



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Disfunções Do Pavimento Pélvico:
Contributos da Enfermagem Obstétrica**

Carla Sofia da Cunha Fernandes

Lisboa

2024



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Disfunções Do Pavimento Pélvico:
Contributos da Enfermagem Obstétrica**

Carla Sofia da Cunha Fernandes

Orientador: Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Lisboa

2024

Knowledge, prevention and cure are power, for both midwives and women (Lack, 2019).

AGRADECIMENTO

Um sentimento de Gratidão...

À Professora Maria Madalena Oliveira, orientadora do presente relatório, pelo seu contributo, paciência e compreensão, neste meu percurso académico.

Às minhas colegas de curso que fizeram esta caminhada comigo, em particular à Sara Santos pelos momentos de cumplicidade e amizade.

A todos os enfermeiros com quem me cruzei ao longo dos ensinamentos clínicos e fizeram parte deste meu percurso de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus queridos pais que foram o pilar, o suporte, a segurança, o refúgio dos momentos menos bons, me deram a esperança e a coragem para nunca desistir.

À minha irmã Carmen, por me aturar nos desabafos, pela coragem que me incutiu, pelo seu carinho que me confortou.

À minha querida e ternurenta filha, fonte de motivação e de amor, me deu alento nesta jornada.

Às famílias de quem cuidei, pela confiança que em mim depositaram e me permitiram evoluir nesta caminhada.

A todos, que de fora, direta ou indiretamente, se cruzaram no meu caminho e deixaram o seu contributo.

Sou Grata ao Universo...

LISTA DE SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists	POP - prolapso órgãos pélvicos
APPT - Ameaça Parto Pré-termo	PP - pavimento pélvico
C - Competência	QV - qualidade de vida
CA - Critério Avaliação	RN - Recém-Nascido
CSP - Cuidados de Saúde Primários	SMO - Saúde Materna e Obstétrica
CTG - Cardiotocografia	SPN - Sociedade Portuguesa Neonatologia
DGS - Direção Geral de Saúde	SPOMMF - Sociedade portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
DPP - Disfunções do Pavimento Pélvico	SR - Scooping Review
EC - Ensino Clínico	SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva
EE ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	TMPP - Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico
EO - Enfermeiro/a Orientador/a	TP - Trabalho Parto
ESEL - Escola Superior Enfermagem Lisboa	UC - Unidade de Competência
ICM - International Conference of Midwives	WHO - World Health Organization
IMC - Índice Massa Corporal	
IST - Infecção Sexualmente Transmissível	
IU - Incontinência Urinária	
JBI - Joanna Briggs Institute	
MMF - Medicina Materno-Fetal	
MPP - Músculos Pavimento Pélvico	
NICE - National Institute for Health and Care Excellence	
OE - Ordem dos Enfermeiros	
OMS - Organização Mundial de Saúde	
PBE - Prática Baseada na Evidência	
PF - Planeamento Familiar	

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). É ancorado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) e no Regulamento de competências do grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A unidade curricular proporcionou-me inúmeras experiências no cuidado especializado à mulher inserida na família e na comunidade ao longo do seu ciclo de vida, com foco privilegiado na gravidez e no pós-parto, intervindo como agente facilitador na promoção da sua saúde e na gestão do seu autocuidado. Sustentei este trabalho no referencial teórico de enfermagem de Dorothea Orem (Tomey & Alligood, 2004). Como objetivo geral desenvolvi competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família, nos vários contextos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO), com enfoque na prevenção das disfunções do pavimento pélvico (DPP); tendo como objetivos específicos: aprofundar conhecimentos, no âmbito das DPP; identificar a literacia em saúde das mulheres sobre as DPP e intervir na sua prevenção, desenvolvendo estratégias promotoras da capacitação destas para a sua prevenção, durante a gravidez e até 12 meses após o parto. Considerando a escassa literatura sobre o tema do meu projeto, a evidência aponta para o facto de que, as DPP são um problema de saúde pública, com elevadas implicações na qualidade de vida e saúde da mulher (Stroeder et al., 2021), sendo o primeiro ano pós-parto o mais crítico, com queixas de incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, incontinência anal e alterações da função sexual (Coutinho, et al., 2021), pelo que é desejável que o EE ESMO intervenha precocemente na promoção da saúde e bem-estar destas mulheres, sobretudo na prevenção destas disfunções, mas também reduzindo ou minimizando as suas complicações, consciencializando-as, motivando-as, empoderando-as na gestão do seu autocuidado (Ordem Enfermeiros, 2021; Orem, 2006). Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; prevenção das disfunções do pavimento pélvico; gravidez; pós-parto.

ABSTRACT

This report was prepared within the scope of the 13th Master's Course in Maternal Health and Midwifery Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). It is anchored in the Regulation of Common Competencies of the Specialist Nurse (Regulation no. 140/2019), Specific Competencies of the Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing (Regulation no. Law No. 65/2018).

The curricular unit provided me with countless experiences in specialized care for women within the family and community throughout their life cycle, with a privileged focus on pregnancy and postpartum, intervening as a facilitating agent in promoting their health and managing of your self-care. I supported this work on Dorothea Orem's theoretical nursing framework (Tomey & Alligood, 2004). As a general objective, I developed skills in the provision of specialized care to women, newborns and families, in the various intervention contexts of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EE ESMO), with a focus on preventing pelvic floor dysfunctions. (DPP); with specific objectives: to deepen knowledge, within the scope of DPP; identify women's health literacy regarding PPD and intervene in its prevention, developing strategies that promote women's training in its prevention, during pregnancy and up to 12 months after birth. Considering the scarce literature on the topic of my project, the evidence points to the fact that PPD is a public health problem, with high implications for women's quality of life and health (Stroeder et al., 2021), being the first year postpartum is the most critical, with complaints of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, anal incontinence and changes in sexual function (Coutinho, et al., 2021), so it is desirable that the EE ESMO intervenes early in the promotion of these women's health and well-being, especially in preventing these dysfunctions, but also reducing or minimizing their complications, raising awareness, motivating them, empowering them in managing their self-care (Ordem Enfermeiros, 2021; Orem, 2006) .

Keywords: Obstetric Nursing; prevention of pelvic floor dysfunctions; pregnancy; post childbirth.

ÍNDICE

RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	12
1.1. PAVIMENTO PÉLVICO.....	12
1.2. DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO	13
1.3. TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	16
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO	17
2.1. METODOLOGIA DE PROJETO	17
2.2. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	17
2.2.1. <i>Scoping Review</i>	17
2.3. ESTUDO QUANTITATIVO SOBRE A PREVENÇÃO DAS DPP DAS MULHERES, NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO.....	20
2.3.1 <i>Desenho do estudo</i>	20
2.3.2 <i>Apresentação e análise dos resultados</i>	21
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	35
4. CONTRIBUTOS DO EE ESMO PARA A PREVENÇÃO DAS DPP DAS MULHERES	58
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS.....	84
ANEXO I- QUESTIONÁRIO.....	85
ANEXO II - DOCUMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA	100
ANEXO III - SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS	102
APÊNDICES	104
APÊNDICE I - TABELAS DE EXTRAÇÃO DE RESULTADOS	105
APÊNDICE II – PÓSTER: DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	123
APÊNDICE III – FLYER: DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO, PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E UTENTES	125
APÊNDICE IV – PROGRAMA EDUCACIONAL DO EE ESMO, PARA A PREVENÇÃO DAS DPP DAS MULHERES, DURANTE A GRAVIDEZ E NO PÓS-PARTO.....	128

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 1- DISTRIBUIÇÃO POR IDADES.....	21
FIGURA 2- DISTRIBUIÇÃO POR PESO	23
FIGURA 3- DISTRIBUIÇÃO POR ALTURA	23
FIGURA 4- PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.....	23
FIGURA 5- Nº DE PARTOS VAGINAIS	25
FIGURA 6- Nº DE PARTOS CESARIANA	25
FIGURA 7- DESCRIÇÃO DE SITUAÇÕES DPP E SUAS CAUSAS	26
FIGURA 8- OPÇÕES DE TRATAMENTO DAS DPP	29
FIGURA 9- PROCURA DE INFORMAÇÃO POR IDADE.....	30

FIGURA 10- FORMA DE OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO.....	32
FIGURA 11- FUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO	32
FIGURA 12- AVALIAÇÃO DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO	34

ÍNDICE TABELAS

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA.....	22
TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	22
TABELA 3- DISTRIBUIÇÃO ÁREAS PROFISSIONAIS	22
TABELA 4- TIPO DE ATIVIDADE DIÁRIA	23
TABELA 5- ATIVIDADES PRATICADAS	23
TABELA 6- CONDIÇÕES DE SAÚDE	24
TABELA 7- CONDIÇÃO DE GRAVIDEZ.....	24
TABELA 8-INQUIRIDAS COM PARTO VAGINAL E CESARIANA.....	24
TABELA 9-TIPO DE INTERVENÇÃO.....	25
TABELA 10-REALIZAÇÃO DE CIRURGIA/TRATAMENTO PÉLVICO.....	25
TABELA 11-TIPO DE CIRURGIA/TRATAMENTO	25
TABELA 12-SITUAÇÕES DE DPP VIVENCIADAS.....	26
TABELA 13- PROBLEMAS DE DPP	27
TABELA 14- DESCRIÇÃO DAS DPP E FASES DA VIDA EM QUE SURGIRAM.....	28
TABELA 15-PEDIDO DE AJUDA	28
TABELA 16-RAZÕES PARA NÃO PEDIR AJUDA	28
TABELA 17-FALTA DE CONHECIMENTO NO TRATAMENTO DAS DPP	30
TABELA 18- INFORMAÇÃO SOBRE PAVIMENTO PÉLVICO	30
TABELA 19- DISTRIBUIÇÃO DE INFORMAÇÃO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	30
TABELA 20- DISTRIBUIÇÃO DE INFORMAÇÃO POR HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	31
TABELA 21-REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS DO PAVIMENTO PÉLVICO E SEUS MOTIVOS	33
TABELA 22-TIPO DE INFORMAÇÃO DADA PARA A REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS PÉLVICOS	33
TABELA 23- PROFISSIONAL QUE REALIZOU A AVALIAÇÃO DOS MÚSCULOS PÉLVICOS	34
TABELA 24-IMPORTÂNCIA DO TREINO DOS MÚSCULOS PÉLVICOS.....	34
TABELA 25- FATORES DE RISCO DAS DPP	59

INTRODUÇÃO

A realização do estágio com relatório, perspetivou o alcance de competências gerais e específicas, como futura EE ESMO fundamentadas numa filosofia de cuidados centrados na pessoa, numa prática baseada na evidência (PBE) e na reflexão crítica sobre as mesmas e a implementação de um projeto (que teve o seu início na Unidade Curricular de Opção II no 1º ano do curso). Este, incluiu um estudo quantitativo centrado na prevenção das DPP das mulheres, tendo como objetivo o empoderamento das mulheres para a prevenção das DPP, decorrentes da gravidez e do pós-parto.

Com este relatório pretendo descrever reflexiva e criticamente as experiências vivenciadas ao longo de 37 semanas de ensino clínico (ginecologia, puerpério, cuidados de saúde primários, medicina materno-fetal, sala de partos e neonatologia), em contextos clínicos na área metropolitana de Lisboa, à luz da teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

O tema escolhido: “Disfunções do Pavimento Pélvico: Contributos da Enfermagem Obstétrica”, surgiu fruto da minha motivação pessoal, integrando uma componente investigativa, através da realização de uma *scoping review* (SR) e o trabalho de campo, onde se identificou escassa informação no âmbito da intervenção autónoma do EE ESMO, na área da prevenção das DPP.

Constitui uma competência do EE ESMO, em parceria com os demais profissionais de saúde, assegurar todos os cuidados à mulher, ao longo do ciclo gravídico-puerperal (OE, Parecer 60/2015), promovendo a sua saúde quando “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e dos seus conviventes significativos” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563).

Entendendo a gravidez e o pós-parto como um processo fisiológico (Nené & Sequeira, 2020), onde ocorrem profundas mudanças psicológicas, emocionais e físicas (OE, 2015), a musculatura do pavimento pélvico perde integridade, sofrendo degeneração e trauma, consequência da própria gravidez (peso sobre a estrutura muscular pélvica) e do próprio parto (episiotomia, laceração), resultado no risco de ocorrer DPP (Stroeder et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018; Oliveira et. al., 2018; Stær-Jensen et al., 2015), pelo que importa compreender a complexidade e a multiplicidade de fatores, que podem levar à ocorrência

destas DPP (Hage-Fransen et al., 2021; Stroeder et al., 2021) e atuar nos domínios da prevenção.

Neste sentido, o EE ESMO deve estar desperto, ser conhecedor das estratégias de intervenção no âmbito da promoção da saúde do pavimento pélvico (PP) da mulher (Lawson & Sacks, 2018; Oblasser et al., 2015). Para tal, é expectável que este intervenha precocemente na capacitação das mulheres (Lataś-Zagrajek, et al., 2019), adotando estratégias que passam pela consciencialização e envolvimento destas, dando-lhes o poder da informação, para que assumam um papel ativo na promoção da sua saúde e bem-estar e na prevenção das DPP, reduzindo ou minimizando as suas complicações. Tal implica a identificação dos fatores de risco modificáveis nas consultas de planeamento familiar (PF), ao longo da gravidez e no pós-parto (Lawson & Sacks, 2018; Tucker et al., 2017). O conhecimento dos fatores de risco, oferecem a oportunidade de iniciar estratégias de tratamento preventivo (Stroeder et al., 2021), permitindo à mulher gerir o seu processo de autocuidado (OE, 2021; Orem, 2006), assumindo um papel proativo na tomada de decisão informada e esclarecida, atuando conscientemente na promoção da sua saúde e na prevenção das DPP, com vista a alcançar a melhoria da sua qualidade de vida (OE, 2021; OE, 2015).

O presente relatório está estruturado em 5 capítulos. O primeiro, contempla o enquadramento concetual, com explicitação dos principais conceitos e o modelo teórico de DoroThea Orem, centrado no autocuidado. O segundo capítulo aborda a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos; a Prática Baseada na Evidencia (*scoping review*) e a prática Reflexiva, foca a metodologia de projeto, integra o estudo quantitativo sobre a temática com a apresentação, análise e discussão dos seus resultados. O terceiro capítulo é dedicado à análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. O quarto capítulo integra a análise da competência acrescida. O quinto tece algumas considerações éticas. O sexto capítulo retrata as considerações finais, enfatizando alguns contributos para a prática.

O presente relatório foi elaborado com base no Manual para a Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEL (Godinho, 2023).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se explorar os principais conceitos para contextualizar a temática do presente relatório e abordar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

1.1. Pavimento pélvico

O PP tem a forma um losango, onde a metade anterior é o triângulo urogenital, a metade posterior é o triângulo anal. O triângulo urogenital é constituído pelos músculos do esfíncter uretral (isquiocavernoso, bulbocavernoso) e perineal transverso; contém os órgãos sexuais externos, que por sua vez compreendem o introito vaginal, a uretra, o clitóris, os bulbos vestibulares (tecido erétil), as glândulas de Bartholin, o diafragma urogenital, o corpo perineal, bolsas perineais, superficial e profunda, os vasos sanguíneos, linfáticos e os nervos, sendo o principal o nervo pudendo. O bloqueio do nervo pudendo pode ser usado no parto para anestésiar o períneo e a porção inferior da vagina. A vulva diz respeito à genitália externa da mulher. Esta última, inclui o monte púbico, grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, vestibulo, bulbo vestibular e glândulas vestibulares maiores. A vagina é o canal genital feminino, que se estende da vulva, externamente, até o colo do útero, internamente. Estas estruturas têm funções sexuais, reprodutivas e urinárias, com grande vascularização, proveniente principalmente da artéria ilíaca interna. O triângulo anal compreende o músculo elevador do ânus, o esfíncter externo do ânus e o ânus. O PP tem na sua constituição os diafragmas pélvico e urogenital e a fáscia endopélvica, que revestem a porção inferior da pelve; os diafragmas são formados por músculos organizados em camadas superficiais e profundas do períneo, por ligamentos e fáscias, que atuam como suporte e sustentação dos órgãos pélvicos (o útero e os órgãos a ele adjacentes, a bexiga e o intestino). Os músculos pélvicos incluem o levantador do ânus, o pubo coccígeo, o obturador interno, o piriforme e os músculos superficiais e profundos do períneo, que no seu conjunto formam o diafragma urogenital. Assim, de entre os vários músculos que compõem o PP, os músculos elevadores do ânus, em particular, constituídos pelos músculos pubococcígeo, ileococcígeo e isquicoccígeo, desempenham um papel fundamental no controlo dos esfíncteres, pois é através dele que há a passagem da uretra, da vagina e do ânus. Quando essa musculatura pélvica perde a sua integridade, nomeadamente na gravidez e no pós-parto, por degeneração e trauma, pode ocorrer DPP (Rasteiro et al., 2021; Lawson & Sacks,

2018; Oliveira, et. al, 2018; Stær-Jensen et al., 2015; Hoeman, 2008; Seeley, Stephens & Tate, 2001).

1.2. Disfunções do Pavimento Pélvico

Durante a gravidez e o parto e, nas primeiras seis semanas após este, são muitas as mudanças que ocorrem no sistema músculo-esquelético, o aumento da pressão abdominal na estrutura de suporte do PP, em que a diminuição do colágeno e a hormona relaxina influenciam todas as articulações do corpo, reduzindo a força muscular do PP e o relaxamento dos tecidos de sustentação e ligamentos (durará 3-4 meses a recuperar), sendo o efeito mais prolongado se a mulher estiver a amamentar. Com a gravidez os músculos abdominais também se tornam mais laxos e fracos; os músculos flexores da bacia e da parte inferior das costas contraem-se à medida que são colocados numa posição encurtada, devido às alterações posturais, podendo levar ao desenvolvimento de dor pélvica. Além disso, os músculos do pavimento pélvico (MPP) são estirados de forma relativamente rápida durante o parto vaginal, podendo ocorrer lacerações. Esse estiramento pode apresentar-se como incontinência, prolapso ou ambos. (Stroeder, et al., 2021; Zhang et al., 2021; Jeffcoat, 2009).

As DPP são efetivamente um problema de saúde pública, com elevadas implicações na qualidade de vida (QV) e saúde da mulher e elevados custos associados (Stroeder et al., 2021). Estas compreendem uma ampla variedade de condições clínicas inter-relacionadas, como a incontinência urinária (IU) (de esforço, urgência e mista), incontinência fecal, prolapso órgãos pélvicos (POP), diástase dos retos abdominais, dispareunia, disfunção sexual, dor pélvica e síndrome de dor crónica (Arnold, et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018; Zuchelo et al., 2018; Leeman, et al., 2017), sendo a IU e o POP as mais frequentes (Candoso, et al 2021; Coutinho, et. al., 2021). Contudo, na maioria dos casos, essas alterações são reversíveis e a função muscular do PP recupera-se durante o primeiro ano após o parto, embora uma pequena percentagem 5-20% pareça ser irreversível (Stroeder, et al., 2021). Aproximadamente um quarto de todas as mulheres no mundo sofre de pelo menos uma ou mais DPP, afetando até 30% da população feminina adulta. A IU representa a DPP mais comum, com uma prevalência estimada de 15 a 17%, enquanto a IF afeta aproximadamente 9% das mulheres adultas. O POP afeta entre 5% e 10% das mulheres e está fortemente associado à paridade, obesidade e

histerectomia, embora com forte ligação ao envelhecimento, pois o prolapso uterino ocorre em 40% das mulheres com mais de 50 anos (Stroeder et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018). A diástase dos retos abdominais persiste em aproximadamente 33% das mulheres aos 12 meses após o parto (Sperstad et al., 2016). Estima-se uma incidência crescente das DPP para 43,8 milhões de casos em 2050 em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Zuchelo et al., 2018). A cirurgia para a DPP é comum, pois 20% das mulheres passam por cirurgia de IU de esforço, ou POP ao longo da vida. À medida que o envelhecimento da população cresce, o número de mulheres com DPP aumentará substancialmente e as necessidades em cuidados para esses distúrbios continuará a crescer, bem como o aumento nos gastos em saúde (Stroeder et al., 2021).

A etiologia das DPP é complexa e multifatorial, cujos fatores de risco estão agrupados em: Fatores de predisposição - genética, etnia, idade materna avançada; fatores intervenientes/modificáveis - tabagismo, exercícios vigorosos frequentes, índice massa corporal elevado, trabalho pesado, obstipação; fatores desencadeantes - gravidez, paridade crescente, tipo de parto, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, parto distócico, lacerações perineais, episiotomia, podendo levar à rotura do esfíncter anal (Stroeder et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018; Hallock & Handa, 2016). O conhecimento dos fatores de risco oferece uma janela de oportunidade para o rastreio e identificação precoce dos sintomas. Apesar destes serem multifatoriais e diferirem entre as várias DPP, o fator de risco mais forte para a IU tardia é a incontinência que surge durante a própria gravidez. Os autores referem ainda que o diagnóstico e o tratamento tardio da IU e de outras DPP, estão fortemente associados à vergonha, à falta de conhecimento das mulheres sobre as DPP, motivada pela precária educação para a saúde no período pré-parto, ao facto de os sintomas urogenitais serem aceites, como consequência natural do parto e/ou envelhecimento, para além de que se tem verificado um maior investimento dos profissionais no tratamento do problema, em vez da prevenção (Charrié & Billecocq, 2021; Hage-Fransen et al., 2021; Stroeder et al., 2021; Moosdorff-Steinhauser et al., 2019; Hyakutake et al., 2018; Lawson & Sacks, 2018; Zuchelo et al., 2018)

O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) durante a gravidez e no período pós-parto, aumentam a força desses músculos e previnem a deterioração dos sintomas urinários e da QV na gravidez (Kahyaoglu & Balkanli, 2016). Quando realizados de forma

precoce no início da gravidez, em mulheres continentas, podem prevenir o aparecimento de IU no final da gravidez e no pós-parto (Zhang et al., 2021; Woodley, et al., 2020). Contudo, as diretrizes da World Health Organization (WHO) não recomendam iniciar o TMPP¹ por rotina, após o parto, como medida preventiva em mulheres já com IU (de esforço), mas concordam que os exercícios do PP, podem ser benéficos, para além de estimular positivamente a função sexual no período pós-parto e promover o autocuidado (WHO, 2022).

A saúde do PP é de vital importância para as mulheres, pois desempenha funções na manutenção da estática pélvica, na continência urinária e fecal, na saúde sexual e reprodutiva. A sua disfunção impacta negativamente no quotidiano destas mulheres, nos relacionamentos íntimos e atividades sociais, com alterações nas atividades de vida diária, alterações do sono (interrupção frequente pela necessidade de urinar), na imagem pessoal (preocupações com a higiene íntima, devido aos odores e às perdas de urina); consequências estas, com repercussões (emocionais e físicas) na atividade profissional, sexual, na QV e no seu bem-estar geral (Coutinho, et. al., 2021; Moosdorff-Steinhauser et. al, 2019; Lawson & Sacks, 2018).

