-se essencial para o desenvolvimento de habilidades e envolvimento dos pais nos cuidados ao RN.

Assim, numa primeira fase foi explicado aos pais no que consistia a fototerapia, que o RN era colocado num berço especial junto à puérpera – Bilibed® - que emitia uma luz azul responsável pela redução do valor da bilirrubina transformando-a numa substância – lumirrubina – excretada pelos rins (urina) e pelo fígado (bile) (Quintas & Ramires, 2013). O facto de a fototerapia ser realizada junto da puérpera era um motivo de alívio: “pensei que o iam levar para algum lado”.

De seguida, foi demonstrado todo o procedimento de colocação do RN no Bilibed®. Este continha um fato terapêutico, cuja integridade era verificada antes da sua utilização e que protege o ambiente, evitando náuseas e vómitos por parte de quem presta cuidados - Bilicomb – no qual o RN era colocado apenas com a fralda, ou seja, com maior exposição possível de pele, devendo ser alternada a sua posição de três em três horas ou após cada mamada, devendo permanecer nele o maior tempo possível. Uma das preocupações

manifestadas pelos pais era que o RN não tivesse frio, pelo que lhes foi sugerido que poderiam colocar uma manta desde que não interferissem na circulação de ar do berço. Eram ainda orientados no sentido de que quando tivessem de retirar o RN do fato, o agasalhassem e tentassem orientar os cuidados para a mesma altura, por exemplo: troca de fralda e amamentação, no sentido de minimizar o tempo de não exposição. Para evitar o risco de queimaduras foram informados para não aplicarem óleos ou loções na pele do RN. Era solicitado que desligassem o Bilibed® sempre que tirassem o RN (Quintas & Ramires, 2013; Gomes, Teixeira & Barichello, 2010; Medela – manual de instruções, 2020).

As possíveis complicações da fototerapia são: o exantema eritematoso, as fezes moles ou diarreia, a hipertermia, a síndrome do bebé bronze, a desidratação (pela perda de água pela exposição da superfície corporal e demora na regulação do aleitamento materno), as queimaduras, a hemólise leve, a plaquetopenia e os danos retinianos, e que foram tidos em consideração nas vigilâncias e monitorizações realizadas, visando a identificação precoce das mesmas (Quintas & Ramires, 2013; Gomes et al., 2010). Assim, era monitorizada a diurese – eram fornecidas fraldas que permitiam o controlo da micção, vigiadas as características da urina, das fezes, da pele, das mucosas e fontanelas do RN e vigiadas as mamadas, sendo as puérperas orientadas para o aumento da frequência das mesmas (Quintas e Ramires, 2013).

Os consensos da Sociedade Portuguesa De Neonatologia (2013, p. 9) referem que “Deve ser mantida alimentação entérica com leite materno ou de fórmula de forma a garantir boa diurese “...” Não há indicação de aumentar o aporte hídrico nos RN sob fototerapia”. Contudo, contactou-se que existia alguma incongruência na informação dada aos pais por parte da equipa multidisciplinar - “é melhor suplementar que assim vai mais cedo para casa, aguenta mais tempo nas luzes, urina mais vezes, se não o bebé perde peso”. Numa dessas situações a puérpera referiu a medo que não queria dar leite adaptado ao seu recém-nascido. Não percebia o porquê “o meu bebé não perdeu peso, mama bem, porque tenho de dar outro leite?” Apesar de ser prescrito leite adaptado em SOS, a avaliação da ingestão nutricional, a observação da mamada, de sinais de transferência de leite, tornou-se imperativa e de facto, naquela situação era eficaz.

A realização deste módulo, e porque existe muita fonte de informação, e por vezes contraditória, veio realçar a importância de uma prática baseada na evidência, de cuidados individualizados, de planos de cuidados realistas e congruentes com as necessidades de cada puérpera/casal/família, no sentido da promoção da saúde e autocuidado da puérpera e desenvolvimento e aquisição de competências parentais que assegurem a segurança, a

proteção e saúde do RN, visando uma transição para a parentalidade saudável.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO E O RESULTADO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A realização do estágio de natureza profissional que contempla os módulos – “gravidez com complicações”, “trabalho de parto e parto” e “autocuidado no pós-parto e parentalidade”, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas específicas de cuidados do EESMO.