Assim, os profissionais de saúde devem estar despertos, serem conhecedores e proativos na promoção da saúde do PP feminino (Oblasser et al., 2015), atuando de forma precoce no rastreio, na identificação e no tratamento das DPP (Lawson & Sacks, 2018); pois o conhecimento dos mecanismos que levam às DPP oferecem a oportunidade de iniciar estratégias de tratamento preventivo (Stroeder et al., 2021), através do rastreio nas consultas de PF, ao longo da gravidez e no pós-parto (Lawson & Sacks, 2018; Tucker et al., 2017). Estes devem intervir em parceria com as mulheres, instruí-las, capacitá-las, dar-lhes o poder da informação para assumirem um papel ativo na prevenção dos fatores de risco modificáveis, tomarem decisões informadas e, atuar conscientemente na promoção da sua saúde e na prevenção das DPP, com vista a alcançar a melhoria da sua qualidade de vida (OE, 2021; OE, 2015).

¹ O Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico refere-se à realização de contrações voluntárias repetidas desses músculos, de acordo com um protocolo que define a frequência, intensidade e progressão dos exercícios, bem como a duração do período de treino e pode incluir exercícios de manutenção dos Músculos do Pavimento Pélvico após o treino inicial (WHO, 2022).

1.3. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem preconiza que a prática das atividades de vida diária seja realizada pela própria mulher, no sentido da cura ou da melhoria da sua qualidade de vida. Esta dirige-se aos cuidados específicos de manutenção da saúde, ao papel do enfermeiro na capacitação da mulher para a gestão do seu autocuidado e a responsabilização pelos seus próprios cuidados. A autora baseia-se nas ações voluntárias que a mulher é capaz de realizar, para cuidar de si própria a fim de promover o seu bem-estar, a saúde e a sua autoestima. Para isso, é necessário que se reconheçam os requisitos, enquanto componentes essenciais para a prática do autocuidado, sendo eles os universais, os de desenvolvimento, os de desvio de saúde. Consideram-se universais as atividades realizadas no quotidiano; os de desenvolvimento contextualizam a adaptação a uma nova condição de vida, com mudanças físicas que acontecem ao longo do ciclo gravídico-puerperal, na qual ocorrem grandes transformações físicas, psicológicas, emocionais, hormonais, que conduzem a mudanças e, apelam a mulher para a realização do seu autocuidado; os desvios de saúde referem-se às condições de vulnerabilidade, “doença”, ferimentos ou consequências de medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir uma condição (Orem, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Assim, o EE ESMO ao atuar num ambiente terapêutico² com a mulher está a proporcionar os alicerces necessários para o seu *empowerment* e, a torná-la um elemento responsável e participativo na gestão e manutenção da sua saúde; bem como, a contribuir para um ambiente acolhedor e motivador para a continuidade de cuidados (Regulamento nº 140/2019). Assim, urge a necessidade do empoderamento, do próprio EE ESMO (OE, 2015), aspeto crucial para a construção da própria identidade profissional, ideais à aquisição de saberes e competências, que lhe permitam consequentemente atuar e intervir em parceria com a mulher, nas várias etapas da gravidez e pós-parto, consciencializando-as, motivando-as, envolvendo-as na gestão do seu autocuidado, na promoção da saúde, atuando e intervindo na prevenção das DPP, reduzindo ou minimizando as suas complicações, decorrentes da gravidez e do pós-parto (OE, 2021; Orem, 2006; Tomey & Alligood, 2004).

² O enfermeiro especialista (EE) atua na “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento nº 140/2019, p. 4747)

2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

O presente capítulo pretende descrever as opções metodológicas e os processos de trabalho utilizados para alcançar os objetivos propostos e dar cumprimento às competências preconizadas.

2.1. Metodologia de Projeto

Ao longo do desenvolvimento do presente trabalho houve necessidade de proceder a ajustes ao projeto inicial redefinindo objetivos e atividades, tendo em conta fatores relativos aos contextos de EC.

2.2. Prática Baseada na Evidência

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, uma das competências do EE ESMO é basear a “sua praxis clínica especializada em evidência científica” alicerçando “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº 140/2019, p.4749).

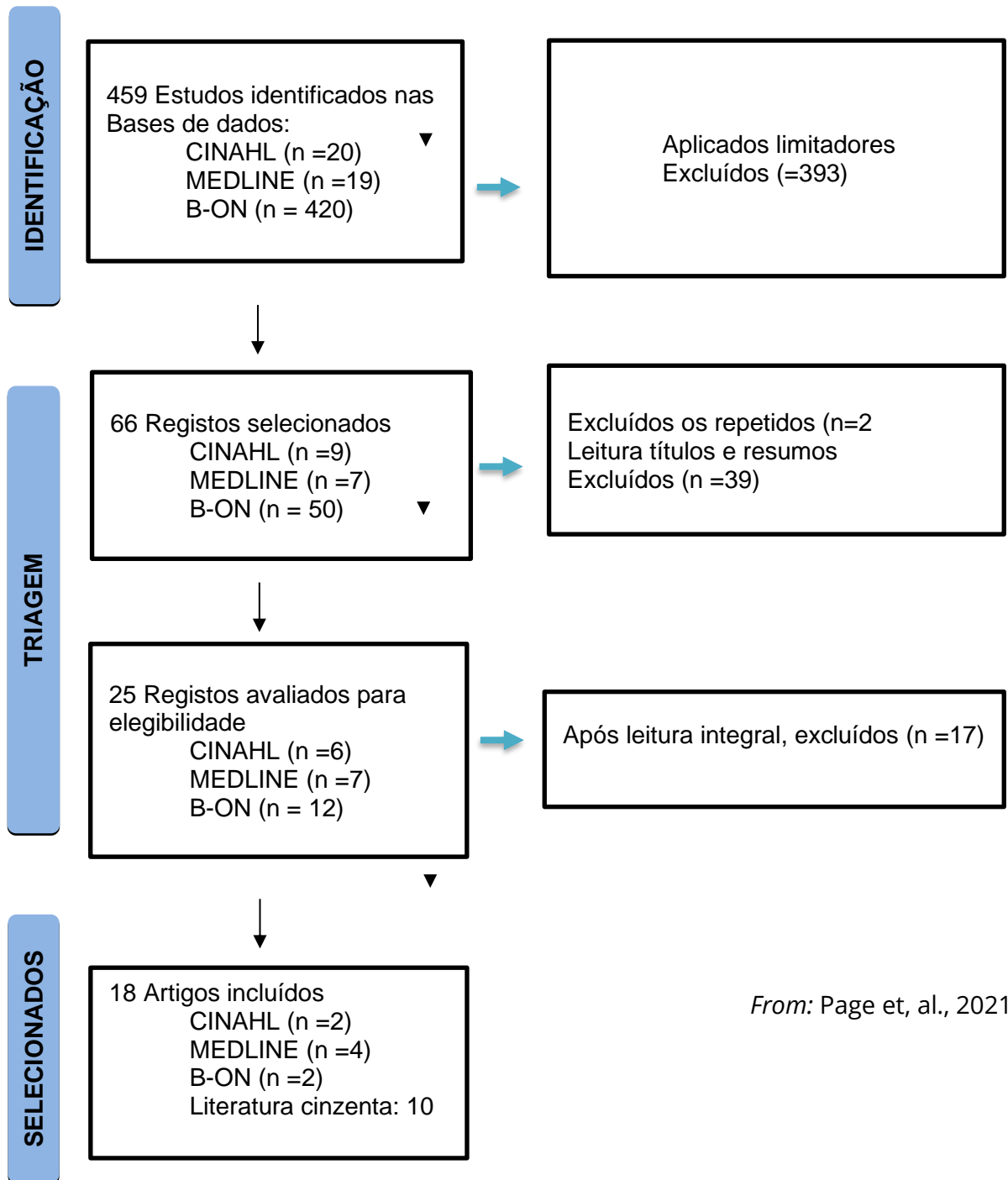
2.2.1. Scoping Review

A PBE promove o desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e o empoderamento do enfermeiro, através da tomada de decisão baseada na melhor evidência científica disponível, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados (Pinto & Neves da Mota, 2023). Para tal houve a necessidade de mapear a evidência científica existente sobre os contributos da enfermagem obstétrica, para a prevenção das DPP, na gravidez e no pós-parto. Neste sentido, foi realizada uma SR segundo o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020), entre maio e junho de 2022, atualizada em fevereiro de 2024, partindo da seguinte questão pesquisa: “Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros obstetras, para a prevenção das DPP, durante a gravidez e no pós-parto?”. O objetivo da presente SR é conhecer as estratégias do EE ESMO, para a prevenção das DPP das mulheres, no período da gravidez e no pós-parto, tendo por base a mnemónica PCC, com os termos: enfermeiros obstetras (P-população), estratégias de prevenção das DPP (C-conceito), gravidez e o pós-parto (C-contexto).

Numa primeira etapa, a questão de pesquisa foi submetida à análise na *National Library of Medicine* (Medical subject headings, 2021), para averiguar as principais palavras-chave; posteriormente foi realizada uma busca na PUBMED para indagar a evidência produzida; consultei referências bibliográficas desses artigos para ampliar informação disponível; para além da consulta de livros didáticos, prosseguindo para as bases de dados da EBSCOhost (CINAHL® With Full Text e MEDLINE With Full Text) e da B-ON, por serem referência em evidência científica na área da saúde. Dada a escassez de resultados no âmbito da enfermagem obstétrica, recorri a outros estudos sobre as intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros obstetras, nos cuidados às mulheres, para a prevenção das DPP, no período da gravidez e até 1 anos pós-parto, analisando os descritores e as palavras presentes nos títulos e resumos dos artigos encontrados, no sentido de identificar os termos de linguagem natural, para posteriormente identificar os termos indexados nas respetivas bases de dados. Na segunda fase de pesquisa utilizei os termos de linguagem natural e indexados nas bases de dados CINAHL® e MEDLINE, aplicando os operadores booleanos “OR” e “AND”, para combinar os termos entre si, resultando em 20 artigos na CINAHL, 19 na MEDLINE e 420 na B-ON. Posteriormente, integrei os critérios de inclusão: intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros obstetras; mulheres com mais 18 anos, no período da gravidez e até 1 ano após o parto, artigos em idioma português, inglês e espanhol, disponíveis em *full text*, no período entre 2015-2024, excluindo 393 artigos. Depois procedi à leitura dos títulos e dos resumos dos 66 artigos obtidos, excluindo os que não iam ao encontro da temática e os repetidos. Dos 25 artigos selecionados, procedi à leitura integral dos artigos, excluindo 17 por não se adequarem à área de interesse. Na terceira fase de pesquisa, analisei a lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados, a fim de identificar outros estudos que fossem pertinentes, associando 10 artigos da literatura cinzenta às pesquisas efetuadas, totalizando 18 artigos de interesse para o estudo.

A estratégia de pesquisa descrita encontra-se esquematizada no fluxograma PRISMA abaixo.

IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS



Para organizar os dados obtidos dos artigos selecionados, foram elaboradas tabelas de extração de resultados, (Apêndice I), os quais foram alvo de análise no subcapítulo 3.1. e foram essenciais para a sustentação do conhecimento científico para uma PBE, ao longo dos ensinamentos clínicos.

2.3. Estudo quantitativo sobre a prevenção das DPP das mulheres, na gravidez e pós-parto

Foi realizado um estudo exploratório, de natureza quantitativa, cujo instrumento de recolha de dados foi o questionário. Este foi aplicado via google forms nas redes sociais a mulheres maiores de 18 anos grávidas, ou que se encontravam nos 12 meses após o parto.

2.3.1 Desenho do estudo

Tipo de estudo: Estudo exploratório de natureza quantitativa.

Objetivos: Identificar a literacia em saúde das mulheres sobre DPP; desenvolver estratégias que promovam a capacitação das mulheres, para a prevenção das DPP.

População alvo e amostra: Mulheres grávidas, com mais de 18 anos ou no período pós-parto (até 1 ano) e que aceitaram participar neste estudo. O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística do tipo acidental, ou por conveniência, dado que é formada por indivíduos facilmente acessíveis, incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2009), ou até terminar o tempo estipulado para a recolha de dados.

Seleção das participantes: O recrutamento das participantes foi feito através de grupos de grávidas e mães nas redes sociais, onde foi divulgado o questionário pela partilha do link do google forms. O período de recolha de informação foi entre agosto 2023 e novembro do mesmo ano. Obtiveram-se 44 respostas.

Método de recolha de dados: Utilizei um questionário, realizado e validado pelos autores Faria, Sancho e Lopes (2022) para a população portuguesa, através de um painel Delphi, tendo solicitado e obtido o respetivo consentimento para a sua utilização (Anexo I). Este contempla 38 questões de resposta fechada, sendo a maioria de resposta múltipla. O questionário é constituído por questões de caracterização sociodemográfica, de avaliação das condições gerais de saúde das mulheres, descrição da gravidez, avaliação da atividade física; caracterização das inquiridas relativamente a DPP e ao conhecimento destas sobre as DPP.

Tratamento e análise dos dados: No processamento dos dados do inquérito utilizou-se o software IBM SPSS Statistics, versão 29 e o MS-Excel.

Na análise estatística, aplicou-se um vasto conjunto de técnicas estatísticas que de uma forma simples e resumida, reflete a informação obtida através das 44 respostas ao inquérito. Numa primeira abordagem, foi efetuada a análise univariada (Freitas & Cruz, 2020; Afonso & Nunes, 2019), uma vez que permite a melhor compreensão das questões colocadas de forma isolada. Para o efeito, utilizaram-se gráficos (de barras, histogramas, circulares consoante o tipo de variável que se estava a analisar), tabelas de frequência e alguns indicadores estatísticos, geralmente chamados de medidas estatísticas. Devido à natureza de algumas questões, de resposta múltipla, procedeu-se também a uma análise múltipla, que consiste na criação de novas variáveis para cada opção de resposta (Ibidem). Caso a inquirida tenha selecionado a opção de resposta, esta é contabilizada como “sim”. Após este processo procede-se à criação de tabelas, indicando o número de vezes que cada opção de resposta foi selecionada pelas inquiridas. A análise consiste na ordenação das opções de resposta com maior número de “sim” o que significa que foram indicadas por um maior número de inquiridos. Realizou-se ainda análise bivariada (Ibidem) para melhor entender o cruzamento entre diferentes questões, utilizando-se geralmente tabelas cruzadas e diagramas de caixa-bigodes (box-plot).

2.3.2. Apresentação e análise dos resultados

Apresentam-se abaixo os resultados obtidos.

2.3.2.1. Caracterização das participantes

Inquiriram-se 44 mulheres com idades compreendidas entre os 23 e os 43 anos, das quais 7 (15,9%), têm menos de 30 anos. A idade média das inquiridas é de 33,6 anos e considera-se representativa do conjunto de respostas na medida em que o coeficiente de variação é de aproximadamente 12,6% (abaixo de 50%) indicando uma dispersão das idades reduzida (desvio padrão igual a 4,24 anos) (Afonso & Nunes, 2019).

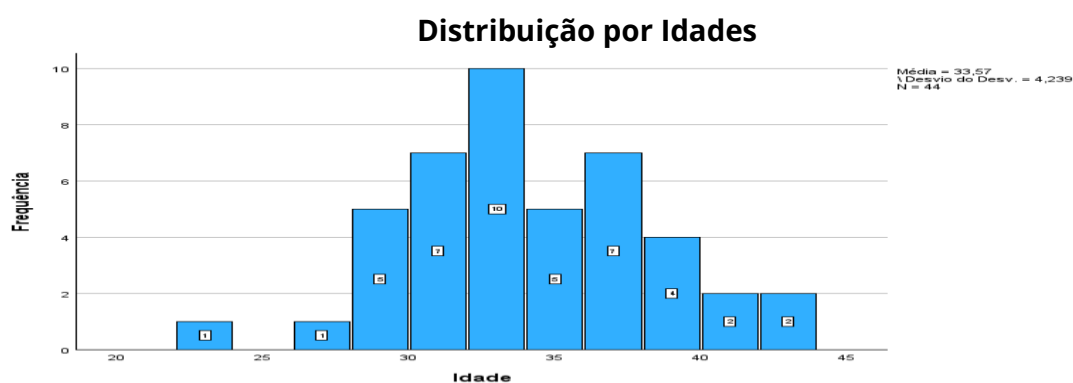


Figura 1- Distribuição por Idades.

O estudo abrangeu vários distritos, embora o mais comum seja Lisboa com 20 respostas.

Distribuição geográfica

Residência

	N	%
Braga	2	4,5%
Castelo Branco	1	2,3%
Faro	1	2,3%
Guarda	1	2,3%
Leiria	4	9,1%
Lisboa	20	45,5%
Paredes	1	2,3%
Porto	3	6,8%
Santarém	3	6,8%
Setúbal	5	11,4%
Vila Real de Santo António	1	2,3%
Viseu	2	4,5%

Tabela 1- Distribuição geográfica

A literacia das inquiridas pode ser considerada elevada na medida em que apenas 5 (11,4%) possuem habilitações literárias inferiores à licenciatura e 15 (34,1%) têm o grau de mestre.

Distribuição Habilitações Académicas

Habilitações Académicas

	N	%
Ensino básico	1	2,3%
Ensino secundário	4	9,1%
Bacharelato/Licenciatura	23	52,3%
Mestrado	15	34,1%
Doutoramento	1	2,3%

Tabela 2- Distribuição Habilitações Académicas

As profissões indicadas pelas inquiridas foram muito disparens tendo-se optado por realizar um agrupamento relacionado com a sua área profissional. Observou-se que mais de metade das inquiridas exercem a sua profissão na área da saúde (médicas, enfermeiras, terapeutas).

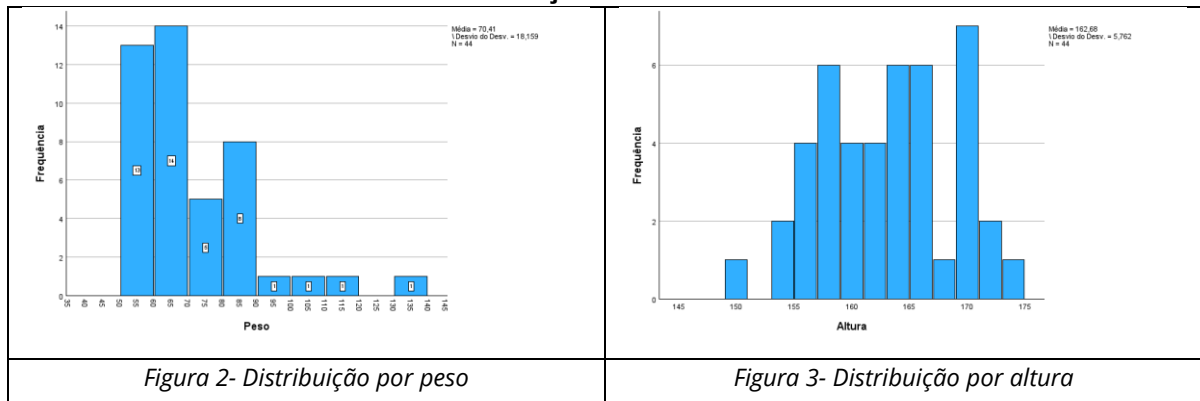
Distribuição Áreas Profissionais

Áreas Profissionais	N	%
Saúde	24	54,5%
Gestão	9	20,5%
Engenharia	1	2,3%
Informática	2	4,5%
Educação	2	4,5%
Outros	6	13,6%
	44	

Tabela 3- Distribuição Áreas Profissionais

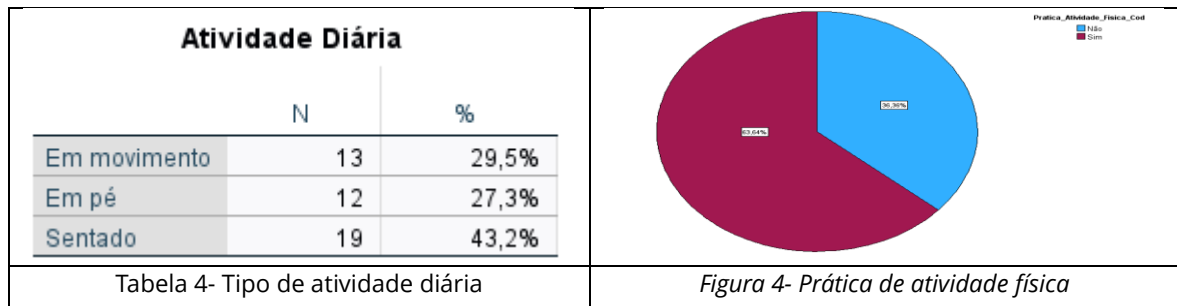
No que se refere às características físicas das inquiridas o seu peso médio é de 70,41 Kg e a altura média de 162,68 cm. De salientar que 7 das inquiridas (13,6%) têm mais de 85Kgs.

Distribuição Peso / Altura



Caracterizando a sua atividade física diária, 28 das inquiridas (63,64%), praticam atividade física, embora nenhuma pratique desporto de competição. No entanto, 19 (43,2%) indicaram que mais de 50% do seu dia era passado sentado.

Tipo de atividade diária / Prática de atividade física



Das 28 inquiridas que praticam atividade física, as atividades mais frequentemente praticadas são a caminhada e ginásio. Neste conjunto de inquiridas a prática de atividade física é satisfatória, com frequência média semanal de aproximadamente 4 dias, o que vai ao encontro das recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020), que pressupõe 150 minutos por semana de atividade aeróbica de intensidade moderada. Existem inquiridas que mencionaram que praticavam mais que uma atividade física; 5 inquiridas não indicaram a atividade praticada, mas mencionaram a frequência com que a faziam.

Atividades praticadas

Atividades	Nº inquiridas
Body pump	1
Caminhada	16
Crossfit	1
Ginásio	6
Ginástica Grávidas	1
Pilates	2
Treino funcional	1
Yoga	2
Não mencionou	5

Tabela 5- Atividades praticadas

2.3.2.2. Condições gerais de saúde e descrição da gravidez

Quando questionadas sobre as suas condições de saúde nenhuma das inquiridas referiu Hipertensão Arterial, Diabetes e Tosse persistente, refletindo, esses dados, a idade jovem das inquiridas assim como a sua condição física satisfatória. Cerca de 38 das inquiridas (86%) afirmaram que não tinham nenhuma das condições de saúde descritas e apenas duas inquiridas indicaram mais que uma condição de saúde: Depressão, Obstipação e Asma/Bronquite.

Condições de saúde

Condições de saúde	nº de inquiridas
Obstipação	3
Asma/Bronquite	3
Depressão	2
Não tenho nenhuma das condições descritas	38

Tabela 6- Condições de saúde

Apenas 10 das inquiridas (cerca de 23%) se encontravam grávidas pela primeira vez durante a realização do estudo.

Condições de Gravidez

	N	%
Sim	34	77,3%
Estou grávida pela primeira vez	10	22,7%

Tabela 7- Condição de Gravidez

Das 34 inquiridas que já estiveram grávidas, 26 (76,47%) tiveram pelo menos um parto vaginal, enquanto 10 (29,41%) tiveram partos por cesariana. Das inquiridas, 2 tiveram partos por via vaginal e cesariana (7,69% das 26).

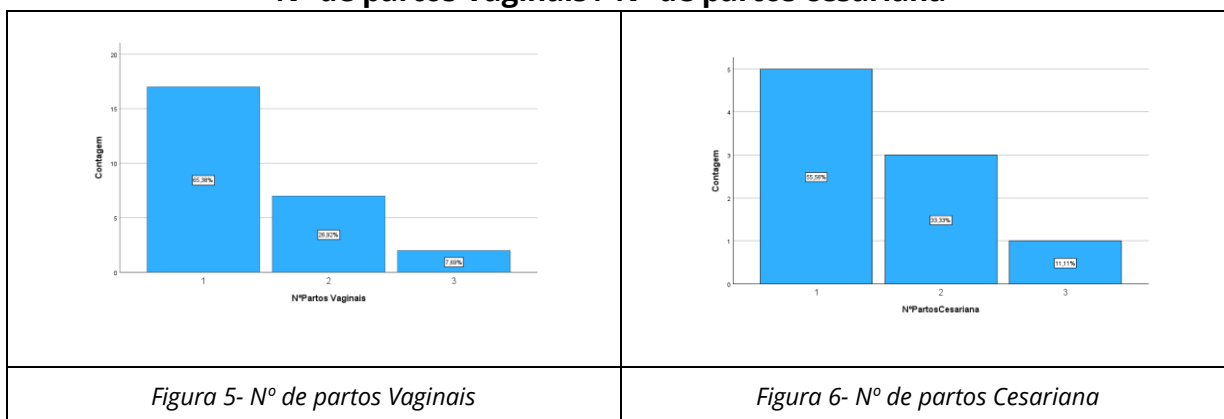
Inquiridas com parto vaginal e cesariana

		Parto Cesariana		Total
		Sim	Não	
Parto Vaginal	Sim	2	24	26
	Não	8	0	8
Total		10	24	34

Tabela 8-Inquiridas com parto vaginal e cesariana

O nº máximo de filhos, tanto em grávidas com parto vaginal como com cesariana, é três. No entanto, a percentagem de inquiridas com este número de filhos é superior nas inquiridas com parto por cesariana (11,11% contra 7,69%).

Nº de partos Vaginais / Nº de partos cesariana



Das 26 grávidas com parto vaginal, 3 nunca foram submetidas a nenhuma das intervenções mencionadas no questionário: Forceps; Ventosa; Episiotomia e Laceração. A ocorrência mais frequente foi a laceração, com 16 inquiridas (cerca de 61,5%).

Tipo de intervenção

Intervenções	Nº Inquiridas
Episiotomia (corte)	11
Laceração (rasgadura)	16
Ventosa	10
Fórceps	1
Não fui submetida a nenhuma das intervenções mencionadas	3

Tabela 9-Tipo de Intervenção

Apenas 6 inquiridas foram submetidas a cirurgia e/ou tratamentos pélvicos, sendo a Apendicectomia a cirurgia mais frequente.

Realização de cirurgia/tratamento pélvico / Tipo de cirurgia/tratamento

Cirurgia e/ou tratamento pélvico		
	N	%
Não	39	86,7%
Sim	6	13,3%

Tabela 10-Realização de cirurgia/tratamento pélvico

Cirurgia/Tratamento	Nº Inquiridas
Apendicectomia	3
Herniorrafia inguinal	2
Quistectomia ovário esquerdo	1

Tabela 11-Tipo de cirurgia/tratamento

2.3.2.3. Caracterização das inquiridas relativamente às DPP

De um conjunto de possíveis situações de DPP, a perda involuntária de urina e a perda de ar pela vagina foram as mais vivenciadas pelas inquiridas.

Situações de DPP vivenciadas

Situação	Nº inquiridas	% inquiridas
Perda Involuntária Urina	30	68,18%
Perda Ar Vagina	29	65,91%
Dor	16	36,36%
Perda Involuntária Gases	15	34,09%
Sensação peso	11	25,00%
Perda Involuntária Fezes	1	2,27%

Tabela 12-Situações de DPP vivenciadas

O gráfico seguinte relaciona as diferentes situações de DPP vivenciadas pelas inquiridas com as condições que as provocaram. Da análise do gráfico observa-se que para cada situação o maior número de respostas das inquiridas foi “nunca passei por esta situação”, à exceção da perda involuntária urina. Esta é causada por tossir/espirrar/rir/saltar/fazer esforços. A perda involuntária de fezes foi indicada apenas por uma inquirida ao tossir/espirrar/rir/saltar/fazer esforços. Algumas inquiridas associaram mais que uma causa às situações de perda involuntária de gases, perda de ar pela vagina, sensação de peso/“bola” na vagina ou ânus, ou sensação de vagina descaída e dor na região da vagina, vulva e/ou ânus.

Descrição de situações DPP e suas causas

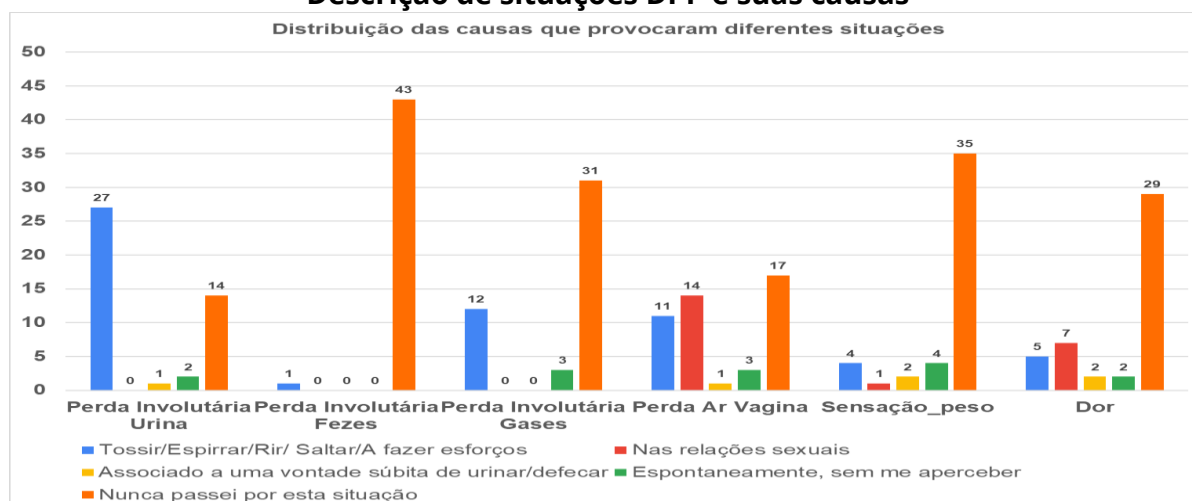


Figura 7- Descrição de situações DPP e suas causas

Relativamente à fase da vida em que as diferentes situações de DPP se tornaram um problema para as inquiridas, além das situações de DPP descritas anteriormente, adicionaram-se outras complicações associadas a problemas pré-existentes: sensação de não urinar tudo; sensação de não evacuar tudo; Força para urinar; Força para evacuar. Tal como anteriormente, a perda involuntária de urina é a DPP mais identificada pelas

inquiridas (88,64%), com uma diferença de 38,64% para o segundo problema identificado: perda de ar pela vagina (50%). A perda involuntária de fezes foi o problema menos identificado por apenas 6,82% das inquiridas.

Problemas de DPP

Problema	Nº Inquiridas	% Inquiridas
Perda involuntária Urina	39	88,64%
Perda involuntária Fezes	3	6,82%
Perda involuntária Gases	17	38,64%
Perda Ar Vagina	22	50,00%
Sensação peso vagina ou ânus	11	25,00%
Dor	17	38,64%
Sensação não urinou tudo	16	36,36%
Sensação não evacuou tudo	11	25,00%
Força para urinar	12	27,27%
Força para evacuar	21	47,73%

Tabela 13- Problemas de DPP

É a fase do pós-parto, a mais referida no contexto global de todos os problemas.

Descrição das DPP e fases da vida em que surgiram

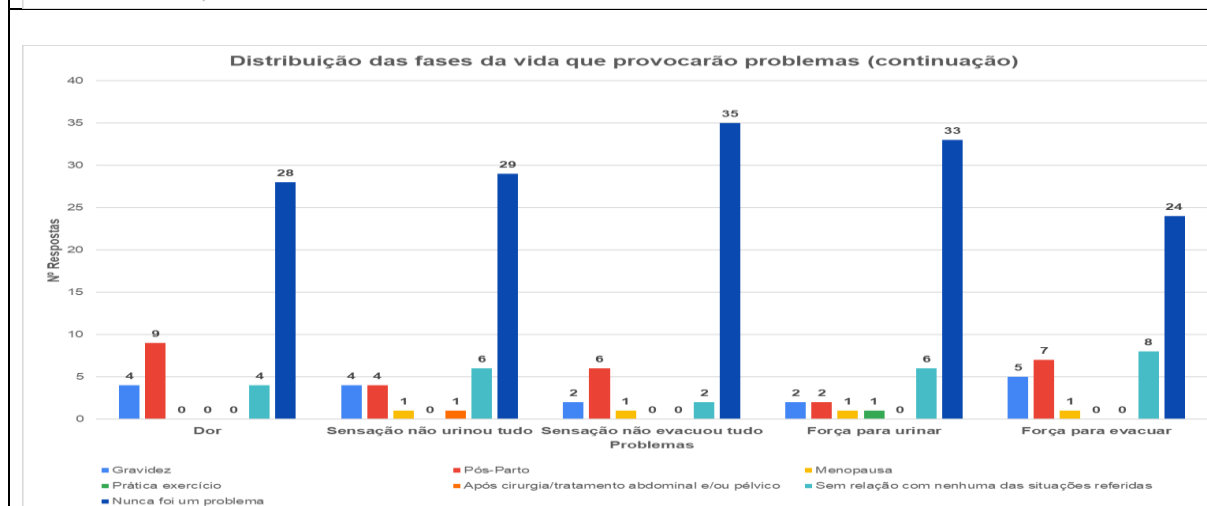
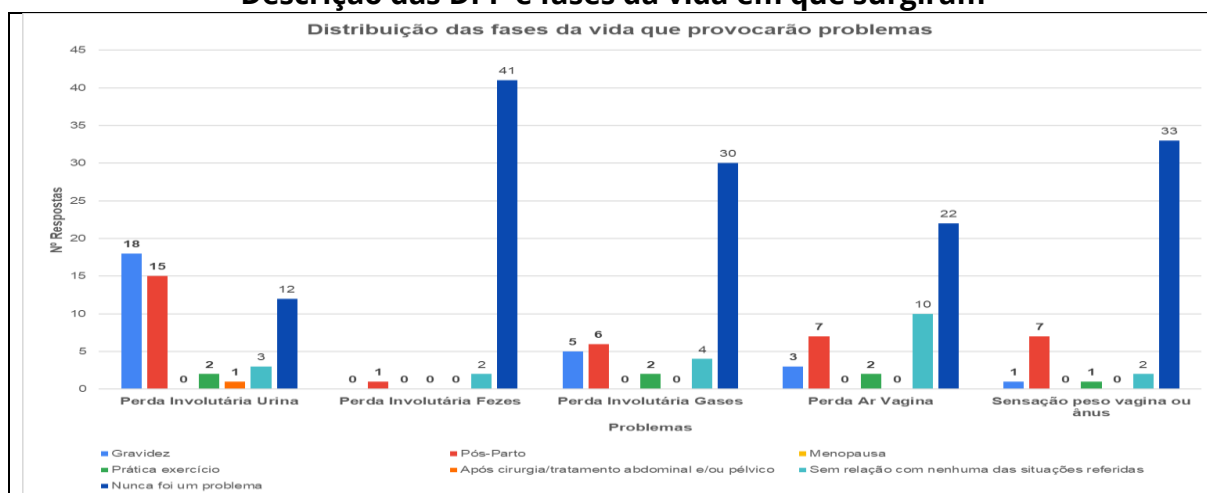


Tabela 14- Descrição das DPP e fases da vida em que surgiram

Por outro lado, a fase da vida com menos menções é após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico, o que é esperado, na medida em que apenas 6 inquiridas referiram que tinham realizado cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico anteriormente.

A comparação das respostas das inquiridas sobre problemas de DPP com as suas causas (tabela 12) associadas a uma fase da vida (tabela 13), sugerem que as mulheres recordam mais problemas de DPP quando estes se associam a uma fase da vida. Apenas, para a perda de ar pela vagina se verificou uma percentagem menor (tabela 13), devido, possivelmente, a esta situação não se ter tornado um problema. Apenas 6 inquiridas nunca manifestaram nenhum dos problemas sugeridos anteriormente. Das 38 que identificaram problemas, 20 (52,6%) pediram ajuda.

Pedido de ajuda		
	N	%
Sim	20	45,5%
Não	18	40,9%
Nunca tive nenhuma situação descrita	6	13,6%

Tabela 15-Pedido de ajuda

O fato de o problema não incomodar foi a razão apontada por 18 inquiridas (55,56%) para não procurarem auxílio. A vergonha e o desconhecimento, foram apontados apenas por 1 inquirida (5,56%), refletindo a literacia das inquiridas.

Razões para não pedir ajuda		
Razões	N	%
Os sintomas não me incomodavam	10	55,56%
Outro	4	22,22%
Considero que seja uma condição normal da vida da mulher	2	11,11%
Não sei com quem (profissional/especialista) falar	1	5,56%
Por vergonha	1	5,56%
Total	18	

Tabela 16-Razões para não pedir ajuda

Outras razões apontadas para não pedir ajuda foram: “fui fazendo exercícios para melhorar; aconteceu esporadicamente; penso/espero que seja apenas durante a gravidez e depois passe; os sintomas urinários relacionaram-se sempre com a colocação de tampão menstrual”.

2.3.2.4. Conhecimento sobre as DPP

Relativamente aos tratamentos para cada um dos problemas mencionados anteriormente a fisioterapia surge como a opção mais mencionada pelas inquiridas e a medicação a menos escolhida.

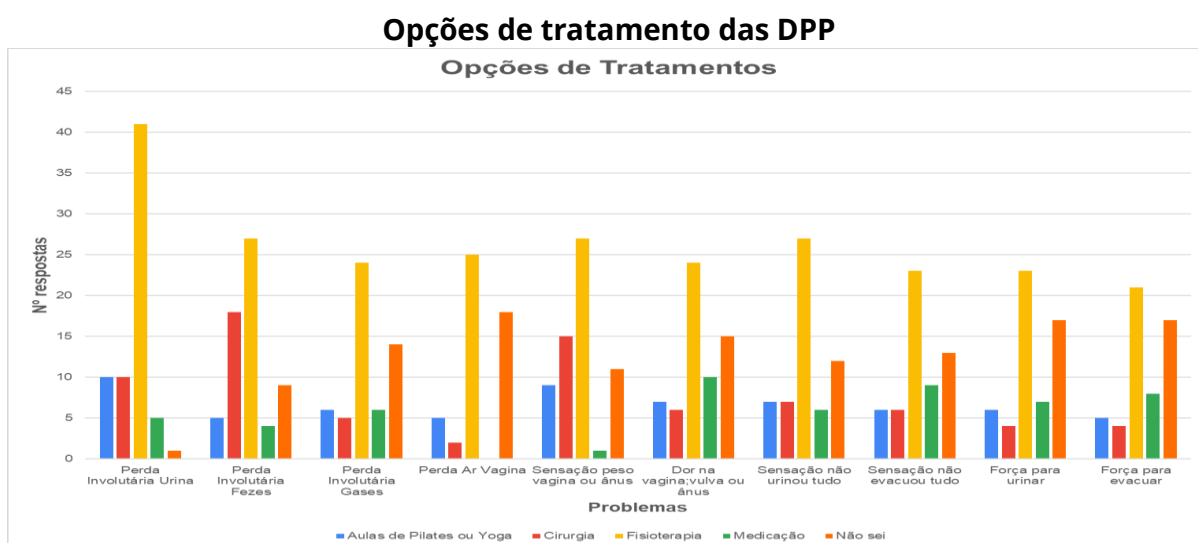


Figura 8- Opções de tratamento das DPP

No entanto, a opção “não sei”, também é assinalada frequentemente em cada um dos problemas. Apenas na perda voluntária de urina as inquiridas revelaram conhecimento sobre o seu tratamento e somente 1 inquirida (1,49%) referiram não sei.

Falta de conhecimento no tratamento das DPP

Situação	Nº Respostas Não sei	% Não sei
Perda Involuntária Urina	1	1,49%
Perda Involuntária Fezes	9	14,29%
Perda Involuntária Gases	14	25,45%
Perda Ar Vagina	18	36,00%
Sensação peso vagina ou ânus	11	17,46%
Dor na vagina; vulva ou ânus	15	24,19%
Sensação não urinou tudo	12	20,34%
Sensação não evacuou tudo	13	22,81%
Força para urinar	17	29,82%
Força para evacuar	17	30,91%

Tabela 17-Falta de conhecimento no tratamento das DPP

A maioria das inquiridas revela conhecimentos sobre o pavimento pélvico, na medida em que já ouviram falar e já tiveram informação sobre este assunto. 35 inquiridas (cerca de 80%) responderam afirmativamente às duas questões.

		Informação sobre Pavimento Pélvico		Total
		Não	Sim	
Ouvir Falar Pavimento Pélvico	Não	1	0	1
	Sim	8	35	43
Total		9	35	44

Tabela 18- Informação sobre Pavimento Pélvico

Para perceber se a informação procurada sobre o PP se encontra relacionada com alguma das características sociodemográficas das inquiridas, foi tida em conta para esta análise a idade, local de residência e as habilitações literárias. São as mulheres com mais idade que procuram informação sobre o pavimento pélvico, tendo uma idade média de 34 anos; enquanto o grupo que não procura informação registou uma idade média de 31,9 anos.

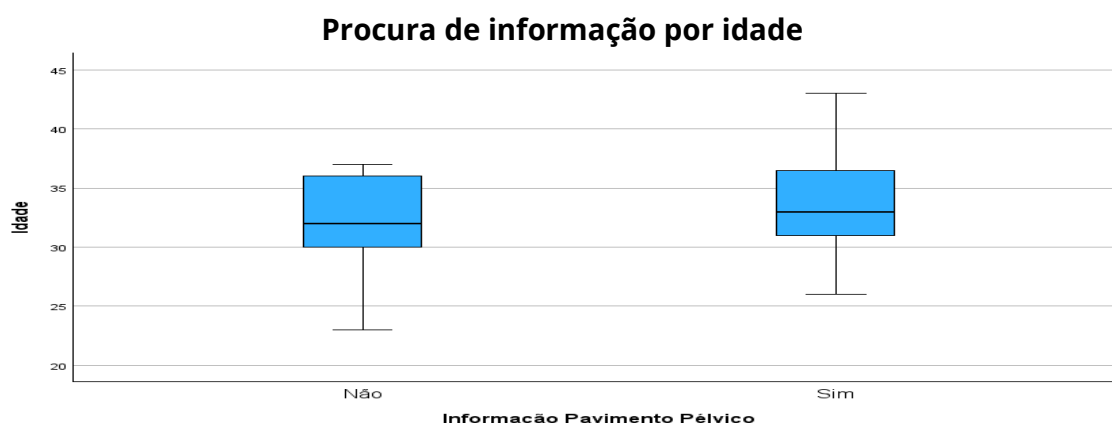


Figura 9- Procura de informação por idade

Para perceber se a informação adquirida poderia diferir consoante o local de residência das inquiridas, formaram-se dois grupos de residência: Lisboa e Fora de Lisboa. Como se pode observar na tabela abaixo, ambos os grupos apresentam percentagens idênticas no que se refere à informação sobre o pavimento pélvico.

Distribuição de informação por local de residência

Zona de residência / Procura de Informação Pavimento Pélvico

Zona Residência			Informação Pavimento Pélvico		Total
			Não	Sim	
Lisboa		Contagem	4	16	20
		% em Informação Pavimento Pélvico	44,4%	45,7%	45,5%
Não Lisboa		Contagem	5	19	24
		% em Informação Pavimento Pélvico	55,6%	54,3%	54,5%
Total		Contagem	9	35	44
		% em Informação Pavimento Pélvico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 19- Distribuição de informação por local de residência

Relativamente às habilitações literárias formaram-se três grupos: inferior a bacharelato/licenciatura; bacharelato/licenciatura e superior a bacharelato/licenciatura. Neste caso, os grupos que têm informação sobre DPP e os que não têm apresentam um comportamento distinto, apontando para uma associação entre estes dois aspetos: Obtenção de informação/habilitações literárias. No grupo de inquiridas (9) que não obtiveram informação sobre o pavimento pélvico, apenas 1 (11,1%) tem um grau académico superior à licenciatura. Situação inversa é observada no grupo que respondeu sim à obtenção de informação (35 inquiridas). Neste caso, 1 inquirida (2,9%) tem um grau académico inferior à licenciatura.

Distribuição de Informação por habilitações académicas

Habilitações Académicas/Informação Pavimento Pélvico

Habilitações Académicas			Informação Pavimento Pélvico		Total
			Não	Sim	
Inferior a Bacharel/Licenciatura		Contagem	4	1	5
		% em Informação Pavimento Pélvico	44,4%	2,9%	11,4%
Bacharel/Licenciatura		Contagem	4	19	23
		% em Informação Pavimento Pélvico	44,4%	54,3%	52,3%
Superior a Bacharel/Licenciatura		Contagem	1	15	16
		% em Informação Pavimento Pélvico	11,1%	42,9%	36,4%
Total		Contagem	9	35	44
		% em Informação Pavimento Pélvico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 20- Distribuição de Informação por habilitações académicas

As 35 inquiridas que responderam afirmativamente à questão sobre a procura de informação sobre o pavimento pélvico, deram 103 respostas para o meio utilizado para a obtenção de informações, uma média de 3 respostas por inquirida; o que significa que obtêm informação utilizando vários meios e não um único. A internet e a fisioterapeuta, foram as respostas mais assinaladas pelas inquiridas. Salienta-se também o papel das

enfermeiras que obteve a mesma pontuação que os livros e muito próximo do ginecologista.