Desde a gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério foi possível constatar que o desenvolvimento de uma relação de confiança centrada nas necessidades específicas de cada mulher/casal grávido/parturiente/pai/recém-nascido/família permitiu o proporcionar de uma transição de adaptação à parentalidade e parentalidade saudável. Mais ainda, uma avaliação inicial na admissão hospitalar pormenorizada de antecedentes pessoais, obstétricos, hábitos de vida, vivência da gravidez e seu planeamento, bem como dos conhecimentos relacionados com a gravidez/TP/parto/puerpério e competências parentais, permitiu uma melhor gestão do tempo, eficácia nas intervenções e reformulação de diagnósticos de enfermagem.

A prática baseada na evidência permitiu a análise e reflexão dos cuidados prestados, a necessidade de aprofundamento de conhecimentos, bem como a prestação de cuidados com base na evidência científica mais atual e significativos para a mulher/casal, tal como é a missão do EESMO.

As condições facilitadoras da realização deste estágio foram o facto de o CHUSJ ser um hospital de primeira linha, possibilitando a prestação de cuidados diferenciados, nomeadamente em situações de risco materno, fetal e materno-fetal, e ser um hospital escola, facilitando a integração na equipa multidisciplinar.

As dificuldades ao longo do estágio relacionaram-se com a gestão das emoções. Como ser humano, e como enfermeira cuja missão é estar junto da mulher/casal/família, o vivenciar situações com maus desfechos obstétricos foi o maior desafio, contudo permitiu o crescimento pessoal e profissional.

Uma outra situação, que levou à reflexão e problematização dos cuidados especializados e promoção de uma prática baseada na evidência, foi a existência de práticas institucionalizadas que não se baseiam na evidência científica mais recente. Contudo, estas foram discutidas com as tutoras.

O módulo “trabalho de parto e parto” foi o mais desafiante, quer pelas competências técnicas a adquirir, quer pelo facto de ter ocorrido em plena pandemia Covid-19. Esta pandemia, pelo risco de transmissão de infeção, e pelas orientações inconsistentes emanadas pela OMS e DGS, trouxe insegurança e medo a todos os intervenientes no processo de nascimento. O encontro do equilíbrio entre a segurança e o proporcionar uma experiência positiva e significativa à parturiente e pessoa significativa foi fundamental, e possível graças à evidência científica.

A realização da revisão integrativa da literatura permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação, na operacionalização prática de conhecimentos obtidos numa das unidades curriculares incluídas no mestrado e aprofundar conhecimentos no que concerne à avaliação da evolução do TP. Mais ainda, permitiu constatar que na prática, de facto, o toque vaginal é o procedimento de eleição na avaliação da evolução do TP, não tendo sido possível observar a existência da linha púrpura, nem utilizada como método de avaliação não invasivo. Contudo, foi possível averiguar que o comportamento da parturiente, os sinais dados por ela, entre elas a pressão sentida a nível lombar, era tido em consideração e que se traduziam na evolução do TP.

O culminar do processo formativo assenta na aquisição de competências específicas e o desenvolvimento de competências nas áreas específicas de cuidados do EESMO, descritas e publicadas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), objeto do presente relatório, bem como no número mínimo de experiências práticas (Lei n.º 26/2017, de 30 de maio e Lei n.º 25/2014, de 2 de maio}, tabela 1, visando a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

O parto com apresentação fetal pélvica foi realizado em laboratório e numa atividade formativa no serviço onde decorreu o estágio.

Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
110		111		30		20			111		109	
84	26	33	78	9	13	1 simulado	20	17	40	71	58	51

Tabela 1: Experiências obtidas ao longo do estágio de natureza profissional

CONCLUSÃO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional”, representa o culminar de um processo de desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências, bem com a análise reflexiva das atividades desenvolvidas com base na evidência científica mais recente e a investigação de uma área de interesse que emergiu da prática.

Os objetivos delineados, tendo subjacente o Regulamento do Segundo Ciclo De Estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, bem como o Regulamento das competências específicas do EESMO (OE, 2019), foram atingidos e contribuíram não só para o desenvolvimento profissional, mas também pessoal.

Na elaboração do relatório, bem como durante a prestação de cuidados nos diferentes módulos, foi evidente que a prática baseada na evidência é a única forma de o EESMO cumprir a sua missão, a prestação de cuidados significativos à Mulher/pessoa significativa e família.

A avaliação da evolução não invasiva do TP, nomeadamente a visualização da linha púrpura, é uma competência que, segundo a OE (2015), o EESMO deve desenvolver e pôr em prática. Se de facto a evidência existente mostra que a observação/medição da linha púrpura pode ser usada como método não invasivo da avaliação da evolução do TP, principalmente em situações em que o toque vaginal é recusado por parte da parturiente e nas quais é realizado apenas com a finalidade de avaliar a dilatação cervical ou a descida da apresentação fetal, contudo face à escassez de artigos sobre a temática, bem como o seu nível de evidência, a utilização deste método carece de mais investigação.

A realização deste relatório visa em última instância contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a implementação de práticas emancipatórias que promovam a autonomia e participação do casal na vivência da gravidez, trabalho de parto e parto e no exercício do papel parental e a autonomia do EESMO.

BIBLIOGRAFIA

- Advocate Aurora Health. (2020). *Exercises for Pregnant Women on Bedrest*. Obtido de Aurora Health Care: <https://ahc.aurorahealthcare.org/fywb/x21930.pdf>
- Amaral, A. P., & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. (2012). *Guidelines for Perinatal Care*. Obtido de <https://www.buckeyehealthplan.com/content/dam/centene/Buckeye/medicaid/pdfs/ACOG-Guidelines-for-Perinatal-Care.pdf>
- Boersma, S. (2019). *Breastfeeding Protocol: Signs of Effective Breastfeeding*. Toronto.
- Bohren , M., Berger , B., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, O. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019,, 3. doi:10.1002/14651858.CD012449.pub2.
- Bohren, M., Hofmey, G., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Bordalo, J. (2008). *Aleitamento materno: Relactação e Lactação Induzida*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior; Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai e bebé: Impacto da experiência de parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Brandão, S., & Figueiredo , B. (2012). Father's emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 28(12), pp. 2730-2739. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x
- Brun, C. R., Shoemaker, J. K., Bocking, A., Hammond, J., Poole, M., & Mottola, M. F. (2011). Bed-rest exercise, activity restriction, and high risk pregnancies: a feasibility study. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 36, pp. 557-582. doi:10.1139/H11-036
- Byrne, D., & Edmonds, K. (1990). Clinical method for evaluating progress in first stage of labour. *The Lancet*, 335(8681), p. 112.
- Campos, A. C., & Leitão, G. C. (abril de 2005). Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. *Rev Gaúcha Enferm*, 26(1), pp. 50-56.

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cardoso, A. M., & Marín, H. F. (2018). Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associados à saúde do recém-nascido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26. doi:10.1590/1518-8345.1859.2997
- Centeno, M. (2017). Puerpério e Lactação. Em L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 280-287). Lisboa: Lidel.
- Cunha, V. (2013). *Cuidados de Enfermagem Promotores da Vinculação do Pia e Bebê no Parto e Pós-parto*. Teses de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Cunningham, E. (2001). Coping with Bed Rest. *Lifelines*, 5(5), pp. 51-55.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2020). *COVID-19: Gravidez e Parto*. Orientação n.º 018/2020 atualizada a 09/10/2020.
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Covid 19: Diagnóstico Laboratorial*. Orientação n.º 015/2020.
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2019). *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Obtido de http://acesso.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/09/regulamento_segundo_ciclo_2019_vf.pdf
- Feldman-Winter, L., Kellams, A., Peter-Wohl, S., Taylor, J. S., Lee, K. G., Terrell, M. J., . . . Stuebe, A. M. (2020). Evidence-Based Updates on the First Week of Exclusive Breastfeeding Among Infants ≥ 35 Weeks. *Pediatrics*, 145(4). doi:10.1542/peds.2018-3696
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.
- Ferro, N. G., Vale, I. N., Carmona, E. V., & Abrão, A. C. (2009). Fatores relacionados ao insucesso da lactogênese: revisão da literatura. *Online braz. j. nurs.*, 8(3).
- Galvão, C. (2006). Níveis de Evidência. *Acta Paul Enfermagem*, 19(2).
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso Que Proporciona A Incorporação Das Evidências Na Prática Da Enfermagem. *Rev Latino-americana Enfermagem*, 12(3), pp. 549-556.