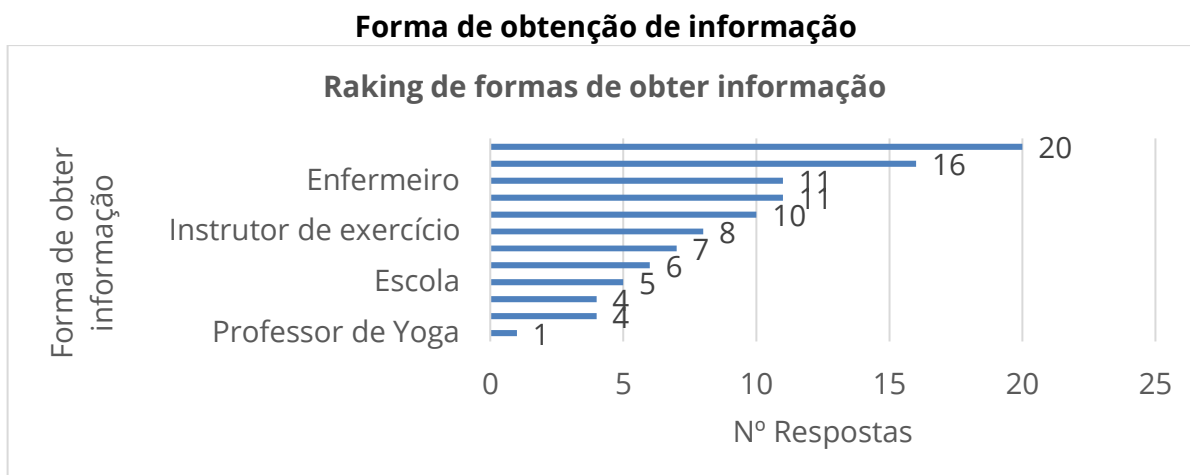


Figura 10- Forma de obtenção de informação

Independentemente do grau de conhecimento sobre as DPP, aquando se aferiu a opinião sobre a função dos MPP, apenas uma inquirida referiu não saber; 18 inquiridas identificaram todas as opções sugeridas (suporte da bexiga, útero e reto; mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias; contribuem para o prazer na relação sexual). A opção com mais respostas foi “suporte da bexiga, útero e reto”.

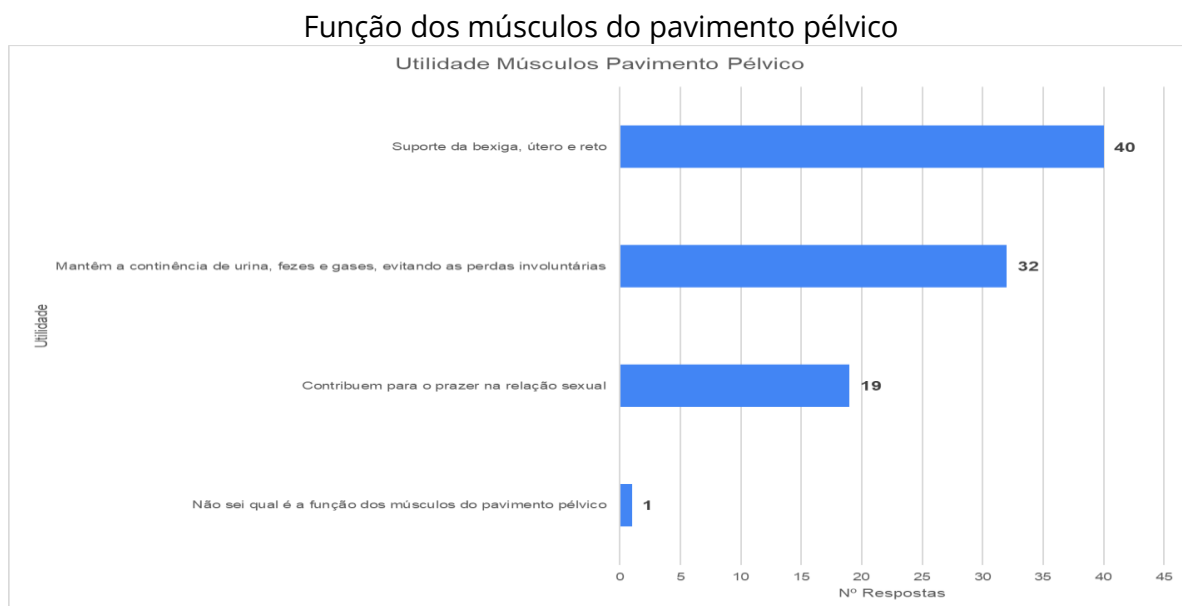


Figura 11- Função dos Músculos do Pavimento Pélvico

Das 44 inquiridas, 34 (78%) já realizaram exercícios para os MPP, sendo a principal razão apontada o fato de estarem grávidas.

Realização de exercícios do Pavimento Pélvico e seus motivos

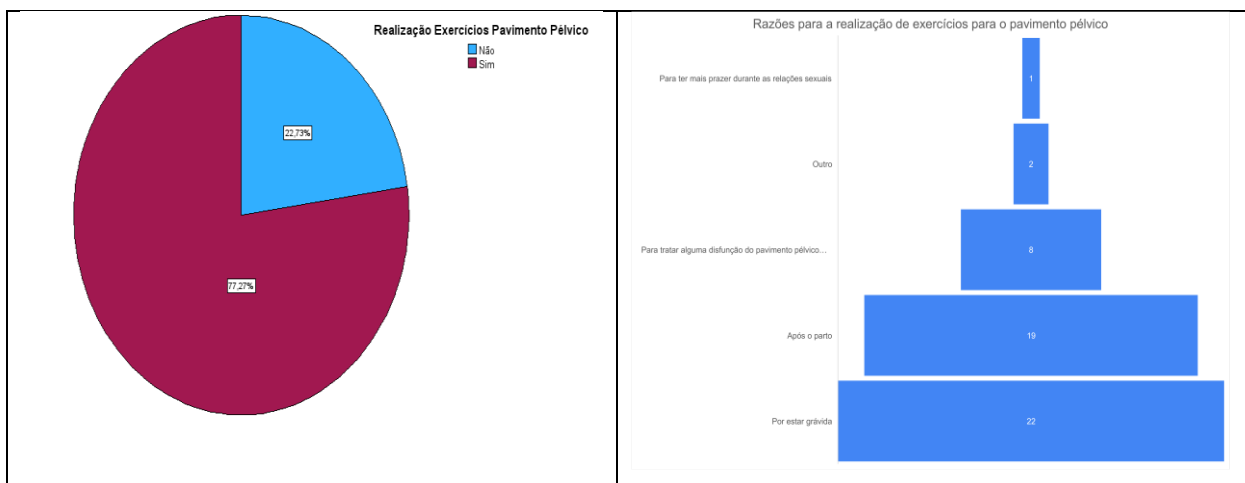


Tabela 21-Realização de exercícios do Pavimento Pélvico e seus motivos

O tipo de informação/orientação dada, mais referido para a realização dos exercícios dos MPP: “imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la, sugá-la” com uma distância de quase 10 respostas comparativamente ao segundo tipo de informação “apertar o ânus e depois relaxar”. Os restantes tipos de informação apresentam um número de respostas semelhantes, à exceção de “treinar com um aparelho de biofeedback e outro”.

Tipo de informação dada para a realização de exercícios pélvicos

Tipo de Informação	Nº respostas	% Respostas
Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la, sugá-la	20	27,40%
Apertar o ânus e depois relaxar	11	15,07%
Parar o fluxo de urina quando está a urinar	10	13,70%
Encolher a barriga	9	12,33%
Contrair os músculos do pavimento pélvico quando faz exercício/atividade física	9	12,33%
Contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico durante a atividade sexual	7	9,59%
Treinar com um aparelho de biofeedback	4	5,48%
Outro	3	4,11%
	73	1

Tabela 22-Tipo de informação dada para a realização de exercícios pélvicos

Das 34 inquiridas que realizaram exercícios para os MPP, 16 inquiridas (47%) tiveram uma avaliação por “palpação” vaginal/anal.

Avaliação dos Músculo do Pavimento Pélvico

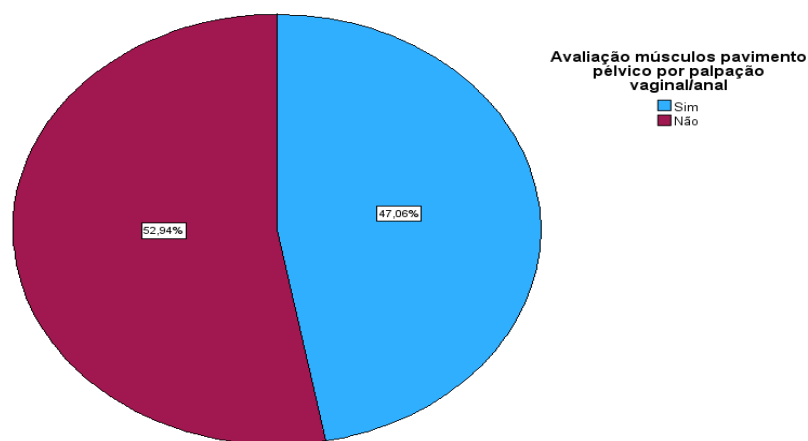


Figura 12- Avaliação dos Músculos do Pavimento Pélvico

As 16 inquiridas identificaram espontaneamente o profissional que fez a avaliação; este foi na sua maioria fisioterapeuta, sendo que 5 (31,25%) especificou que se tratava de fisioterapia pélvica.

Profissional que realizou a avaliação dos músculos pélvicos

Profissional	Nº Respostas	% Respostas
Enfermeira	2	12,50%
Fisioterapeuta	5	31,25%
Fisioterapeuta e médico	2	12,50%
Fisioterapeuta pelvica	5	31,25%
Médica	2	12,50%
Total	16	

Tabela 23- Profissional que realizou a avaliação dos músculos pélvicos

Relativamente à importância do TMPP, 34 inquiridas (77,3%) das inquiridas referem, tratar-se de um assunto muito importante, mas 3 (cerca de 7%) revelam não ter pensado no assunto, sendo que ninguém identificou o assunto como pouco importante ou sem importância.

Importância do treino dos músculos pélvicos

	N	%
Nunca pensei sobre o assunto	3	6,8%
Moderadamente importante	7	15,9%
Muito importante	34	77,3%

Tabela 24-Importância do treino dos músculos pélvicos

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

O presente relatório foi suportado nas reflexões críticas sobre os cuidados prestados ao longo dos diferentes estágios, traduzindo um culminar de saberes em ação. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências³ é um caminho, onde é fundamental refletir nas aprendizagens que a prática (*know-how*) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria - conhecimento cognitivo (Benner, 2001). Este assentou na filosofia de cuidados, assente na premissa de que o EE EESMO trabalha em parceria com a mulher/conviventes significativos, colocando-os no centro dos cuidados (ICM, 2019; Regulamento nº 391/2019), sendo a missão dos enfermeiros intervir “na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva” (OE, 2021, p.2).

As Competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) integram quatro esferas de ação: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais; estas decorrem do aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e, são partilhadas por todos os EE, independentemente do seu campo de atuação especializada. Envolve “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de Enfermagem” (Regulamento n. 140/2019, p. 4744). As Competências específicas do EE ESMO (Regulamento nº 391/2019) são sete e, cada uma delas, está subdividida em unidades de competência (UC) e, por sua vez em critérios de avaliação (CA), que traduzem a evidência dos resultados e o alcance do desempenho profissional. As atividades desenvolvidas ao longo dos EC, objetivaram a aquisição destas competências (síntese no Anexo III). Paralelamente a este percurso académico de aprendizagens profissionais e de competências acrescidas, desenvolvi igualmente a competência do meu projeto “cuidar as mulheres, prevenindo as disfunções

³ A competência é um conjunto de saberes, que estão indissociavelmente ligados à formação inicial de base e, à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo; é um saber agir, fruto da mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos (Benner, 2001).

do pavimento pélvico”. Também frequentei Workshops (Preparação para o Parto, Sutura Perineal Intraparto) e um Webinar (Promoção do aleitamento materno no pós-parto).

Os EC decorreram todos na região da grande Lisboa e, atendendo à diversidade da população alvo dos cuidados, prestei cuidados de saúde culturalmente sensíveis, atentos às suas ideologias, crenças, adaptados às barreiras culturais, linguísticas e diferentes modos de vida, os quais me permitiram desenvolver as competências do EE ESMO (Regulamento nº 391/2019), que passo a descrever:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional

O desenvolvimento desta competência foi alcançado em contexto da consulta de ginecologia e de cuidados de saúde primários (CSP), na medida em que me permitiu cuidar a mulher inserida na família e comunidade, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, p. 13561).

A consulta de ginecologia permitiu-me identificar e compreender as etapas do processo da regulação da fecundidade (UC 1.1.) e participar na continuidade dos cuidados à mulher/casal com problemas de fertilidade, desde a consulta de enfermagem às técnicas de reprodução humana, onde tive a necessidade de fundamentar as minhas práticas com recurso à literatura e aos normativos da Direção Geral Saúde (DGS). Colaborei no âmbito da educação para a saúde sexual e reprodutiva (SSR) do casal, no que concerne à monitorização dos parâmetros antropométricos, IMC, o perfil tensional, dependências (álcool, tabaco, drogas), estilos de vida, entre outros, os quais interferem com a fertilidade. O trabalho em equipa era a chave para o sucesso do tratamento, onde cada profissional desempenhava um papel vital nesta parceria de cuidados, pois todos trabalhavam em cooperação e estreita proximidade com a mulher/casal, tendo sempre presentes os princípios éticos e deontológicos, no respeito pelas suas crenças, valores e necessidades (OE, 2021). Neste percurso percecionei sentimentos de frustração dos casais, por técnicas de procriação medicamente assistida falhadas, o medo era uma constante, a culpa, aliados a uma forte pressão familiar e social; fatores estes que levavam ao desgaste físico e emocional destes; pelo que procurei sempre que possível

implementar medidas conforto e suporte emocional e psicológico à mulher/casal (UC 1.3).

Esta competência foi também alcançada em contexto de CSP no âmbito da consulta de PF, onde promovi cuidados dirigidos à mulher integrando as valências da SSR e ginecológica. A área da saúde sexual⁴ foi sem dúvida aquela em que mais refleti, pois contempla todo o ciclo de vida da mulher. Considerando as fragilidades da adolescência, onde a precocidade da iniciação sexual, associada ao aumento das taxas de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidezes não desejadas, exigem uma intervenção atempada, por parte dos profissionais de saúde (Flora et, al., 2013); pois uma educação sexual positiva e eficaz, constrói pessoas conscienciosas, a terem uma vivência responsável e saudável da sua sexualidade, a qual segundo a Associação para o Planeamento da Família faz parte da vida, do corpo, das relações entre as pessoas, do crescimento pessoal e da vida em sociedade (sem data). De modo a fomentar os conhecimentos na área da contraceção, recorri ao documento de Consensos, revisto pela Sociedade Portuguesa de Contraceção (Pacheco, et al., 2020), permitindo-me intervir, coligando os saberes da teoria à prática, onde cooperei com a equipa multidisciplinar na colocação e remoção de 2 implantes contraceptivos (implanon®). Tais práticas permitiram-me desenvolver a UC 1.1 e 1.2⁵.

No âmbito dos cuidados pré-concepcionais, estes integram um processo contínuo de “cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva” (DGS, 2006, p. 1), onde realizei em parceria com a enfermeira orientadora (EO) duas consultas, segundo as recomendações da DGS (2015; 2006). A literatura faz referência às consultas pré-concepcionais, como momentos únicos para identificar os fatores de risco das DPP, para implementar estratégias de prevenção primária e iniciar a mudança de comportamentos em saúde (Woodley & Hay-Smith, 2021; Kissler et, al., 2016). Neste contexto tive a oportunidade de implementar o meu projeto, através da promoção de ações de educação para a saúde, sobre as DPP, permitindo-me a realização de 2 folhetos informativos (Flyer) sobre a temática, um para os profissionais de saúde e outro com linguagem não técnica para as

⁴ A Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2015) descreve a saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, englobando não só aspetos específicos da saúde reprodutiva, como ter controle sobre a fertilidade individual por meio do acesso à contraceção e ao aborto, livre de infeções sexualmente transmissíveis (IST), disfunção sexual e sequelas relacionadas à violência sexual ou à mutilação genital feminina, mas também a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas.

⁵ “promove a decisão esclarecida no âmbito do PF e saúde preconcepcional” e “faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13561).

utentes (apêndice III). Como forma de partilha de conhecimentos, realizei um poster (apêndice II) da SR do meu projeto, apresentando-o a todos os elementos da equipa multidisciplinar e estudantes de licenciatura que se encontravam a realizar estágio naquele contexto. Tal partilha revelou-se um momento de aprendizagem coletiva, onde partilhamos experiências e conhecimentos fundamentais à reflexão e à adoção das melhores práticas sobre a temática. A promoção da saúde e a prevenção da doença é uma prioridade no campo da saúde, pelo que, o aumento de saberes dos profissionais, vai fomentar a literacia em saúde das mulheres e suas famílias, a fim de maximizar os resultados e minimizar os riscos (Lawson & Sacks, 2018).

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Esta competência foi alcançada em vários contextos, mais especificamente no EC de CSP e medicina materno-fetal (MMF), na medida em que cuidei a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

Os documentos norteadores das práticas para o desenvolvimento desta competência foram maioritariamente da DGS, dos quais destaco o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) e o Livro de Bolso do EE ESMO (OE, 2015), nos quais me apoiei ao longo das consultas de vigilância de saúde materna e obstétrica, tendo presente a definição do conceito da gravidez de baixo risco definido pela DGS⁶. Neste sentido, no que concerne aos CSP, participei em 54 consultas de vigilância da gravidez, onde o risco era reavaliado em todas as consultas de vigilância da gravidez, de forma a prestar cuidados seguros e de qualidade. Cooperei com a enfermeira orientadora na educação para a saúde dirigidos à vigilância nos vários trimestres da gravidez (DGS, 2015), até às 37 semanas de gravidez (após as 37 semanas o acompanhamento é realizado no hospital de referência), fomentando literacia em saúde sobre: a alimentação saudável e segura, suplementação, progressão ponderal, desconfortos, legislação, sexualidade na gravidez, atividade física, acompanhamento da saúde oral, vacinação na gravidez, sinais

⁶ A gravidez de baixo risco é “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal (DGS, 2015, p. 33).

de alerta, preparação da mala da maternidade, contagem dos movimentos fetais, preparação para a parentalidade, plano de parto, amamentação, vigilância pós-parto; além de ter promovido educação para a saúde sobre as DPPP, aferindo as suas queixas relacionadas com estas, pois a identificação precoce das DPP na gravidez, é o momento chave, para planear estratégias preventivas (Dasikan et. al., 2020). Promovi cuidados no âmbito da promoção da saúde da mulher e bem-estar materno-fetal e no despiste de complicações. Realizei as manobras de *Leopold*, para avaliação da estática fetal⁷ e a avaliação da altura do fundo uterino (Lowdermilk & Perry, 2008), permitindo-me apreciar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto (CA 2.2.7). Tal, nem sempre foi fácil, tendo desenvolvido progressivamente maior sensibilidade ao toque. Recorri ao doppler portátil, para avaliar o bem-estar fetal pelos meios técnicos apropriados (CA 2.2.6), permitindo-me auscultar os batimentos cardíacos e, por sua vez, promovendo segurança e bem-estar à mulher/pessoa significativa. Também tive a oportunidade de colaborar com a EO numa consulta de enfermagem pós abortamento, recorrendo aos normativos que regulamentam a interrupção voluntária da gravidez (Lei, nº 16/2007), realizada num hospital da região de Lisboa. Esta experiência permitiu-me desenvolver a UC 2.1 e ir ao encontro dos seus critérios de avaliação 2.1.4⁸ e o 2.1.2⁹. A minha intervenção incidiu na educação para a saúde desta mulher (UC 2.1), orientando-a e elucidando-a sobre sexualidade, IST e contraceção (CA 2.1.2), capacitando-a para a tomada de decisão, dando-lhe o poder para decidir de forma informada e esclarecida, sobre qual o método mais eficaz para si (OE, 2015); pelo que também promovi apoio psico-emocional, respeitando os seus sentimentos, expectativas, crenças e valores, fomentando a criação de laços de confiança e assegurando a confidencialidade, de modo a que ela se sentisse acompanhada e apoiada (Diógens et al., 2010).

O contexto de internamento em MMF revelou-se muito rico em experiências pelas várias patologias associadas à gravidez e situações de risco materno-fetal que exigiam internamento, permitindo-me desenvolver competências teóricas e práticas de assistência específica e especializada, nomeadamente a UC 2.3 e respetivos critérios de

⁷ A estática fetal reporta-se à apresentação do feto, podendo ser cefálica ou pélvica e a situação em relação ao eixo materno: longitudinal, oblíquo, transversal (Lowdermilk & Perry, 2008).

⁸ “Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.”

⁹ “Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto” (Regulamento nº391/2019, p.13562).

avaliação 2.3.2¹⁰ e 2.3.3¹¹. Estas experiências levaram-me a procurar a mais recente evidência e intervir com base numa PBE, em pareceria com a mulher/pessoa significativa, na promoção de cuidados especializados, seguros e acolhedores, atendendo aos aspetos relacionados com: a satisfação e o bem-estar materno-fetal/casal/pessoa significativa, na prevenção de complicações materno-fetais; além da adaptação às novas circunstâncias/processos de vida, fomentando a transição para uma parentalidade saudável e intervindo no âmbito da promoção da saúde, tendo por referência o modelo de informoterapia¹² (OE, 2022, p. 15). Considerando os diagnósticos clínicos mais frequentes (hiperémese gravídica, ameaça de parto pré-termo [APPT], restrição de crescimento intra-uterino, diabetes gestacional, infeções do trato urinário), as mulheres internadas tinham muita predisposição para permanecer em repouso no leito, salvo as mulheres com indicação médica para repouso absoluto (p.e.: grávida com bolsa prolapsada na vagina). Contudo, segundo as normas de orientação clínica da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF), a gravidez, parto e pós-parto, constituem por si só um elevado risco para o desenvolvimento de tromboembolismo, pelo que a imobilidade potencia e/ou agrava estes fenómenos; neste sentido, procurei sensibilizar estas mulheres para os riscos decorrentes da imobilidade, adequando à sua situação clínica, as medidas preconizadas pela SPOMMF – mobilização e/ou deambulação precoces e hidratação adequada (Lima et al., 2022). Considerando a APPT como o motivo de internamento mais frequente, de forma a refletir sobre as práticas, realizei um plano de cuidados e implementei um conjunto de intervenções de enfermagem centradas na promoção da saúde e na prevenção de complicações físicas, sociais e emocionais, relativo a uma grávida com APPT, com colo curto e bolsa água prolapsada na vagina. A literatura faz referência a vários fatores desencadeantes, nomeadamente relacionados com a pressão exercida sobre o colo do útero à medida que avança a gestação, podendo levar a um encurtamento cervical e causar trabalho de parto prematuro, nas mulheres já com fatores de risco pré-existentes e com músculos do PP fracos (Aran, et al, 2018).

¹⁰ “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez”

¹¹ “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” (Regulamento nº391/2019, p.13562)

¹² “a pessoa certa, no momento certo, com a estratégia certa, informação certa e baseada na evidência” (OE, 2022, p15)

Procurei refletir sobre a relação dos fatores de risco na problemática das DPP das mulheres, verificando-se a existência de uma forte componente relacionada com os estilos de vida adotados pela população, designadamente posturas verticais prolongadas (trabalho em pé), tabagismo, obesidade, sedentarismo, entre outras. Considerando que a inatividade contribui para a hipotonicidade muscular no geral, incluindo os MPP e todo um conjunto de riscos inerentes à imobilidade prolongada, procurei intervir junto destas grávidas, no que confere aos exercícios isotônicos e isométricos de todos os segmentos musculó-articulares. Embora não tivesse identificado na evidência recomendações para realizar fortalecimento dos MPP em mulheres com diagnóstico de APPT, nomeadamente em situações de prolapso da bolsa de água, promovi educação para a saúde da mulher/pessoa significativa, para a importância da realização dos exercícios dos MPP, no pós-parto; além da sua consciencialização para a importância de melhorar a propriocepção¹³ dos MPP, contribuindo para o seu fortalecimento, atuando como um fator de proteção e prevenção das DPP, já que estes músculos têm um papel fundamental na continência e fornecem suporte aos órgãos pélvicos (Díaz-Álvarez, et al, 2022). A consecução do plano de cuidados, permitiu-me ainda refletir que durante a gravidez, no âmbito da assistência pré-natal, apesar da principal cliente de cuidados ser a “mulher-grávida” (OE, 2022, p. 8), a sua realização e implementação passam por envolver a pessoa significativa, considerando o contexto familiar da mulher, inserindo-a na comunidade e promovendo processos de (re)adaptação às novas condições de vida (Ibidem).

As situações de IMG ocorriam a partir das 22 semanas completas, onde se previa realizar o feticídio, através da realização de analgesia e, conseqüente anestesia fetal (Montenegro, 2014). Estas experiências foram para mim emocionalmente desafiadoras, onde no seio de um ambiente terapêutico e em parceria com o EO foram promovidas medidas de suporte psico-emocional à mulher/conviventes significativos, para facilitar o seu processo de luto e abortamento, promovendo o alívio da dor, vigiando e monitorizando o trabalho de abortamento, prevenindo complicações decorrentes deste processo (C2).

Em MMF, face o contexto clínico de cada mulher, eram identificadas as suas necessidades/problemas atuais e potenciais, assim como eventuais necessidades futuras,

¹³ A propriocepção é definida pela capacidade de conhecer o estado e a posição de cada parte do corpo, e contraí-los adequadamente (Díaz-Álvarez, et al, 2022)

tendo como objetivo produzir ganhos em saúde, através da sua capacitação para a gestão do seu autocuidado¹⁴ e autovigilância (Tomey & Alligood, 2004) facilitando a sua adaptação à nova situação de vida (UC 6.3); além da promoção da sua autonomia na tomada de decisão. Desta forma, promoveram-se vivências positivas dos processos fisiológicos relacionados com as várias etapas do ciclo de vida da mulher (OE, 2018). Dorotheia Orem define isto como “apoio-educativo”. Assim, face as intervenções que promovi, senti que foram adotadas estratégias facilitadoras para a capacitação da mulher/casal, nos vários processos de transição saúde/doença, contribuindo para fomentar a incorporação de novos conhecimentos, novas capacidades, reformular significados e expectativas, promotores de esperança, motivação, para a gestão do seu autocuidado (relacionado com a saúde sexual, reprodutiva e ginecológica), autocontrolo (fomentando a possibilidade de uma experiência positiva do parto) e mestria (na construção e desenvolvimento das competências parentais e da conjugalidade) (OE, 2022).

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Esta competência foi alcançada em contexto da sala de partos, na medida em que prestei cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina (Regulamento N°391, 2019, p. 13562). Houve necessidade de abraçar uma vasta literatura, mobilizando a evidência científica, para uma tomada de decisão baseada nas melhores práticas, prestando cuidados seguros e de qualidade, a fim de promover o bem-estar materno e fetal/RN e da pessoa significativa e a prevenção de complicações, para uma experiência natal e pós-natal positiva (WHO, 2022; 2018).

Ao longo deste EC em contexto de SP, tendo por base o processo assistencial contínuo (DGS, 2015) e multidisciplinar de cuidados, atendendo a que o EE ESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco...e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco” (Regulamento N°391, 2019, p13561), atuei em conformidade com as Recomendações da Organização Mundial

¹⁴ O autocuidado é uma função humana, em que a pessoa desempenha deliberadamente por si própria ou que alguém a execute por ela, a fim de preservar a vida, a saúde e o desenvolvimento do seu bem-estar (Tomey & Alligood, 2004)

de Saúde (WHO, 2022), onde promovi a vigilância da gravidez e o bem-estar materno-fetal a 115 mulheres, das quais 100 em trabalho de parto (1º e 2º estágio do TP) e 15 em vigilância materno-fetal sem TP. Estas últimas, recorreram ao serviço de urgência por indicação médica (sem vaga no serviço de MMF) para indução do trabalho de parto, por pós-datismo, restrição crescimento fetal, oligoamnios, hemorragia do 3º trimestre e por hipertensão agravada na gravidez. Na admissão destas grávidas foi sempre valorizado o plano de parto e respeitadas as suas preferências / desejos.

O TP é um processo induzido ou espontâneo, que se inicia com contrações uterinas dolorosas e regulares, que se repercutem na dilatação completa e extinção do colo uterino (1º estágio TP), na progressão da apresentação fetal no canal de parto e, que culmina com a expulsão do feto para o exterior (2º estágio TP). Após o nascimento, a expulsão da placenta (3º estágio TP) e o puerpério imediato (4º estágio TP) até às 2 horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). O 1º estágio do TP caracteriza-se por 3 fases: latente (até aos 3 cm dilatação), ativa (dos 4 aos 7 cm dilatação) e transição (dos 8 aos 10 cm dilatação) (Lowdermilk & Perry, 2008). Ao longo destas fases, promovi cuidados visando a promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, garantindo um ambiente seguro, respeitando o plano de parto estabelecido com a mulher/pessoa significativa, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, onde a vigilância por cardiotocografia (CTG) era constante e não impeditiva da liberdade de movimentos pela tecnologia wireless (à exceção do momento da hidroterapia). Implementei intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (UC 3.1), recorrendo às técnicas de mobilização ativa, de relaxamento (exercícios respiratórios, bola de *pilates*, cromoterapia, hidroterapia, musicoterapia e aromoterapia) no espaço *snozelen*. Estas têm a capacidade de aumentar os níveis de endorfinas e dopamina (neurotransmissores responsáveis pelo bem-estar e felicidade), contribuindo para o alívio da dor¹⁵ e sensação de prazer, permitindo também o relaxamento dos músculos abdominais e do PP e, por sua vez aumentar o tamanho da cavidade abdominal. Foram aplicadas técnicas de respiração ao longo do 2º estágio TP, de modo a aumentar a pressão intra-abdominal, facilitando a expulsão do feto (Lowdermilk & Perry, 2008). Já na fase ativa

¹⁵ "A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto inclui uma vasta variedade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e também prevenir a percepção psicoemocional da dor" (OE, 2013, p.1).

do TP realizei, de forma seletiva (precedida de consentimento informado e garantindo o respeito e a privacidade), a avaliação da cervicometria a 61 grávidas, para monitorizar a evolução do TP e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN (Regulamento N°391, 2019). Realizei 4 amniotomias¹⁶, pelo efeito positivo na indução do TP prolongado (Sequeira, et al., 2020), promovendo o aumento da contractilidade uterina, pela diminuição de líquido amniótico e consequente aumento da pressão do polo cefálico sobre o colo do útero, assim como pelo aumento das prostaglandinas E2 e ocitocina circulantes (Machado et al., 2015). Tal técnica foi realizada de forma criteriosa e com consciência dos seus riscos e complicações como: risco infeção, descolamento placenta prévia oculta, rotura de vasa prévia, prolapso ou compressão do cordão umbilical (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2009).

Com o decorrer do EC fui assumindo um papel mais ativo e autónomo no 2º estágio de TP, onde realizei em parceria com a parturiente 40 partos eutócicos, incentivando-a a escolher livremente a posição a adotar, sensibilizando para as possibilidades de posições a adotar, fomentando “o direito de participação ativa nos seus cuidados durante o parto” (OE, 2013, p.3), embora fossem adotadas na sua generalidade, por opção da parturiente, as posições verticalizadas (ângulo superior a 45 graus entre o tronco e os membros inferiores) (Sequeira, et al., 2020), permitindo-me dar resposta à UC 3.2 e por sua vez ao CA 3.2.5¹⁷. A parturiente submetida a analgesia epidural, muitas vezes não tinha a sensibilidade necessária para fazer esforços expulsivos, pelo que a orientei, na condução destes, utilizando as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (CA 3.2.6). À medida que o reflexo de ferguson¹⁸ era ativado, os esforços expulsivos eram como que involuntários e aquando do coroamento cefálico, adotei práticas de proteção do períneo (Rasteiro et. al., 2021), realizando a manobra de ritgen¹⁹ com uma mão e a outra sobre a cabeça, para prevenir a sua rápida expulsão. Após a saída da cabeça,

¹⁶ A amniotomia define-se como a rotura intencional de membranas efetuada durante o primeiro estágio do TP, particularmente durante a sua fase ativa; este procedimento realiza-se com o objetivo de induzir ou acelerar o TP ou para permitir a monitorização fetal interna intra-parto (Machado et al., 2015).

¹⁷ “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (Regulamento n°391/2019, p.13563)

¹⁸ A pressão exercida pela apresentação nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de ocitocina endógena, que por sua vez desencadeia na mulher o “desejo de empurrar, fazer força” (Lowdermilk & Perry, 2008).

¹⁹ Aplicação de pressão na região do períneo, para proteger a musculatura perineal e controlar/evitar a expulsão rápida da cabeça fetal (Lowdermilk & Perry, 2008)

certificava-me da ausência de circulares. Surgiram 3 situações de RN com circulares cervicais apertadas e tivemos de proceder à clampagem imediata do cordão. Nas situações consideradas normais, o RN era colocado imediatamente sobre a mãe, privilegiando o contacto pele a pele, de acordo com a Recomendação Número 48 da Organização Mundial Saúde (OMS, 2018, p. 163), sendo, nestes casos, respeitada a clampagem tardia do cordão, sendo promovida a possibilidade de o acompanhante cortar o mesmo. A hora do nascimento era registada pela enfermeira generalista, a qual também me apoiava nos primeiros cuidados ao RN, garantindo que o RN se encontrava com boa adaptação à vida extra-uterina, traduzida no Índice de Apgar, permitindo-me ir ao encontro dos critérios de avaliação 3.2.7²⁰ e 3.2.9²¹. Atuei na promoção da amamentação na primeira hora de vida, a todas as mães que assim o desejassem, permitindo-me ir ao encontro da UC 3.1 e ao CA 3.1.5²². Confesso que cada nascimento foi carregado de emoção, único, individualizado, pouco intervencionista e extremamente gratificante, pela minha própria emoção de pegar cada bebé e, pela felicidade sentida pelas mães/pais/pessoas significativas.

No acompanhamento efetuado, em contexto de sala partos, 23 parturientes culminaram em parto distócico: 12 por incompatibilidade feto-pélvica de causa materna (bacia pequena / configuração anormal ou deformada) ou fetal (macrossomia fetal [>4000g]) (Lowdermilk & Perry, 2008); 9 por CTG não tranquilizador, relacionado com desacelerações mantidas e com baixa variabilidade fetal, sem resposta às manobras (gasking, oxigénio, broncodilatadores, fluidoterapia); duas por rotura prematura de membranas, com suspeita de corioamnionite e 1 cesariana por TP estacionário²³. Considero que tive um papel ativo na Identificação e na monitorização dos desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando estas situações para a equipa multidisciplinar. Monitorizei o TP destas 23 parturientes, assegurei a transferência de 19 parturientes para o bloco de partos, assegurando os cuidados durante o transporte

²⁰ “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”

²¹ “Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido” (Regulamento nº391/2019, p.13563)

²² “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13563)

²³ É considerado TP estacionário quando não há progressão da dilatação durante 2 horas após os 6 cm e, se após amniotomia e/ou estimulação ocitócica, a não progressão da dilatação durante 4 horas, considerar a indicação de cesariana (DGS, 2015)

(CA 3.3.6). Promovi suporte emocional e psicológico à parturiente, incluindo conviventes significativos (CA 3.3.1). Os partos distócicos correspondem à maior percentagem dos partos realizados em Portugal (54,3%), em detrimento de 45,7% partos eutócicos (PORDATA, 2022). Tal facto permitiu-me refletir sobre a importância do EE ESMO no acompanhamento e vigilância da gravidez, em contexto de CSP e a importância da educação para a saúde (literacia), capacitando a mulher/pessoa significativa para a sua participação ativa e consciente no seu parto, dando-lhe o poder da decisão e respeitando as suas escolhas devidamente informadas.

O 3º estágio TP (dequitação) é designado pela expulsão da placenta pelo canal vaginal e, ocorre em dois momentos: primeiro há o seu descolamento da parede uterina e só depois sai através vagina (Fatia & Tinoco, 2016); neste sentido, prestei os cuidados imediatos à puérpera, observei os sinais de descolamento da placenta, apoiei a sua expulsão com movimentos circulares (3 dequitações Duncan e 37 Schultze²⁴). Procedi à respetiva inspeção da placenta e integridade das membranas; vigiei a perda de sangue e a formação do Globo de Segurança de Pinard, com consequente administração de ocitocina em perfusão segundo protocolo do hospital e as Recomendações 41 e 42 da OMS (2018, p.159). Após revisão do canal de parto identifiquei eventuais lacerações e realizei, com a colaboração da enfermeira orientadora, 24 suturas por laceração (Grau 1=13; Grau 2=11), permitindo-me ir ao encontro do critério de avaliação 3.3.4²⁵. Para desenvolver melhor esta competência frequentei o curso de suturas no congresso da Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras, a qual me proporcionou ferramentas teórico-práticas acrescidas. Promovi também uma ação de formação sobre a temática do meu projeto, para a equipa sala partos. Recorri frequentemente à literatura para fundamentar as minhas práticas, no âmbito da promoção da amamentação, sinais de boa pega, sobre a involução uterina, os cuidados perineais e sinais de alerta maternos e fetais, permitindo-me ir ao encontro da C4 e respetivos CA 4.1.5²⁶ e 4.1.6²⁷. Tive sempre presente a educação para a saúde no

²⁴ O mecanismo de Schultze é o mais comum (75% casos), consiste na separação a partir de uma zona central e exteriorizando-se uma face mais brilhante e clara que coincide com a face fetal, onde a hemorragia ocorre após a saída da placenta. No mecanismo de Duncan observa-se o processo contrário: a placenta descola-se pela zona periférica, apresentando-se primeiro a face materna acompanhada de algum sangramento (Fatia & Tinoco, 2016).

²⁵ Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão além da sua área de atuação" (Regulamento nº391/2019, p.13563)

²⁶ "Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto"

²⁷ "Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável" (Regulamento nº391/2019, p.13563).

âmbito das DPP, envolvendo as mulheres que se mostrassem disponíveis para tal, sensibilizando-as para a importância da realização atempada dos exercícios dos MPP, os quais promovem a revascularização e, conseqüentemente a cicatrização dos tecidos, beneficiando a saúde sexual e o relacionamento do casal (Navarro-Brazález, et al., 2021; Kissler et, al., 2016).

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O Puerpério ou quarto trimestre de gravidez “compreende o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não gravídico” (p. 479) e “prolonga-se por 6 semanas após o parto (42 dias)” (DGS, 2015, p.78).

Esta competência foi alcançada em contexto de internamento de puerpério, em CSP, na sala de partos e em contexto da neonatologia. Cooperei com a equipa multidisciplinar e com o EE ESMO na prestação de cuidados de enfermagem à puérpera/RN (inserida na família e na comunidade) durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do RN. Promovi também a educação para a saúde da puérpera/casal, apoiando-os no processo de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança sempre provoca no seio da família (OE, 2015, p.11).

Este constitui um papel social exigente e desafiador, uma vez que apela a um conjunto de respostas, necessidades e esforços adaptativos a um novo padrão de vida (DSG, 2015).

No âmbito do internamento do puerpério, prestei cuidados a puérperas e seus RN, incluídos na família, integrando a avaliação física e psico-emocional da puérpera; a vigilância de saúde do RN, com especial destaque para a educação para a saúde da puérpera/casal/pessoa significativa, nomeadamente a preparação para a alta.

A gravidez e o pós-parto são períodos de grande vulnerabilidade, suscetíveis de desencadear alterações hormonais, biológicas, sociais e psico-emocionais, designadamente o blues pós-parto²⁸, as quais variam de mulher para mulher (DGS, 2022;

²⁸O blues pós-parto (BPP) “é uma oscilação do humor que surge nos primeiros três dias após o nascimento da criança e que termina entre o sétimo e décimo dias, geralmente resultando num pico de sintomas entre o quarto ou quinto dia após o parto. A sintomatologia caracteriza-se por cansaço, choro fácil, tensão, irritabilidade e sentimentos de inadequação.

Lowdermilk & Perry, 2008). São marcados por grandes exigências ao nível da adaptação psicossocial, associada às transformações do papel parental nas relações familiares e na autoimagem corporal sendo que, muitas mulheres, sofrem frequentemente de privação do sono e baixa autoestima (DGS, 2022). Neste contexto, procurei implementar medidas de suporte emocional e psicológico (CA 4.3.1), envolvendo a mulher/pessoa significativa através de uma relação de confiança e de uma comunicação terapêutica (escuta ativa dos seus sentimentos e preocupações, encorajamento à partilha das suas preocupações), promovendo cuidados sensíveis e congruentes adaptados às suas crenças e valores, fomentando a saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável (CA 4.1.6). Algumas situações vividas permitiram-me ir ao encontro do critério de avaliação 4.2.2²⁹ refletindo na questão do desconforto gerado pelo confronto entre o bebé imaginário e o bebé real. Borges (2018) recomenda, que a ordem de apresentação do RN à mãe aquando do nascimento, deve privilegiar a natureza dos sentidos, onde o contacto pele a pele e o cheiro deverão anteceder o contacto visual. Deste modo, poder-se-ão atenuar algumas discrepâncias, entre o bebé imaginário e o bebé real, situações também experienciadas em EC. Segundo a Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o nascimento de um filho representa mudança, reorganização individual, conjugal e social, pelo que a preparação antecipada ao longo da vivência da gravidez, constitui um fator facilitador ou inibidor da transição para a parentalidade, além de que quanto maior for o nível de conhecimentos e habilidades da mulher/casal, maior é a probabilidade de criarem um ambiente adequado e seguro ao desenvolvimento saudável desta transição e das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, satisfação, mestria e menor ocorrência de distúrbios psicológicos no período pós-parto (OE, 2015; DGS, 2006). Ainda em contexto de puerpério, promovi a saúde e o bem-estar a 102 mulheres e RN (UC 4.1), diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde destes (UC 4.2), envolvendo o casal nos cuidados ao RN, preconizando o primeiro banho após as 24h após o parto (salvo o mínimo de 6 horas, por questões culturais) (OMS, 2018). Neste sentido, o momento da alta traduziu-se numa continuidade de cuidados. Refleti sobre as

Trata-se de um episódio depressivo leve, que não chega a comprometer o funcionamento social ou a relação da díade mãe-bebé" (DGS, 2022)

²⁹ "Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação" (Regulamento nº391/2019)

intervenções de promoção e educação para a saúde, dando especial enfoque aos sinais e sintomas sugestivos de problemas físicos e/ou psicológicos maternos no pós-parto, promovi a amamentação, concebendo, planeando, implementando e avaliando medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (CA 4.3.3), recorrendo à evidencia (Martins & Silva, 2016; DGS, 2015; OE, 2012-2015; Levy & Bertolo, 2012) e às recomendações da OMS (2022) e da *World Health Organization & United Nations Children's Fund* (UNICEF) para promover esclarecimento sobre as técnicas de posicionamento correto do RN, de adaptação à mama, sinais de boa pega, explicando as inúmeras vantagens/benefícios do aleitamento materno, esclarecendo a fisiologia da lactação, método de drenagem, extração e de conservação do leite materno, assim como promoção de ensino sobre prevenção e tratamento de dificuldades na amamentação. A amamentação continua a ser uma das áreas em que as puérperas expressavam maiores dúvidas / dificuldades / receios, reportando dor, associada à fissuração dos mamilos, más experiências noutras gravidezes ou simplesmente não desejavam amamentar. As complicações mais comuns eram as fissuras no mamilo, devido à má pega do RN ou posicionamento incorreto. Assim, sempre que possível promovi a educação para a saúde na presença do acompanhante/pessoa significativa, de modo a fomentar a vinculação da tríade (OE, 2015). Outras ações de educação para a saúde, recaíam sobre a importância de uma alimentação saudável, do exercício físico e do repouso, a fim de prevenir complicações no pós-parto, reduzindo os riscos cardiovasculares e metabólicos para gravidezes futuras, além de prevenir as ocorrências de DPP, porque a obesidade, a inatividade, as alterações hormonais e toda a mecânica durante a gravidez e o parto têm forte impacto no desencadeamento destas (Stroeder et al, 2021; Lawson & Sacks, 2018; Hallock & Handa, 2016).

Das puérperas a quem prestei cuidados, 5 tiveram diabetes gestacional. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) os RN com mais de 34 semanas, em aleitamento materno exclusivo, têm valores de glicémia mais baixos relativamente aos alimentados com fórmula para lactentes, pelo que após o nascimento, a glicemia diminui rapidamente, alcançando o valor mínimo às 2 a 3 horas de vida, normalizando cerca das 6 a 12 horas de vida (SPN 2016). Prestei cuidados antecipatórios ao RN, no despiste de complicações; promovi educação para a saúde da mulher/convivente significativo sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis; alertei para a importância da

consulta de revisão do pós-parto, recomendada entre a 6ª e a 8ª semanas (OE, 2015)³⁰, informando e orientando a mulher/convivente significativo sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto (CA 4.1.3) (Regulamento nº391/2019). Eduquei para a saúde relativamente aos aspetos relacionados com o processo de transição para a parentalidade, a vigilância e o bem-estar do RN.

Em contexto de CSP, a competência 4³¹ foi desenvolvida mais especificamente na consulta de revisão pós-parto (no decorrer das 6 semanas após o parto), onde realizei 4 consultas, permitindo-me monitorizar o bem-estar materno e do RN, incluídos na família contemplando as orientações da DGS (2015). Foi dada continuidade aos cuidados promovidos em contexto do internamento do puerpério relativamente à avaliação do bem-estar psico-emocional e físico da puérpera, promoção e apoio no processo de adaptação ao pós-parto e adaptação à parentalidade/conjugalidade, avaliando a dinâmica familiar e a rede de suporte social.