- Gardner, H., Kent, J. C., Lai, C. T., Mitoulas, L. R., Cregan, M. D., Hartmann, P. E., & Geddes, G. T. (2015). Milk ejection patterns: an intra- individual comparison of breastfeeding and pumping. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 156. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0583-3>
- Gomes, N. S., Teixeira, J. B., & Barichello, E. (2010). Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. *12(2)*, pp. 342-347. [doi:https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.6507](https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.6507)
- Henriques, C., Caceiro, E., Santos, M. L., & Ramalho, S. (2019). Adaptação da Escala de Avaliação da Espiritualidade em mulheres grávidas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21, pp. 9-15. [doi:http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0232](http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0232)
- Hobbs, L. (1998). Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. *The Practising Midwife [Pract Midwife]*, 1(11), pp. 34-35.
- Holness, N. (2018). High-Risk Pregnancy. *Nurs Clin N Am*, 53(2), pp. 241-251. [doi:https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010)
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Irani, M., Kordi, M., & Esmaily, H. (2017). Relationship between length and width of the purple line and foetal head descent in active phase of labour. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 38(1), pp. 10-15. [doi:10.1080/01443615.2017.1322044](https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1322044)
- José, M. (2018). *Como nasce um pai? A transição para a parentalidade*. Tese de Mestrado, Escola de Ciências Sociais - Departamento de Psicologia, Évora.
- Kim, Y., & Park, Y. (2017). Effect of Structured Bed Exercise on Uterine Contractions, Fetal Heart Rate Patterns, and Maternal Psychophysical Symptoms of Hospitalized High-Risk Pregnant Women: A Randomized Control Trial. *Asian Nursing Research*, 12(1), pp. 1-8. [doi:10.1016/j.anr.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.12.003)
- Kordi, M., Irani, M., Tara, E., & Esmaily, H. (2014). The Diagnostic Accuracy of Purple Line in Prediction of Labor Progress in Omolbanin Hospital, Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 16(11). [doi:10.5812/ircmj.16183](https://doi.org/10.5812/ircmj.16183)
- Lavaredas, A., & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 58-67). Lisboa : Lidel.
- Lee, K. A., & Gay, C. L. (2017). Improving sleep for hospitalized antepartum patients: a non-randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(12), pp. 1445-1453.
- Lei n.º 110/2019. (2019). *Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09*. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre>
- Lei n.º 26/2017. (2017). *Diário da República n.º 104/2017, Série I de 2017-05-30*. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/26/2017/05/30/p/dre/pt/html>

- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa: Lidel.
- Levin, H. I., Sciscione, A., Ananth, C. V., Drassinower, D., Obican, S. G., & Wapner, R. J. (2017). Activity restriction and risk of preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(16), pp. 2136-2140. doi:<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1337738>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2011). *Enfermagem na Maternidade. (7ªed.)*. : , 2011.p (7ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 201-215). Lisboa: Lidel.
- Maloni, J. A. (1993). Bed Rest During Pregnancy: Implications for Nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 22(5), pp. 422-426.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum Bed Rest for Pregnancy. *Biological Research for Nursing*, 12(2), pp. 106-124. doi:10.1177/1099800410375978
- Marmet, C. (2011). Anatomia do Lactente para a Amamentação. Em R. Mannel, P. Martens, & M. Walker, *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2ª ed., pp. 221-233). Loures: Lusociência.
- Medela. (2020). *Manual de instruções: Bilibed®*. Obtido de <https://manualzz.com/doc/pt/5430988/bilibed%C2%AE>
- Medley, N., Donegan, S., Nevitt, S. J., Goodfellow, L., Hampson, L., Caldwell, D. M., . . . Alfirevic, Z. (2019). Interventions to prevent spontaneous preterm birth in high-risk women with singleton pregnancy: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi:10.1002/14651858.CD013455
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Campos, A. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Moreira, L. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação.
- Narchi, N., Camargo, J., Salim, N., Menezes, M., & Bertolino, M. (2011). The use of the "purple line" as an auxiliary clinical method for evaluating the active phase of delivery. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(3), pp. 313-322.
- Nunes, R., Locatelli, P., & Traebert, J. (2018). Use of the purple line to diagnose cervical dilatation and fetal head station during labor. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics [Int J Gynaecol Obstet]*, 141(2), pp. 250-251.

- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro_bolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Recomendação para o nascimento*. Recomendação n.º02/2012.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série (n.º 85), 3 de maio de 2019, regulamento n.º 391/2019, 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Pronúncia Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica n.º09/2020*.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?seque=1>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* (2ª ed.).
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
- Page-Goertz, S. (2011). Hiperbilirrubinemia e Hipoglicemia. Em R. Mannel, P. Martens, & M. Walker, *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2ª ed., pp. 709-735). Loures: Lusociência.
- Pedrosa, A. M. (2011). *Competência das Puérperas no Cuidar do Recém-Nascido: Estudo de Factores Associados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Puccini, F. R. (2016). *Anatomofisiologia da sucção e deglutição do bebê em computação gráfica 3D como instrumento educacional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru. doi:10.11606/D.25.2016.tde-28062016-071900
- Quintas, C., & Ramires, A. (2013). *Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Santos, M. J., & Baptista, M. C. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel.
- Sentilhes, L. e. (2017). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal Obstetrisc, Gynecology and Reproductive Biology*, pp. 217-224. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.12.035

- Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M., & Niven, C. (2010). The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(54). doi:10.1186/1471-2393-10-54.
- Silva, C. S., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, pp. 17-27. doi:10.12707/RIII13143
- Silva, J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A. M., & Teixeira, A. (2018). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). Obtido de 10.1002/14651858.CD003581
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 17-26.
- Spangler, A. (2011). Fisiologia do Lactente para a Amamentação. Em R. Mannel, P. Martens, & M. Walker, *Manual Prático para Consultores de Lactação* (pp. 247-262). Loures: Lusociências.
- Thélin, C. S., & Richter, J. E. (2020). Review article: the management of heartburn during pregnancy and lactation. *Aliment Pharmacol Therapeutics*, 51(4), pp. 421-434. doi:10.1111/apt.15611.
- Unicef. (2019). *Breastfeeding Assessment Tools*. Obtido de The Baby Friendly Initiative: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/breastfeeding-assessment-tools/>
- Walker, M. (2011). Fisiologia da Mama Durante a Gravidez e a Lactação. Em R. Mannel, P. J. Martens, & M. Walker, *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2.^a ed., pp. 235-245). Loures: Lusociência.
- Wickham, S. (2007). Assessing cervical dilatation without VEs: watching the purple line. *Practitioner Midwife [Pract Midwife]*, 10(1), pp. 26-27.
- Wilson-Clay, B. (211). Avaliação da Anatomia Oral do Lactente. Em R. Mannel, P. Martens, & M. Walker, *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2.^a ed., pp. 407-432). Loures: Lusociência.
- Zaleski, P., Raissa, C. M., Moro, A., Benetti, I., & Mazon, L. (Maio de 2018). O discurso das mães de bebês em tratamento para icterícia neonatal. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(1), pp. 338-346. doi:10.18554/refacs.v6i0.2381
- Zemet, R., Schiff, E., Manovitch, Z., Cahan, T., Yoeli-Ullman, R., Brandt, B., . . . Mazaki-Tovi, S. (2018). Quantitative assessment of physical activity in pregnant women with sonographic short cervix and the risk for preterm delivery: A prospective pilot study. *PLoS One*, 13(6). doi:10.1371/journal.pone.0198949

ANEXOS

ANEXO I – EXERCÍCIOS PARA GRÁVIDAS EM REPOUSO

Exercises for Pregnant Women on Bedrest

Purpose

Some of the risks pregnant women on bedrest face are loss of muscle tone and strength, decreased circulation and increased swelling in arms and legs. In addition, pain and stiffness can set in, especially in the neck and lower back. Doing several simple exercises on a regular basis can help prevent the above problems. The following program is designed for women on bed rest at home or in the hospital.

Directions

Complete each exercise 2 to 3 times a day for up to 10 repetitions as tolerated. The exercises may be done 2 to 3 times a day. Hold each position for 3 seconds. Lie on your side or back to do the exercises as indicated. You may keep a small pillow between your knees for comfort.

General rules

1. Begin slowly and increase repetitions gradually.
2. Be consistent and follow your therapist's and physician's directions.
3. Do not hold your breath. Try to count out loud!
4. Do not bear down during any part of the exercises.
5. Avoid abdominal exercises.
6. Rest as needed.

Important: If you experience contractions, headache, shortness of breath, chest discomfort, bleeding **or** any other unusual symptoms while exercising, **stop** the exercise and contact your nurse or health care provider immediately.

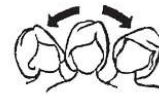
Skylight Access codes

Aurora Sinai Medical Center = 1147

Aurora West Allis Medical Center = 1119

Neck exercises

1. Tilt head sideways, right ear toward right shoulder. Hold 3 seconds. Repeat to the left. Avoid raising shoulders.



2. Turn your head to the right, bringing your chin toward your right shoulder. Hold 3 seconds. Repeat to the left shoulder.



3. Make a circle with your head. First to the right, then to the left.



Shoulder and arm exercises

1. Shrug both shoulders up toward ears. Hold 3 seconds. Lower slowly.



2. Move shoulders in circles. First clockwise, then counter clockwise.



3. Place both hands behind your head. Press your elbows back onto the pillow or bed. Hold 3 seconds, then relax.



Continued

4. While lying on your back, reach your left hand down toward your right hip. Turn your palm up and raise your arm overhead, and to the left. Return to the starting position. Repeat on the other side with right hand toward left hip.



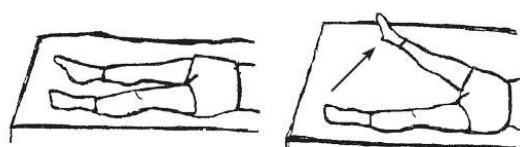
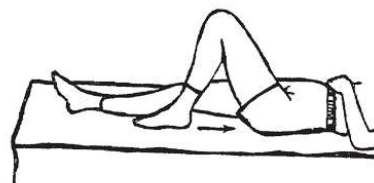
5. While lying on your back, start with your left arm down at your left side, with your palm down and your hand open. Make a fist and reach up, across your body past your right shoulder. Return to the starting position. Repeat on the other side – right hand past left shoulder.



Hip and leg exercises

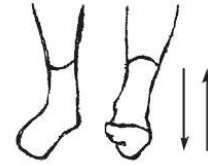
While lying on back:

1. Slide heel toward buttock, keeping heel on bed. Slide heel back down.
2. Place a pillow under your knees. Ask for assistance to do this as needed. Lift right foot, straightening knee completely. Lower slowly. Repeat on the other side.
3. Start with both knees straight and together. Slide left leg out to the side. (Leg must remain on bed.) Slide it back to the middle. Repeat on the right leg.



Continued

4. Ankle Pumps: Point your toes down (away from body). Then point towards you.

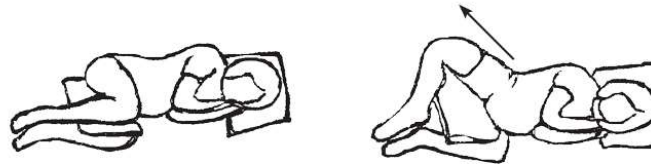


While lying on side:

5. Keep knees slightly bent. Push top thigh back, straightening hip completely. Bring knee back toward chest. Repeat when lying on other side.



6. Keep knees slightly bent. Raise knee up toward ceiling while feet stay together. Lower slowly. Repeat when lying on other side.



Relaxation and deep breathing techniques

In addition to exercise, here are a few suggestions to help reduce stiffness and the stress of bed rest.

- Listen to audio tapes of quiet music or nature sounds
- Do visualization activities: picture yourself someplace or doing something that is soothing or restful; positive thoughts often bring positive results
- Receive light massage for feet, hands or shoulders by a family member or friend; avoid other areas of the body
- Keep a journal of your thoughts, feelings, experiences and self-reflections
- Meditate
- Organize photos in an album
- Read inspirational books
- Complete needlework or craft projects
- Watch videos and television or work on a laptop computer
- Contact the hospital library for book or other publication loans
- Contact hospital Volunteer Services for other activity ideas
- Practice deep breathing:
 - Keep your shoulders relaxed, and take a deep breath in through your nose, while fully expanding chest and belly
 - Imagine lungs completely filling up with air
 - Then exhale through mouth, while pulling your belly button in towards your spine