Estas experiências em contexto de puerpério proporcionaram-me a oportunidade de consciencializar o quão importante é a educação para a saúde fomentada em contexto hospitalar e no momento da alta da puérpera e do seu RN, a qual se faz sentir e refletir no pós-parto, na forma como esta gere o seu autocuidado e o providencia ao seu RN. A articulação, perspetivando a continuidade de cuidados entre o hospital/maternidade e os CSP, também influencia a forma como a mulher/casal vivencia/experencia esta transição. Esta consulta permitiu-me ainda refletir sobre a importância de, em contexto de CSP, intervirmos na promoção de gravidezes planeadas, vigiadas, promovendo vivências saudáveis e positivas das etapas psicológicas do desenvolvimento da gravidez, as quais estão associadas a uma maior vinculação pré-natal e a uma transição para a parentalidade mais saudável (Borges, 2019; OE, 2015; DGS, 2006). Em contexto de puerpério dei especial enfoque ao meu projeto, no que concerne a aprofundar a unidade competência 4.3, mais especificamente o critério de avaliação 4.3.2³², elucidando a puérpera/casal para os benefícios dos cursos de recuperação pós-parto, envolvendo um

³⁰ Embora as orientações da DGS, segundo o Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) referem que a consulta de puerpério deverá ser realizada entre a 4ª e a 6ª semana

³¹ "Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal" (Regulamento nº391/2019, p.13563)

³² "Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto" (Regulamento nº391/2019, p.13564)

programa de TMPP, com benefícios na redução da ocorrência de DPP no pós-parto (Daly et, al., 2022).

No que concerne aos cuidados realizados ao RN, colaborei com a equipa de enfermagem na monitorização do seu estado de saúde (CA 4.2.3), na avaliação do exame físico (cefalo-caudal) e comportamental (reflexos primitivos), na avaliação e no registo do peso e das medidas antropométricas (perímetro cefálico e comprimento) e no despiste de complicações; pelo que também intervimos na realização do diagnóstico precoce a 2 RN (Teste Guthrie) e respetivos registos no boletim de saúde infantil e juvenil.

O contexto de neonatologia, apesar de curta duração, proporcionou-me um novo olhar sob o cuidar do EE ESMO, permitindo-me explorar os cuidados neuroprotetores ao RN prematuro, fomentando conhecimentos suportados nos documentos dos Consensos de neonatologia (SPN, 2014). Os RN aqui internados necessitam de cuidados específicos neonatais, por problemas relacionados com o parto e a adaptação à vida extra-uterina, p.e decorrentes de prematuridade³³; por anomalias congénitas ou doenças adquiridas no período neonatal (Lowdermilk & Perry, 2008; Whaley & Wong, 1999). Esta experiência em contexto da neonatologia permitiu-me refletir sobre as complicações da prematuridade, as quais são a maior causa da mortalidade neonatal e atualmente a principal causa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos. Segundo a SPN (2014) a prematuridade implica maior suscetibilidade a doenças específicas e complicações nomeadamente: a hipoglicemia; hipotermia relacionada com a incompetência do centro termorregulador; o desequilíbrio hidro-eletrolítico, pela imaturidade dos pulmões e rins; a enterocolite necrosante (NEC)³⁴; a leucomalácia periventricular (pequenos quistos no parênquima cerebral), a retinopatia; a infeção precoce (<72h), a qual pode apresentar-se como síndrome de dificuldade respiratória, logo após o nascimento ou após um período assintomático; a displasia broncopulmonar³⁵; a encefalopatia neonatal³⁶, também

³³ A prematuridade consiste no nascimento do feto ocorrido entre as 22 e as 36 semanas e 6 dias de gestação; antes deste intervalo, considera-se aborto (já que não há viabilidade fetal) (OMS, 2015). A prematuridade extrema é aquela cuja idade gestacional é inferior a 28 semanas (SPN, 2014)

³⁴ A NEC é uma doença neonatal com alta comorbimortalidade, que ocorre principalmente nos neonatos pré-termo e com baixo peso (<1500 gramas), onde as paredes vasculares são finas e a circulação é insuficiente (Chia & Falcão, 2009).

³⁵ Displasia broncopulmonar: patogénese complexa, influenciada principalmente por prematuridade, infeção, oxigénio suplementar e ventilação mecânica. A prevenção passa pela terapia de reposição de surfactante e o uso de estratégias ventilatórias "protetoras" (Monte, et al., 2005)

³⁶ A encefalopatia neonatal é definida genericamente por um quadro de coma e convulsões no período neonatal precoce, muitas vezes consequência de um processo de hipoxia-isquémia no período perinatal, designado nestes casos por

designada de encefalopatia hipóxico-isquêmica; entre outras. Portanto, o EE ESMO desempenha um papel preponderante em criar esforços para reduzir a mortalidade infantil, prevenir o nascimento prematuro (WHO, 2017), assegurar a avaliação imediata do RN, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, assim como cuidar a mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do RN (Regulamento nº391/2019, p.13563). Neste sentido, esta experiência clínica permitiu-me refletir sobre vários aspetos, nomeadamente a importância da educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis, do planeamento e da vigilância da gravidez, prevenindo gravidezes de risco, que possam potenciar partos prematuros; a importância da monitorização do bem-estar materno/fetal, numa lógica de cuidados antecipatórios (avaliação de CTG tranquilizador durante a progressão do trabalho de parto); sensibilizando-me para a importância sobre a promoção de cuidados neuroprotetores³⁷ (UNICEF, 2021; Muller, et al., 2014) a todos os RN, adotando medidas educacionais para consciencializar e capacitar os pais/conviventes significativos para a sua gestão e autocuidado. Também permitiu alcançar as competências do EE ESMO, na medida em que pude implementar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido, promovendo suporte emocional e psicológico (UC 4.3), orientando-os e apoiando-os nos cuidados ao seu RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, capacitando-os e dando-lhes mais competências para conhecerem o seu RN, fomentando feedback positivo sobre as que já possuem, auxiliando (e não substituindo) nas dificuldades iniciais, relembando os sinais de boa pega e o posicionamento do bebé; assim como na promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Esta competência foi alcançada em contexto da consulta de uroginecologia (integrada na consulta de ginecologia) e em contexto dos CSP.

encefalopatia hipoxico-isquémica (EHI), resultando em morte celular (Graça, et al., 2016); pelo que os mecanismos envolvidos no seu tratamento incluem diminuição do metabolismo cerebral, redução do edema cerebral citotóxico e da pressão intracraniana e inibição da apoptose, através da hipotermia induzida (33,5°C) nas primeiras 12 horas de vida.

³⁷ Os cuidados neuroprotetores integram: ambiente de cura, parceria com familiares, posicionamento e manuseio, proteção sono, minimização do stress e dor, proteção da pele e otimização da nutrição (UNICEF, 2021; Muller, et al., 2014)

Segundo o Consenso Nacional sobre Menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia o climatério é definido como o “o período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva e, ao longo do qual, ocorre um declínio progressivo da função ovárica” (2021, p. 12). O contexto de uroginecologia, proporcionou-me oportunidades para intervir na educação para a saúde à mulher já com DPP instaladas, nomeadamente aquelas que apresentaram queixas de dispareunia. Esta aparecia como um achado na consulta de enfermagem de PF, quando se abordava a temática da sexualidade. Algumas mulheres expressavam queixas de dispareunia nas várias formas de ato sexual (umas aquando da penetração, outras no próprio ato, outras no momento da ejaculação masculina), que simplesmente não verbalizavam por vergonha. Assim, defini estratégias de *empowerment*, informei e orientei estas mulheres com alterações associadas ao climatério (CA 5.1.3). A sintomatologia apresentada neste período, relaciona-se com a diminuição da reserva folicular ovárica e consequente hipoestrogenismo, repercutindo-se em alterações do sono, perturbações emocionais, afrontamentos, suores noturnos, síndrome geniturinária da menopausa/atrofia vulvovaginal - secura, ardor, irritação, disúria, urgência e infeções urinárias de repetição, assim como a dispareunia (Fatela et al., 2021). Neste contexto, referenciei estas mulheres e, acompanhei-as à consulta médica, onde foram elucidadas sobre os recursos e tratamentos disponíveis na comunidade, como lubrificantes, hidratantes, estrogénio intravaginal, promovendo uma decisão esclarecida (CA 5.1.4). Procurei ainda promover suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério (CA 5.3.3), fomentando a importância e incentivando ao diálogo / cumplicidade do casal, de modo a minimizar os receios e a adoção de estratégias geradoras de bem-estar; entre outros cuidados de saúde, adaptados à singularidade da pessoa.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A Competência 6 foi alcançada, em contexto de consulta de ginecologia, na medida em que o EE ESMO “Cuida a mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica...no sentido de potenciar a sua saúde” (Regulamento nº391/2019, p. 13564).

A consulta de enfermagem de ginecologia decorreu em contexto hospitalar, integrando várias valências: a consulta de enfermagem de ginecologia; a consulta de uroginecologia; a consulta de colposcopia; o bloco operatório, com o respetivo internamento de ginecologia. Este continuum de cuidados entre os vários serviços por onde passei, fez-me todo o sentido, pelo facto de me permitir consciencializar a pertinente ligação entre o internamento / bloco operatório e posteriormente o continuum dos cuidados na consulta externa de ginecologia, onde cooperei com a EO e equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados de enfermagem individualizados à mulher, no tratamento e na prevenção de complicações, nomeadamente, afeções do aparelho genito-urinário e da mama (UC 6.2. e 6.3), permitindo-me interligar as várias etapas da vida da mulher a vivenciar processos de saúde / doença ginecológica e a providenciar cuidados dirigidos, facilitando o processo de transição e adaptação à sua condição de vida (C6). Na consulta externa de ginecologia, além de cooperar com a EO nos cuidados de enfermagem pós-cirúrgicos, nomeadamente no tratamento da ferida cirúrgica, após mastologia e cirurgia ginecológica, também promovi educação para a saúde ginecológica (UC 6.1.). Relacionei-me com a mulher vítima de cancro, onde em cada história clínica que recolhi (Rocha, et al., 2018) a escuta ativa foi uma estratégia de comunicação essencial, para a compreensão do outro, fomentando uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, a fim de reduzir o estado de ansiedade, medo e dúvidas, (Mesquita & Carvalho, 2014) sendo sensível aos sinais verbais e não verbais (O'Reilly, et al., 2008). Segundo a Sociedade Portuguesa de Oncologia, estas mulheres precisam de desabafar, o que as ajuda a ultrapassar os efeitos secundários do tratamento e até a melhorar o prognóstico da doença, nomeadamente a redução do risco de recidiva (Abreu, 2020). Face a estes contextos da doença oncológica, implementei medidas de suporte emocional e psicológico à mulher (UC 6.3), garantindo um ambiente terapêutico e seguro, permitindo-me desenvolver a competência B1 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), de forma a lidar com as suas fragilidades e a compreender a importância de estabelecer uma relação terapêutica, no respeito pelas expectativas, desejos relacionados com as diferentes fases da vida (OE, 2015).

No contexto da consulta de uroginecologia, atuei na promoção da saúde ginecológica da mulher (UC 6.1.), já com complicações instaladas do aparelho genito-urinário, intervindo em parceria com a equipa multidisciplinar, no seu tratamento, facilitando o seu processo

de adaptação à sua nova condição de vida (UC 6.3), designadamente na colocação de 1 pessário e respetiva educação para a saúde; assim como no acompanhamento de 3 mulheres ao bloco operatório; 2 para tratamento cirúrgico da IU (colocação de sling pubo-vaginal, por cistocelo) e 1 para reconstrução do PP, com a ocorrência de laceração G4 no pós-parto. Promovi a continuidade de cuidados, no pós-operatório, estabelecendo uma relação terapêutica, de conforto, congruente com as suas necessidades, fomentando medidas de suporte emocionais e psicológicas (UC 6.3.) e atuando na educação para a saúde no âmbito do seu processo de reabilitação do PP, com especial enfoque para outras técnicas não médicas e não farmacológicas.

Planeei e realizei um programa de TMPP, passível de ser adaptado à condição de vida de cada mulher e concebi um flyer, o qual fui adaptando, ao longo dos EC com imagens elucidativas sobre as DPP. Ainda em contexto da consulta de uroginecologia pude cooperar com a mulher no preenchimento dos questionários em uso no serviço (King's Health Questionnaire; Prolapse Quality of Life Questionnaire – P-QoL), a fim de avaliar a QV e a função sexual das mulheres com POP e/ou IU, no pré e pós tratamento cirúrgico, os quais fornecem uma avaliação abrangente do efeito das DPP, na QV das mulheres, sendo úteis em determinar as mudanças na gravidade dos sintomas ao longo do tempo, antes e após os tratamentos (Ryan, K., PFIQ – 7, sem data). No preenchimento destes questionários por parte da mulher, percebi que efetivamente para avaliarmos a QV e a eficácia dos tratamentos torna-se imprescindível a sua monitorização. Nestes também pude perceber o que efetivamente a literatura refere, pois estas mulheres relatam o quão a sua disfunção impacta negativamente no seu quotidiano, nos relacionamentos íntimos e atividades sociais, com alterações nas atividades de vida diária, alterações do sono (interrupção frequente pela necessidade de urinar), na imagem pessoal (preocupações com a higiene íntima, devido aos odores e às perdas de urina), consequências estas, com repercussões (emocionais e físicas) na atividade profissional, sexual e no seu bem-estar geral (Coutinho, et al., 2021; Moosdorff-Steinhauser et. al, 2019; Lawson & Sacks, 2018).

A consulta de colposcopia foi outra área de intervenção onde pude cooperar com a equipa multidisciplinar, no sentido de promover a saúde ginecológica da mulher (UC 6.1), na preparação do material para os rastreios (citologias com genotipagem de HPV) e para os tratamentos (conização) das mulheres com lesões do aparelho genito-urinário e na

prevenção das suas complicações (UC 6.2) através da educação para a saúde e cuidados a ter após o tratamento de conização, onde tive um papel preponderante na implementação de medidas de conforto e de suporte emocional e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário (CA 6.3.3). Esta experiência clínica, em particular, permitiu-me refletir sobre a importância da educação para a SSR, considerando os múltiplos parceiros, assim como a falta de proteção, como fatores que influenciam a transmissão das IST. Estas podem levar à infertilidade e ao desenvolvimento do cancro do colo do útero (Abreu, 2020), sendo necessário a adoção de medidas preventivas, através de ações de sensibilização das mulheres (também dos homens), para os rastreios regulares e da vigilância ativa e participativa na sua saúde.

Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todos os contextos clínicos, uma vez que assumi o papel do EE ESMO no cuidar a Mulher, no seu vasto repertório de papéis, nos diferentes momentos do seu ciclo de vida (OE, 2021, p.13), atendendo às particularidades e os contextos socioculturais da mulher no seu todo e aos diferentes níveis de literacia em saúde. Tendo por base uma relação terapêutica e uma prática profissional (Regulamento N° 140/2019), prestei cuidados em parceria com cada mulher/casal/pessoa significativa, na procura permanente da excelência do exercício profissional, através da atualização contínua de conhecimentos, com vista a alcançar o máximo de potencial da sua saúde (OE, 2022).

Esta competência mergulha em todo o ciclo vital da mulher, estando espelhada nas competências anteriormente descritas, sendo o contexto de CSP aquele que melhor a evidencia. Neste, prestei cuidados à mulher em idade fértil (UC 7.1), promovendo a sua saúde, diagnosticando precocemente, no sentido de prevenir complicações no âmbito da sua SSR (UC 7.2) (Ibidem); para além de advogar cuidados dirigidos à mulher em contexto do seu processo maternidade/paternidade (Regulamento nº391/2019). Aqui é dada especial atenção à SSR da mulher, atuando ao nível da prevenção primária, nomeadamente através da realização dos rastreios do cancro da mama e sua importância. Neste contexto, participei nos rastreios programados, tendo realizado apenas 2 citologias. Precedendo o exame, preocupei-me com o acolhimento à mulher (Rocha, et al., 2018), identificando-me, pedindo o seu consentimento informado, zelando

pela sua privacidade e intimidade, com empatia procurei realizar o exame com a delicadeza necessária para minimizar o desconforto inerente ao exame ginecológico, desmistificando os “tabus” da mulher relacionados com a prática do mesmo. Naquela Unidade de Saúde Familiar, as citologias eram realizadas pelo médico de família. Contudo, o Regulamento das Competências Específicas do EE ESMO (nº391/2019, p.13561) advoga que este “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica” (CA 6.1.1) e “de promoção da regulação da fecundidade e fertilidade” (CA 1.1.2). O Conselho de Enfermagem, no seu Parecer nº 141 / 2009, refere que a execução da citologia cervical, é uma atividade inerente “à vigilância da Saúde da Mulher durante o seu ciclo reprodutivo”, pelo que os EE ESMO estão “habilitados para assumir a responsabilidade pela sua realização como uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada mulher”. No entanto, esta deve “ser uma prática discutida e acordada no seio da equipa multidisciplinar”, tendo em consideração aspetos como “o contexto de trabalho e filosofia de cuidados da organização”, além de que a função dos enfermeiros “não depende da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos” (p. 3).

4. CONTRIBUTOS DO EE ESMO PARA A PREVENÇÃO DAS DPP DAS MULHERES

Neste capítulo confrontar-se-ão os resultados obtidos na revisão scoping com os principais dados do estudo de investigação efetuado, relacionando-os com as experiências clínicas vivenciadas em EC, no sentido de obter contributos para a prevenção das DPP das mulheres.

Considerando os objetivos do meu projeto a evidência mapeada na SR e o desenvolvimento das competências clínicas, fica claro que a gravidez é uma “janela de oportunidades” para a educação em saúde, ideal para iniciar a mudança de comportamentos que permita ampliar o potencial de saúde materna e fetal e preparar a família para novos papéis sociais. Do ponto de vista fisiológico e psicológico é um momento ideal para promover hábitos e estilos de vida saudáveis e implementar o programa TMPP para ajudar as mulheres a permanecerem acima do limiar de continência (Woodley & Hay-Smith, 2021; Kissler et, al., 2016).

No estudo realizado, as mulheres inquiridas eram, na sua maioria multíparas (77%), com uma idade média de 33,6 anos. Já em contexto clínico muitas mulheres a quem prestei cuidados eram primíparas e multíparas com uma idade média de cerca de 30 anos. Destas, foram as assistidas no âmbito dos CSP e da MMF, as que apresentaram maior disponibilidade para aumentar a sua literacia em saúde sobre as DPP e receber contributos sobre estratégias para a sua prevenção. Esta maior sensibilidade para a temática, pode ser explicada, eventualmente, pelo facto destas mulheres poderem já ter experienciado algum tipo de DPP.

Relativamente ao nível de literacia, enquanto as mulheres inquiridas no estudo realizado revelaram alguns saberes, compatíveis com as habilitações literárias ao nível da licenciatura e do mestrado, nos contextos clínicos, verificou-se um baixo nível de literacia, das mulheres, com desconhecimento acerca das DPP. Este facto pode ter sido talvez influenciado pela população abrangente destes locais de EC, inseridos no distrito de Lisboa e com características multiculturais (Nepal, Bangladesh, Brasil, Cabo Verde, Guiné e Moçambique). Esta população era caracterizada por ter algumas vulnerabilidades, nomeadamente relacionadas com barreiras linguísticas e culturais (sobretudo

mulheres/casais oriundos do Bangladesh e do Nepal), associadas a baixos níveis de literacia em saúde e a condições socioeconómicas precárias. Este aspeto, fez-me refletir sobre as questões da multiculturalidade, as quais colocam “grandes desafios à saúde e aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros”, pois requerem que estes reconheçam e valorizem “as diferenças culturais relativamente aos valores, às crenças e aos costumes, no que diz respeito à saúde” (Lopes, 2022, p1). Depreende-se assim, que a literacia em saúde seja influenciada pelo grau académico e pelo nível socioeconómico da população.

Por outro lado, enquanto as inquiridas no estudo referiram, na sua maioria, praticar atividade física, mais comumente a caminhada, integrando os benefícios dos exercícios de intensidade moderada, com efeito protetor nas DPP, no pós-parto (Johannessen, et al., 2021; ACOG, 2020), tal não foi a experiência da maioria das mulheres de quem cuidei, que referiram passar a maior parte do dia adotando posturas verticais prolongadas (trabalho em pé ou sentada), associando outros fatores, como o tabagismo e o sedentarismo pós-laboral (conforme tabela 25), os quais corroboraram com a evidência científica, como sendo motivadores do desencadear DPP (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Stroeder et al, 2021; Lawson & Sacks, 2018; Hallock & Handa, 2016).

FATORES DE RISCO DAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO	
Predisposição	genética, etnia, idade materna avançada
Modificáveis	tabagismo, exercícios vigorosos frequentes ou inatividade, obesidade, trabalho pesado, obstipação
Desencadeantes	gravidez, paridade crescente, tipo de parto, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, parto distócico, lacerações perineais, episiotomia; além das alterações hormonais e toda a mecânica durante a gravidez e o parto

Tabela 25- Fatores de Risco das DPP

O tipo de parto mais frequente das inquiridas no estudo foi o parto vaginal, embora os dados estatísticos (Pordata 2022) apontem para uma maior percentagem dos partos distócicos realizados em Portugal com 54,3%, para 45,7% de partos eutócicos. Em EC, das mulheres assistidas na SP, 40 tiveram partos eutócicos e 25 distócicos.

A ocorrência mais comum descrita pelas inquiridas no estudo foi a laceração e a IU na gravidez. Relativamente a esta última, o facto de “não incomodar”, não as levava a procurarem ajuda. Foi também isto que percecionei em contexto dos EC, sobretudo, numa fase mais tardia do ciclo de vida da mulher, p.e na consulta de uroginecologia,

quando o problema já estava agravado pelos fatores de risco, pelas comorbilidades e pelo declínio da fertilidade.

Das complicações associadas às DPP, a que foi referida com mais frequência pelas inquiridas no estudo realizado foi a perda involuntária de urina, que identificam como consequência do ato de tossir/espirrar/rir/saltar/fazer esforços e que surgiu na gravidez, pelo que a maioria (78%) recorreu ao fisioterapeuta para resolver o problema. Estas mulheres tinham prática de realizar exercícios do PP, exemplificado como “Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la, sugá-la”. Efetivamente os resultados da SR apontam para o déficit de conhecimentos na área das DPP (Dasikan et, al., 2020), sendo que a IU na gravidez e no pós-parto é entendida como normal e descrita na literatura, associada a sentimentos de vergonha, medo e constrangimento em falar sobre este assunto (Zahang et al., 2021; Dasikan et, al., 2020; Tucker, et al., 2017; Oblasser, Christie & McCourt 2015). Estes autores também acrescentam que as questões da sexualidade, são vistas como um tabu, principalmente para as mulheres de idade mais avançada, associando a IU (vivida em silêncio, pela dúvida, receio e vergonha), ao desconhecimento, fatores que levam a diagnósticos tardios das DPP (Tucker, et al., 2017). A literatura realça o facto de os profissionais de saúde estarem mais focados no tratamento das DPP, do que na prevenção. Só quando o problema está instalado é que a mulher é encaminhada para tratamento. Torna-se fundamental atuar precocemente na promoção da saúde e na prevenção das DPP, a realizar nas consultas pré-concepcionais e consultas pré-parto, as quais são oportunidades para identificar os fatores de risco modificáveis e iniciar medidas preventivas (Dasikan et, al., 2020; Kissler, et. al., 2016). Neste sentido, os profissionais de saúde devem adotar estratégias que maximizem os resultados e minimizem os riscos; intervindo precocemente através dos rastreios e do encaminhando das mulheres, para os programas TMPP, em tempo útil, educando-as sobre as DPP (Woodley & Hay-Smith, 2021; Lawson & Sacks, 2018). São vários os benefícios descritos da realização precoce de exercícios do PP, em associação com a massagem perineal na gravidez, os quais podem contribuir para prevenir o trauma perineal (episiotomias e lacerações), com menos dor perineal no pós-parto (Leon-Larios, et. al., 2017); já que o trauma direto ou indireto nas estruturas do PP e nas vias nervosas após o parto vaginal, impacta negativamente na função do PP, potenciando o desenvolvimento de DPP (Tucker, et al., 2017), pelo que se

torna necessário ter em atenção a saúde sexual da mulher no pós-parto, informar e avaliar sintomas de disfunção sexual, incentivando a adesão aos exercícios dos MPP, uma vez que estes vão promover a oxigenação, o tónus e a elasticidade vaginal, contribuindo para fomentar a libido e melhorar a componente sexual e, por sua vez, melhorar a saúde sexual e a QV (Hadizadeh-Talasaz, Sadeghi & Khadivzadeh, 2019; Tucker, et al., 2017). Outros autores, consideram ainda, que a realização destes exercícios durante a gravidez e em grupo, promovem a adesão, sustentam os efeitos a longo prazo, atuam na educação e promoção da auto-gestão, com melhores resultados (custo/benefício) (Moosdorff-Steinhauser, 2019). Contudo, para prevenir as DPP e reduzir os custos, os profissionais de saúde devem estar capacitados de conhecimentos e habilidades, para poderem instruir as mulheres sobre as DPP e os exercícios a realizar (Woodley & Hay-Smith, 2021; Lawson & Sacks, 2018; Stroeder, et. al., 2017). Devem consciencializar a mulher para a importância do PP, suas funções, a importância da realização dos exercícios dos MPP de forma consciente e coordenada com a respiração, assim como, fomentar um papel ativo destas no seu processo de autocuidado (Navarro-Brazález, et. al., 2021; Łataś-Zagrajek et al., 2019). Também é desejável empoderar estas mulheres, promover o parto fisiológico, rastrear sinais e sintomas de DPP, discernindo o que é fisiológico do que é patológico e investir na prevenção e no desenvolvimento de programas de recuperação pós-parto (Rasteiro, et. al., 2021).

Considerando que a evidencia científica faz alusão aos programas de TMPP, mas não identifiquei nenhum programa na literatura, apenas aspetos dispersos (dando ênfase aos exercícios de kegel e à atividade física aeróbica), ao longo dos EC senti a necessidade de criar um programa de educação para a saúde (Apêndice IV), reunindo um conjunto de práticas sustentadas na evidência, que fomentassem a promoção da saúde do PP feminino e a prevenção das suas disfunções. Assim, o objetivo deste programa é consciencializar a mulher para o PP e eventuais disfunções, sensibilizá-la para os fatores de risco para o seu desenvolvimento e ajudá-la na identificação de estratégias a adotar para a sua prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Mobilizei os princípios éticos e deontológicos inerentes ao Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), ao longo de todo este percurso académico. A minha intervenção pautou-se de empenho, dedicação, inerentes à competência especializada do cuidar, sob o dever de prestar cuidados assentes nos Princípio da Autonomia, da Beneficência/Não-Maleficência, pelo que em todos os contextos da minha prestação de cuidados estabeleci uma parceria de cuidados centrados na mulher/conviventes significativos, inserida na família e na comunidade, no seio de um ambiente terapêutico e seguro, tendo por base uma prática profissional, ética e legal, no respeito pelos direitos humanos da mulher (Regulamento nº 140/2019), assegurando a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral, garantindo a sua privacidade e dignidade nos cuidados, no respeito pelas suas expectativas, capacidades, desejos, sentimentos, crenças e valores, sem exercer juízos de valor, valorizando o seu papel, enquanto pessoa singular e única (OE, 2021; OE, 2001).

O pedido à CE da ESEL sofreu algumas reformulações. Ao longo de todo o processo foram adotadas todas as medidas que garantiram a confidencialidade e o anonimato das inquiridas, através do cumprimento da legislação e vigor, relativa à proteção de dados e da confidencialidade, de acordo com as restrições legais emanadas pelo Tribunal de Justiça da União Europeia (Parecer 05/2014).

A consciencialização das minhas limitações na minha prática especializada foi uma constante. Assumi as minhas responsabilidades, recorrendo a outros profissionais mais capacitados e competentes, para a realização de procedimentos que careciam de grande *expertise*, sempre que estes extrapolavam a minha competência enquanto futura EE ESMO.

Considero ter adotado uma postura ética e profissionalmente responsável, protegendo e respeitando os direitos das mulheres/conviventes significativos, a quem promovi cuidados de qualidade e seguros, no sentido de responder às suas necessidades e desejos, para a transição saudável e vivência positiva da parentalidade/conjugalidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório pretendeu espelhar a aquisição e o desenvolvimento de competências de mestre, comuns e específicas como futura EE ESMO, deixando alguns contributos para a prevenção das DPP das mulheres na gravidez e no pós-parto. Foi suportado pela reflexão crítica e por uma PBE.

Considero que dei cumprimento aos objetivos delineados para este trabalho. Mapear e mobilizar a evidencia científica sobre a temática foi uma constante, tomando forma ainda no 1º ano letivo, em contexto da UC “projeto de estágio”, quando se formalizou a temática a investigar. O desenvolvimento de competências científicas e técnicas, estiveram subjacentes ao longo dos 2 anos letivos. Nos EC interagi com a equipa multidisciplinar, discuti a temática junto de peritos, assisti a formações em serviço e realizei ações de formação nos vários contextos clínicos, permitindo-me intervir na prevenção das DPP das mulheres nas várias etapas do seu ciclo de vida. Identifiquei, através do estudo realizado, a literacia em saúde das mulheres sobre as DPP e compreendi como esta pode contribuir para a prevenção das DPP. Os resultados deste estudo e a experiência clínica desenvolvida permitem avançar que a literacia em saúde sobre as DPP, parece ser influenciada pelo grau académico e pelo nível socioeconómico, não sendo alheias as questões relacionadas com as barreiras culturais.

Reconheço que prestei cuidados humanizados, alicerçados numa relação terapêutica, tendo desempenhado um papel promotor e facilitador no âmbito da educação para a saúde da mulher/conviventes significativos, perspetivando o bem-estar materno-fetal e a prevenção de complicações, nomeadamente as relacionadas com as DPP, tendo apostado na sua prevenção. Fomentei as competências para o exercício da maternidade e parentalidade saudáveis. Contribuí para a capacitação da mulher, para a gestão do seu autocuidado e do seu processo de saúde/doença, procurando sempre intervir com foco na prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as suas necessidades. Reconheço algumas limitações relacionadas com as barreiras linguísticas e culturais da população migrante, as quais devem ser ultrapassadas por via da formação dos novos profissionais e de maior aposta de todos em cuidados culturalmente sensíveis.

Como contributos para a prática, contactou-se na prática clínica e na evidência, que o diagnóstico e o tratamento tardio da IU e de outras DPP, estão fortemente associados à vergonha e à falta de conhecimento das mulheres sobre as DPP, motivada pela precária educação para a saúde no período pré-parto e ao facto de os sintomas urogenitais serem aceites como consequência natural do parto e/ou envelhecimento. Face a este achado, urge adotar estratégias preventivas, através do rastreio e da triagem das DPP nas consultas de PF e de saúde materna, a todas as mulheres em idade fértil, fomentando a literacia em saúde sobre o PP e suas disfunções. Também capacitando-as, no período preconcepcional e durante a gravidez, de forma a identificar os fatores de risco associados e a promover uma comunicação terapêutica eficaz, para que estas verbalizem e seja encaminhadas, o mais precocemente possível, para programas de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico.

A evidência demonstra e as práticas clínicas assim o reconhecem, que existe espaço para o EE ESMO trabalhar em parceria com os demais profissionais de saúde no desenvolvimento e na adoção de estratégias, que promovam a capacitação das mulheres, para a prevenção das DPP, ao longo do seu ciclo vital e, mais concretamente, no período pré-concepcional, gravidez e pós-parto.

Estou ciente de ter conseguido desenvolver os objetivos a que me propus, e o presente trabalho espelha esse trajeto trilhado com resiliência, esforço e dedicação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2020). Manual de Oncologia da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO). Abordagem e tratamento do cancro da mama. Capítulo I. https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). (2017). Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- Afonso, A., Nunes, C. (2019). Probabilidades e Estatística - Aplicações e Soluções em SPSS. Évora: Universidade de Évora. ISBN: 978972778123-2. <http://hdl.handle.net/10174/25959>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee opinion number 804. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committeeopinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009). Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.* Aug;114(2 Pt 1):386-397. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>
- American Psychological Association (APA) (2020). Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. Sétima edição. Bibliotecas da Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt/file/62230>
- Aran, T., Pekgöz, I., Bozkaya, H., & Osmanagaoglu, M. A. (2018). Association between preterm labour and pelvic floor muscle function. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 38(8), 1060–1064. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1446922>
- Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128615/>

- Associação para o Planeamento da Família (APF). (Sem Data). Educação sexual. <http://www.apf.pt/educacao-sexual>
- Ayres-de-Campos, D.; Spong C.; Chandrachan, E. (2015). FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131(1), pp.13-24 <https://europerinatal.eu/files/FIGO%20guidelines%20-%20Cardiotocography%20IJO2105.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Edições Quarteto.
- Bombas, T., Branco, M., Franco, S., Gomes, P., Galhano, E., Fonseca, E., Ramalho, C., Pacheco, A., Alves, MJ., Carvalho, R., Centeno, M., Araújo, C., Mártires, E., Clode, N., Almeida, MC., Moura, P. (2017). Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal. *Guidelines/Normas de Orientação Clínica. Acta Obstet Ginecol Port* 2017;11(2):132-143. <http://www.spdc.pt/spdc2017/images/13-guidelines.pdf>
- Borges, A. (2018). "Olá, bebé!" Do fantasmático ao imaginário e ao real. O portal dos psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0449.pdf>
- Candoso, B., Guerra, A., Henriques, A., Martins, A., Bello, A., Ribeirinho, A.L., Pereira, A.P., Tropa, A., Branco, A., Santiago, A., Abreu, C., Calado, E., Ramos, F., Falcão, F., Gomes, G., Pereira, I., Duarte, I., Ferreira, I., Grilo, I., ... Fan, Y. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia - Secção Portuguesa de Uroginecologia 2ª edição. <https://www.researchgate.net/publication/350689450> Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021 Seccao Portuguesa de Uroginecologia 2 edicao
- Charrié, M., & Billecocq, S. (2021). Troubles pelvipérinéaux de la période périnatale: état des connaissances des femmes, une revue systématique [Knowledge of pelvic floor disorders in peripartum women: A systematic review]. *Progres en urologie: journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 31(4), 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.10.009>

- Chia, Chang Yin, Falcão, Mário Cícero. (2009). Peculiaridades da circulação mesentérica em recém-nascidos e suas implicações em doenças gastrintestinais do período neonatal: [revisão]. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000200014>
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (PMA). (sem data). <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/tecnicas-de-pma.aspx>
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J. (Eds.) (2021). Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências (Cap. 8, pp. 135-150) in Rasteiro, R., Coutinho, E., Dias, H., & Santos, M. J. Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: uma revisão integrativa da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- Dasikan, Z., Ozturk, R., & Ozturk, A. (2020). Pelvic floor dysfunction symptoms and risk factors at the first year of postpartum women: a cross-sectional study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 56(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1749099>
- Decreto Lei n.º 65/2018. Capítulo III: Mestrado. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1ª série (n.º 157 de 16 de agosto de 2018), pp. 4162-4165
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (2014). Implementação da atividade do enfermeiro de família. *Diário da República*. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Dias, SF; Rocha, CF; Horta, R. (2009). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras. *Observatório da Imigração*. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01922_OI_32.pdf
- Díaz-Álvarez, L., Lorenzo-Gallego, L., Romay-Barrero, H., Prieto-Gómez, V., Torres-Lacomba, M., & Navarro-Brazález, B. (2022). Does the Contractile Capability of Pelvic Floor Muscles Improve with Knowledge Acquisition and Verbal Instructions in Healthy Women? A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9308. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159308>

- Diógens, M., Linard, A., Teixeira, C. (2010). Comunicação, Acolhimento e Educação em Saúde na Consulta de Enfermagem em Ginecologia. Rev Rene [en línea]. 2010, 11(4), 38-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972004>
- Direção Geral da saúde (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2022). Acesso a Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida – Regime excecional para acesso a técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde, nos casos de preservação do potencial reprodutivo por doença grave. Circular Normativa Conjunta N.4/2022/ ACSS/DGS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Normativa-4-2022-Acesso-a-Tratamentos-de-Procria%C3%A7%C3%A3o-Medic_DO_.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS). Barrigas e rebentos. <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionais-e-psicologicas/>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2021). Mutilação Genital Feminina. Orientação nº 008/2021 de 30/06/2021. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Orientacao-da-Direcao-Geral-da-Saude-sobre-MGF.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Norma 018/2020. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco – novembro 2015. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Trabalho de parto estacionário. Orientação 001/2015 de 19/01/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos_0_a_28_dias.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação 014/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (DGS). (2006). Circular Normativa nº 02/DSMIA. Prestação de Cuidados Pré-concepcionais. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). (2022). Guia orientador de estágio com relatório – 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) 2022/2023
- Fatela, A.; Neves, AR.; Couto, D.; Arteiro, D.; Águas, F.; Geraldês, F.; Ramilo, I.; Carvalho, MJ.; Caramelo, O.; Gonçalves, S.; Ramos, V. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Faria, C., Sancho, M., Lopes, A. (2022). Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos 40 anos de idade. Dissertação final do curso de mestrado em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão. <http://hdl.handle.net/10400.26/39707>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 208-220). Edições Lidel.

- Flora, MC; Rodrigues, RFF & Paiva, HMC GC. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(10), 125-134. <https://doi.org/10.12707/RIII1229>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata.
- Freitas, A., Cruz, J.P. (2020). *Bioestatística – Síntese Teórica e Exercícios*. Edições Sílabo.
- Godinho, Natércia. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 7ª Edição da American Psychological Association (APA). https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5ª ed.). Lidel
- Graça, A.; Pinto, F.; Vilan, A.; Dinis, A.; Sampaio, I.; Matos, C.; Rodrigues, M.; Neves, F. (2016). Hipotermia Induzida No Tratamento Da Encefalopatia Hipoxico-Isquémica Neonatal. Consenso Nacional da Sociedade Portuguesa De Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf>
- Hage-Fransen, M., Wiezer, M., Otto, A., Wieffer-Platvoet, M. S., Slotman, M. H., Nijhuis-van der Sanden, M., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2021). Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(3), 373–382. <https://doi.org/10.1111/aogs.14027>
- Hallock, J. L., & Handa, V. L. (2016). The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 43(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.10.008>
- Hyakutake et al., (2018), M. T., Han, V., Baerg, L., Koenig, N. A., Cundiff, G. W., Lee, T., & Geoffrion, R. (2018). Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The PREPARED Randomized Controlled Trial. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 40(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.022>

- Hoeman, Shirley P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Lusodidacta
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2003-2007). Programa Nacional de Rastreio Neonatal. Porto. <http://www.diagnosticoprecoce.org/index.htm> e http://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Testes_Pezinho_PT_3C.pdf
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for midwifery practice. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- Jeffcoat H. (2009). Postpartum Recovery After Vaginal Birth: The First 6 Weeks. *International Journal of Childbirth Education* | Volume 24 Number 3.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis: 2020 Edition. Austrália: jbi.global, <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K. Å., Lukasse, M., Mørkved, S., & Stafne, S. N. (2021). Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(2), 294– 301. <https://doi.org/10.1111/aogs.14010>
- Kahyaoglu Sut, H., & Balkanli Kaplan, P. (2016). Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourology and urodynamics*, 35(3), 417–422. <https://doi.org/10.1002/nau.22728>
- Kissler, K.; Yount, S.; Rendeiro, M.; Zeidenstein, L. (2016). Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Volume61, Issue4, Pages 507-511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12420>
- Lack, Bernadete (2019). Core and floor restore...Australian College of Midwives National Conference, 17-19 September 2019, National Convention Centre Canberra, Canberra, Australia. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.252>

- Lawson, S., Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *Journal of midwifery & women's health*, 63(4), 410–417. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12736>
- Leeman, L.; Rogers, R.; Borders, N.; Teaf, D.; Qualls, C. (2017). The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. <https://doi.org/10.1111/birt.12258>
- Lei n.º 16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República*, 1ª série (n.º 75 de 17 de abril de 2007).
- Leon-Larios, F.; Corrales-Gutierrez I.; Casado-Mejía, R.; Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial, *Midwifery*, Volume 50, Pages 72-77, ISSN 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613817302267>
- Lima, J., Domingues, AP., Amaral, AC., Borges, A., Silva, CN, Serrano, F., Marques, I., Pinto, L., Guimarães, M. (2022). Prevenção do Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto: Norma de Orientação Clínica. Normas de Orientação Clínica da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Tromboembolismo-Venoso-na-Gravidez-Parto-e-P%C3%B3s-Parto.pdf
- Lopes, J.C. (2022). Ordem dos Enfermeiros Açores. A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados de saúde. *Açoriano Oriental*, 27 de março de 2022. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25776/ao_mar22.pdf
- Lowdermilk D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*, 7ª edição, Lusodidacta.
- Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

- Machado, A.P.; Castro, T.; Tavares, S.; Afonso, M.; Ferreira, I.; Santo, S. (2015). Normas de Orientação Clínica: Maturação Cervical. Sociedade Portuguesa Obstetrícia Medicina Materno Fetal (SPOMMF). <https://www.spommf.pt/norma-de-orientacao-clinica-spommf-maturacao-cervical/>
- Martins, AA & Silva SP. (2016). Primeiros Cuidados ao Bebê Guia Prático. Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano. https://www.ulsm.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf
- Medical subject headings - MeSH Browser. (2021). National Library of Medicine. <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- Mesquita, A.; Carvalho, E. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5WwTvQ5q7F6qvhBrDMLWBcG/?format=pdf&lan>
- Monte, LFV; Filho, LVFS; Miyoshi, MH; Rozov, T. (2005). Displasia broncopulmonar. J. Pediatr. (Rio J.) 81 (2). <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000300004>
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Ayres de Campos, D. (2014). Protocolos de Medicina Materno-Fetal. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Bols, E. M. J., Spaanderman, M. E. A., Dirksen, C. D., Weemhoff, M., Nieman, F. H. M., & Berghmans, B. (2019). Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials. *Trials*, 20(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3331-6>
- Moutinho, J. M. (2009). *Capítulo 41. Colposcopia*. Manual de Ginecologia - Volume II. http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_41.pdf
- Muller, JB., Castaing, V., Denizot, S., Caillaux, G., Frondas, A., Simon, L., Roze, JC., Flamant, C. (2014). Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie, Motricité Cérébrale: Réadaptation,

Neurologie du Développement, Volume 35, Issue 1, Pages 41-43,
<https://doi.org/10.1016/j.motcer.2014.01.001>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline (NG210).
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline (NG213).
www.nice.org.uk/guidance/ng213

Navarro-Brazález, B., Vergara-Pérez, F., Prieto-Gómez, V., Sánchez-Sánchez, B., YusteSánchez, M. J., & Torres-Lacomba, M. (2021). What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), 1368.
<https://doi.org/10.3390/jpm11121368>

Néné M., Sequeira, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Edições Lidel.

Oblasser, C.; Christie, J.; McCourt C. (2015). Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol. *Vol 71, Issue 4, Pages 933-941*.
<https://doi.org/10.1111/jan.12566>

Oliveira, Catarina (2022). Observatório das Migrações. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 7).
<https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual+-+Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2022.pdf/eccd6a1b-5860-4ac4-b0ad-a391e69c3bed>

Oliveira JV; Caroci SMS; Mendes APB; Oliveira EGO; Francine PS. (2018). (2018). Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. *Enfermería Global*, 17(51), 26-67. Epub 01 de abril de 2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP). (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE. Série 1. Número 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidapositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Livro de Bolso, Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (2012 / 2015). Recomendações para a preparação para o nascimento. Recomendação N.º 2 / 2012. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos da OE, Série I, Nº 6. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Orem DE. (2006). *Nursing: Concepts of Practice*. 8ª ed.: Mosby

Oblasser, C.; Christie, J.; McCourt C. (2015). Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol. Vol 71, Issue 4, Pages 933-941. <https://doi.org/10.1111/jan.12566>

O'Reilly, B., Bottomley, C., Rymer, J. (2008). Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia. Lusodidacta.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1425672/retrieve>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272604>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204270/WHO-RHR-15.22-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015). Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Segunda edição. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;sequence=7

Pacheco, A.; Costa AR; Lanhoso, A; Santos, ATA; Rodrigues, C.; Rebelo C.; Capela, E.; Águas, F.; Geraldés, F.; Solheiro, H.; Martins, I.; Silva, IS; Neves, J.; Marques, JP.; Palma, F.;

Sousa, F.; Gomes, G.; Almeida, MC.; Carvalho, (...) e Ferraz, T. (2020). Consenso sobre contraceção. Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf

Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, MayoWilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, McKenzie JE. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n160. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160>

Paixão M.; Silva, AC; Martingo, C. (2019). Mutilação-Genital-Feminina-Manual-de-Orientação-para-as-Escolas. ACES Amadora. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Mutila%C3%A7%C3%A3o-Genital-Feminina-Manual-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-as-Escolas-003.pdf>

Parecer 60/2015. (2015). Intervenção na reabilitação do pavimento pélvico. MCEESMO – Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_60_2015_08_09_2015_MCEESMO_Intervencao_na_reabilitacao_do_pavimento_pelvico.pdf

Parecer N.º 5/2014. (2014). Grupo de trabalho de proteção de dados do Artigo 29.º. Anonimização e tratamento dados. Instituído pela Diretiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995. https://ec.europa.eu/justice/article-29/documentation/opinion-recommendation/files/2014/wp216_pt.pdf

Parecer N.º 141/2009. (2009). Conselho de Enfermagem. Execução de citologia cervical. Alterações do Parecer 12 / 2008 / CEESMO. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%C3%A7%C3%A3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf

- Pinto, ACP, Neves da Mota, LA (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. RevSALUS Vol. 5: N°1. Doi: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pordata. (2022). Partos nos hospitais: total e por tipo. Base de Dados Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>
- Ramalho, C. (2014). Interrupção Médica da Gravidez por causa Fetal. In Montenegro, N.; Rodrigues, T; Ramalho, C.; Ayres de Campos, D. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Edição Lidel.
- Rasteiro, R., Coutinho, E., Dias, H., & Santos, M. J. (2021). Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: uma revisão integrativa da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série (Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019), pp. 4744- 4750. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2ª série (Nº 85 de 3 de maio de 2019), pp. 13560-13565. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 181/2021 (2021). Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Diário da República, 2ª série (Nº 181 de 16 de setembro de 2021), pp. 138-149.
- Rocha, M., Linard A., Santos, L., Sousa, L., (2018) Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: perceções de mulheres da Estratégia Saúde da Família Embracement in gynecological nursing consultation: women's perceptions of the Family Health Strategy. Revista Rene. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193341>
- Ryan, K. (sem data). Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI - 20). Physiopedia. [https://www.physiopedia.com/Pelvic_Floor_Distress_Inventory_\(PFDI_-_20\)](https://www.physiopedia.com/Pelvic_Floor_Distress_Inventory_(PFDI_-_20))

- Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2011). Anatomia e Fisiologia. 8a ed. Lusociência
- Sequeira, A.; Pousa, O.; Amaral, F.C. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição Lidl – Edições Técnicas.
- Sequeira, A.; Sobral, MF.; Prata, AP.; Correia, TI.; Monteiro, MJ.; Henriques, CMG. (2020). Rotura artificial de membranas (amniotomia), In Sequeira, A.; Pousa, O.; Amaral, F.C. Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição Lidl – Edições Técnicas.
- Sobhgol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., & Dahlen, H. G. (2019). Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3226-6>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia – Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2016). Consenso Clínico “Hipoglicemia neonatal”. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014) - *Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Sociedade Portuguesa Neonatologia (SPN). (2014). Consenso Clínico - Procedimento no recém-nascido com risco infeccioso. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Risco_infeccioso.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2014). Consenso Clínico “Atuação no Micronato”. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (Sem Data). Desenvolvimento do prematuro - Sinais de alarme. <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>

Sociedade Portuguesa Neonatologia (SPN, 2014). Consenso Clínico “Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido”. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-D_Hemolitica.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2016). Consenso Clínico “Hipoglicemia neonatal”. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G., Ellström-Engh, M., & Bø, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British journal of sports medicine*, 50(17), 1092–1096. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065>

Stær-Jensen, J., Siafarikas, F., Hilde, G., Benth, J. Š., Bø, K., & Engh, M. E. (2015). Postpartum recovery of levator hiatus and bladder neck mobility in relation to pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 125(3), 531–539. Consultado 3 julho 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000645>

Stroeder, R., Radosa, J., Clemens, L., Gerlinger, C., Schmidt, G., Sklavounos, P., Takacs, Z., Meyberg-Solomayer, G., Solomayer, EF, & Hamza, A. (2021). Urogynecology in obstetrics: impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor disorders, a prospective longitudinal observational pilot study. *Gynecology and Obstetrics Archives*, 304 (2), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06022-w>

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. (5ª Ed.). Lusodidacta.

Łataś-Zagrajek, K., Starzec, M., Sierdziński, J., & Szymański, J. (2019). Ability to activate pelvic floor muscles among women during the early postpartum period - initial findings. *Medical Rehabilitation / Rehabilitacja Medyczna*, 23(1), 23–28. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.1409>

- Tomey, A M., Alligood, M R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. *Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência.
- Tucker, J., Grzeskowiak, L., Murphy, E. M. A., Wilson, A., & Clifton, V. L. (2017). Do women of reproductive age presenting with pelvic floor dysfunction have undisclosed anal incontinence: A retrospective cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.001>.
- Whaley & Wong (1999) *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Guanabara Koogan
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Woodley, S. J., & Hay-Smith, E. J. C. (2021). Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. *International Urogynecology Journal*, 32(7), 1977–1988. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04804-z>
- World Health Organization (WHO). (2022). Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). Nurturing care for every newborn: thematic brief. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345297>.
- World Health Organization (WHO). (2018) WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization (WHO). (2017). Joint Statement - WHO International Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes.

https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Joint-Statement_PTB_Feb-2017_Portuguese.pdf

World Health Organization (WHO) (2015). Sexual health, human rights and the law.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf

Zhang, S., Yuan, L., Zhou, L., Lei, X., & Zhu, L. (2021). Design of Exercise Nursing Program for Pelvic Floor Muscle Function Recovery at 42 Days Postpartum. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2021, 1714610.

<https://doi.org/10.1155/2021/1714610>

Zuchelo, L.; Bezerra, I.; Da Silva, A.; Gomes, J. M.; Soares Júnior, J. M.; Chada Baracat, E.; de Abreu, L. C.; Sorpreso, I. (2018). Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review. *International journal of women's health*, 10, 409–424. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S164266>

ANEXOS

ANEXO I- Questionário

Questionário sobre Disfunções do Pavimento Pélvico

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Carla Sofia Cunha Fernandes
enfermeira, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Esta formação
contempla no seu plano de estudos a elaboração de um projeto de cariz investigativo.

Propus-me a estudar o Tema: "Disfunções do Pavimento Pélvico:
Contributos da Enfermagem Obstétrica".

Para a elaboração deste projeto optei por realizar um estudo de natureza
quantitativa, utilizando o questionário como método de recolha de dados, tendo
como objetivos:

- Identificar a literacia em
saúde das mulheres grávidas e até 12 meses após o parto, sobre as DPP;
- Desenvolver estratégias que
promovam a capacitação das mulheres, para a prevenção das DPP, durante a
gravidez e até 12 meses após o parto.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração, para o preenchimento de um
questionário que demorará cerca de 10 minutos, o qual poderá ser respondido on-line via google forms. Os dados fornecidos serão anónimos e
confidenciais e utilizados apenas para o presente estudo.

A sua participação será voluntária, pelo que tem a garantia da inteira liberdade para aceitar, recusar participar, retirar/anular a decisão de participar,
sem necessidade de
justificação e com efeitos imediatos.

Para qualquer assunto relacionado com o
presente questionário, deverá contactar para o seguinte endereço de
email: csfernandes@campus.esel.pt

Muito obrigada pela sua colaboração

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Email *

2. Fui informada dos objetivos do estudo e concordo que os dados sejam utilizados para fins académicos. *

Marcar apenas uma oval.

Autorizo

Não Autorizo *Avançar para a secção 23 (Agradecimento)*

Autorizo

Questionário autorizado, disponível em: Faria, C., Sancho, M., Lopes, A. (2022). Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos 40 anos de idade. Dissertação final do curso de mestrado em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão. <http://hdl.handle.net/10400.26/39707m> título

3. Em que ano nasceu? *

4. Qual é o seu distrito de residência? *

5. Qual é a sua altura? (cm) *

6. Qual é o seu peso atual? (kg) *

7. Quais as suas habilitações académicas? *

Marcar apenas uma oval.

- Ensino básico
- Ensino secundário
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

8. Qual é a sua profissão? *

9. Habitualmente mais de 50% do seu dia é passado *

Marcar apenas uma oval.

- Em pé
- Sentado
- Em movimento

10. Pratica algum desporto federado/competição? (ex: atletismo, basquetebol, voleibol)? *

Marcar apenas uma oval.

- Não *Avançar para a pergunta 12*
 Sim *Avançar para a pergunta 11*

Pratica desporto federado/competição

11. Qual o desporto federado/competição e qual a duração e frequência semanal do(s) treino(s)?(ex: voleibol, 2 horas, 4 vezes por semana)

Avançar para a pergunta 12

Exercício/atividade física

12. Pratica algum exercício/atividade física (ex: caminhada, pilates, crossfit)? *

Marcar apenas uma oval.

- Não *Avançar para a pergunta 14*
 Sim

Pratica algum exercício/atividade física

13. Qual o exercício/atividade física e com que frequência pratica? (ex: caminhada 3 vezes por semana e pilates 2 vezes por semana)

Condições de Saúde 1

14. Tem alguma destas condições de saúde? (escolha a opção/opções que se aplicam a si) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Depressão
- Asma/Bronquite
- Obstipação (prisão de ventre)
- Tosse persistente
- Não tenho nenhuma das condições descritas

15. Já alguma vez esteve grávida? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 21*
- Estou grávida pela primeira vez neste momento *Avançar para a pergunta 21*

Gravidez

16. Teve algum parto por via vaginal? *

Marcar apenas uma oval.

- Não *Avançar para a pergunta 19*
- Sim

Parto por via vaginal 1

17. Quantos? *

Parto por via vaginal 2

18. Durante o parto por via vaginal foi submetida a alguma das seguintes intervenções? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Fórceps
- Ventosa
- Episiotomia (corte)
- Laceração (rasgadura)
- Não fui submetida a nenhuma das intervenções mencionadas

Parto por cesariana

19. Teve algum parto por cesariana? *

Marcar apenas uma oval.

Não *Avançar para a pergunta 21*

Sim

Parto por cesariana

20. Quantos?

Condições de Saúde 2

21. Já foi submetida a alguma cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico? (ex: tratamento da incontinência urinária, remoção do útero/ovários, radioterapia pélvica, apendicectomia, operação aos intestinos, etc) *

Marcar apenas uma oval.

Não *Avançar para a pergunta 23*

Sim

Cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico

22. Indique qual/quais (ex: remoção do útero por via vaginal)

Condições de Saúde 3

23. Se teve/tem alguma das seguintes situações, o que a(s) desencadeou/desencadeia? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si) *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Nunca passei por esta situação	Tossir/Espirrar/Rir/Saltar/A fazer esforços	Nas relações sexuais	Associado a uma vontade súbita de urinar/defecar	Espontaneamente, sem me aperceber
Perda involuntária de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de ar pela vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de peso/"bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor na região da					
vagina,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vagina e/ou					
vagina,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vagina e/ou					
ânus					

24. Quando, e em que fase da sua vida, é que as seguintes situações se tomaram um problema? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si) *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Nunca foi um problema	Gravidez	Pós-parto	Menopausa	Com a prática de exercício	Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	Sem relação com nenhuma das situações referidas
Perda involuntária de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de ar pela vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de peso/"bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doer na região da vagina, vulva e/ou ânus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de que não urinou tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de que não evacuou (defecou) tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de fazer força para urinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de fazer força para evacuar (defecar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Se tem ou já teve alguma das situações descritas na pergunta anterior, procurou tratamento ou falou com alguém para pedir ajuda? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Nunca tive nenhuma das situações descritas *Avançar para a pergunta 28*
- Sim *Avançar para a pergunta 28*

Não procurou tratamento ou não falou com alguém para pedir ajuda

26. Se não falou com ninguém, por que razão não o fez? (selecione a opção que melhor se aplica a si)

Marcar apenas uma oval.

- Os sintomas não me incomodavam *Avançar para a pergunta 28*
- Por vergonha *Avançar para a pergunta 28*
- Considero que seja uma condição normal da vida da mulher *Avançar para a pergunta 28*
- Não sei com quem (profissional/especialista) falar *Avançar para a pergunta 28*
- Outro

Especificação de Outro

27. Especifique a outra razão porque não falou com ninguém

Condições de Saúde 4

28. Na sua opinião quais são as opções de tratamento para as seguintes situações (pode selecionar mais do que uma opção para cada situação) *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Cirurgia	Medicação	Fisioterapia	Aulas de Pilates/Yoga	Não sei
Perda involuntária de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda involuntária de gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de ar pela vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de peso/"bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor na região da vagina, vulva e ânus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de que não urinou tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de que não evacuou (defecou) tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de fazer força para urinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de fazer força para evacuar (defecar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Já ouviu falar em pavimento pélvico (conjunto de músculos e ligamentos que envolvem os órgãos genitais, ânus e reto)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

30. Alguma vez recebeu/procurou informação sobre o pavimento pélvico? *

Marcar apenas uma oval.

Não *Avançar para a pergunta 32*

Sim

Informação sobre o pavimento pélvico

31. Quem lhe deu/onde procurou essa informação? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

Marcar tudo o que for aplicável.

Ginecologista

Urologista

Enfermeiro

Médico de família

Fisioterapeuta

Amigos

Internet

Livros

Escola

Professor de Yoga

Professor de Pilates

Instrutor de exercício

Outro

Condições de Saúde 5

32. Na sua opinião, para que servem os músculos do pavimento pélvico? (selecione a/as opção/opções que achar corretas) *

Marcar tudo o que for aplicável.

Suporte da bexiga, útero e reto

Mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias

Contribuem para o prazer na relação sexual

Não sei qual é a função dos músculos do pavimento pélvico

33. Realiza/já realizou exercícios para o pavimento pélvico? *

Marcar apenas uma oval.

Não *Avançar para a pergunta 38*

Sim

Exercícios para o pavimento pélvico

34. Diga por que realizou/realiza esses exercícios

Marcar tudo o que for aplicável.

- Por estar grávida
- Após o parto
- Para ter mais prazer durante as relações sexuais
- Após entrar na menopausa
- Para tratar alguma disfunção do pavimento pélvico (incontinência urinária, fecal, etc)
- Outro

35. Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico?
(selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Encolher a barriga
- Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la, sugá-la
- Apertar o ânus e depois relaxar
- Contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico durante a atividade sexual
- Contrair os músculos do pavimento pélvico quando faz exercício/atividade física
- Parar o fluxo de urina quando está a urinar
- Treinar com um aparelho de biofeedback
- Outro

36. Alguma vez lhe avaliaram os músculos do pavimento pélvico, por palpação vaginal/anal?

Marcar apenas uma oval.

- Não *Avançar para a pergunta 38*
- Sim

Profissional que avaliou músculos de pavimento pélvico

37. Por que profissional foi avaliado?

Condições de Saúde 6

38. Acha que é importante treinar os músculos do pavimento pélvico? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Moderadamente importante
- Pouco importante
- Não é importante
- Nunca pensei sobre o assunto

Agradecimento

Muito obrigada por ter disponibilizado o seu tempo para participar neste estudo.
Sem a sua colaboração a realização desta investigação não seria possível.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

CONSENTIMENTO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO

Eu, Mestre Carla Filipa de Sá Faria, autorizo Carla Sofia da Cunha Fernandes, mestranda do 13º Curso de Mestrado de Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica, a utilizar o questionário, disponível em "Faria, C., Sancho, M., Lopes, A. (2022). Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos 40 anos de idade. Dissertação final do curso de mestrado em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão. <http://hdl.handle.net/10400.26/39707>", no seu projeto de estágio, intitulado com o tema "Disfunções do pavimento pélvico: contributos da enfermagem obstétrica", comprometendo-se a citar o meu estudo, a fornecer-me os resultados obtidos, bem como a enviar-me o seu trabalho, quando for publicado e dos eventuais artigos associados, que venham a ser publicados.

Porto, 16 de Outubro de 2022

Assinado por : **Carla Filipa de Sá Faria**
Num. de Identificação: 14167400
Data: 2022.10.16 13:45:23 +0100



Carla Sá Faria

CONSENTIMENTO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO

Eu, Maria João Ferreira Miranda, autorizo Carla Sofia da Cunha Fernandes, mestranda do 13º Curso de Mestrado de Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia, a utilizar o questionário “Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos 75 anos de idade”, no seu projeto de estágio, intitulado com o tema “Disfunções do pavimento pélvico: contributos da enfermagem obstétrica”.

Coimbra, 04 de Julho de 2023

Assinado por: **Maria João Ferreira Miranda**
Num. de Identificação: 14859796
Data: 2023.07.04 12:06:21 +0100



Mª João Miranda

ANEXO II - Documento da Comissão de Ética

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo Nº: 6767/2022

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 04 de julho de 2023, resposta ao parecer enviado por este CE, da **Mestranda Carla Sofia Cunha Fernandes, 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**, para apreciação da reformulação do projeto: "Distúrbios pavimento pélvico, no pós-parto: contributos da enfermagem obstétrica", orientado pela Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira.

O processo contém os seguintes documentos, por ordem cronológica:

24.10.2022	1) Carta dirigida ao Presidente da ESEL; 2) Formulário para submissão de projeto de investigação à CE da ESEL; 3) Questionário para aplicar aos participantes; 4) Consentimento Informado 5) Autorização para utilização de instrumento
08.11.2022	Pedido da nota biográfica
08.11.2022	6) Nota biográfica.
04.01.2023	Enviado parecer condicionado
26.01.2023	7) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL alterado;
15.03.2023	Enviado parecer condicionado
31.03.2023	8) Formulário para a submissão do projeto reformulado; 9) Consentimento informado das participantes, para obter endereço eletrónico reformulado; 10) Consentimento informado das participantes, para realizar o questionário reformulado.
19.04.2023	11) Carta dirigida ao Presidente da ESEL (reformulação); 12) Formulário para a submissão do projeto (reformulação); 13) Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados; 14) Consentimento para utilizar questionário; 15) Consentimento Informado.
31.05.2023	Enviado parecer condicionado
04.07.2023	16) Carta de resposta ao CE; 17) Formulário para a submissão do projeto (reformulação); 18) Declaração da investigadora e respetiva assinatura; 19) Consentimento informado para as participantes no estudo; 20) Autorização da segunda autora para a utilização do questionário.

Da apreciação dos factos:

1

O Conselho de Ética da ESEL, reunido a 20 de julho de 2023, apreciou o pedido e, tendo analisado os documentos entregues, considera que a proponente clarificou as dúvidas levantadas na análise do seu pedido a este conselho.

Decisão da CE:

Pelo exposto, ouvido o relator e o plenário, em reunião do dia 20 de julho de 2023, o CE-ESEL deliberou a emissão de **parecer favorável**.

No dia 20 de julho de 2023, este parecer foi aprovado, por unanimidade, pelos membros presentes: Prof.ª Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Prof.ª Doutora Joana Catarina Cruz Mendes Branquinho, Prof.ª Doutora Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier e Prof.ª Doutora Soraya Nour Sckell.

Lisboa, 20 de julho de 2023

Pelo Conselho de Ética



A Vice-Presidente
Maria Leonor Xavier

2

ANEXO III - Síntese de registo de atividades práticas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

- | | |
|--|-----|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | 299 |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| • Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | 307 |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. | |
| • Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | 40 |
| • Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | 0 |
| • Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | 0 |
| • Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | 0 |
| • Episiotomia/Episiotomy | 0 |
| • Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy | 24 |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| • Gravidez/Pregnancy (40) | 101 |
| • Trabalho de parto/Labor | 96 |
| • Puerpério/Puerperium | 61 |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | 102 |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) | 102 |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care | 10 |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | 24 |

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/Supervision and care to the woman in the area of sexual health

- | | |
|---|---|
| • Colocação de DIU/IUD insertion practice | 1 |
| • Colocação de implantes/Implants insertion practice | 1 |
| • Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology | 8 |

10. Prática Simulada/Simulated practice

- | | |
|---|-----|
| • Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery | sim |
| • Prática em partos de apresentação pélvica/Practice in breech presentation deliveries | sim |
| • Prática de episiotomia e iniciação à sutura/Practice on episiotomy and initiation to the suture technique | sim |
| • Prática na colocação de DIU/IUD insertion practice | sim |
| • Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice | sim |
| • Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology | sim |

Lisboa, 01/09/2023

Assinado por: **Carla Sofia da Cunha Fernandes**
 Estudante/Student
 Num. de Identificação: 11595050
 Data: 2024.04.02 16:46:31+01'00'

Docente/Teacher

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Assinado por: **Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**
 Num. de Identificação: 06055863
 Data: 2024.04.09 16:06:14+01'00'

Assinado por: **Maria Anabela Ferreira dos Santos**
 Num. de Identificação: 05069744
 Data: 2024.04.10 14:20:53+01'00'



APÊNDICES

APÊNDICE I - Tabelas de extração de resultados

Tabela de Extração dos artigos CINAHL

Identificação do estudo 1	Título	Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions
	Autor (s)	Kissler, K.; Yount, S.; Rendeiro, M.; Zeidenstein, L.
	Ano	2016
	País	-
Objetivos	Este relato de caso pretende descrever os vários fatores de risco comuns para IUE e as oportunidades perdidas para a prevenção primária da incontinência urinária pós-parto.	
População	Gestante com IO: 2002, de 36 anos, IMC: 30, apresentando relato de incontinência urinária às 12 semanas pós-parto. 2 a 3 episódios de incontinência diária e 2 episódios de nictúria	
Tipo de estudo	Estudo de caso	
Metodologia	A gestante foi avaliada por uma parteira que prescreveu um plano de exercícios kegel e a utilização do pressário. Os exercícios foram realizados recorrendo à fisioterapia. Após o plano de exercícios foi posteriormente avaliado em contexto de consulta às 6 semanas após o parto.	
Resultados		
A realização de exercícios de kegel e a utilização do pressário contribuíram para uma redução significativa dos episódios de incontinência, melhoria no enfrentamento da maternidade e melhoria moderada no relacionamento sexual com o marido. Consultas de saúde da mulher, consultas pré-concepcionais e consultas pré-parto são oportunidades para identificar fatores de risco modificáveis para incontinência urinária e iniciar medidas primárias preventivas.		
Contributos para a SR		
Os profissionais de saúde da mulher devem estar atentos aos fatores de risco e às estratégias de prevenção primária para a incontinência urinária de esforço (IUE), a fim de reduzir os sintomas físicos e emocionais associados.		
Referências Bibliográficas		
Kissler, K.; Yount, S.; Rendeiro, M.; Zeidenstein, L. (2016). Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> . Volume 61, Issue 4, Pages 507-511. Acedido em 4 de junho 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jmwh.12420		
Identificação do estudo 2	Título	Pelvic floor dysfunction symptoms and risk factors at the first year of postpartum women: a cross-sectional study. <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i>
	Autor (s)	Dasikan, Z., Ozturk, R., & Ozturk, A.
	Ano	2020
	País	İzmir- Turquia

Objetivos	Determinar a frequência de sintomas de DPP vivenciados no primeiro ano de pós-parto e fatores de risco obstétricos
População	408 mulheres entre 3 e 12 meses pós-parto
Tipo de estudo	questionário
Metodologia	Pesquisa transversal descritiva Método de amostragem intencional
Resultados	
<p>Verificou-se que a IU foi experimentada por 33,3% das mulheres durante a gravidez e 25,2% no pós-parto e 2,9% apresentaram incontinência fecal. Outros sintomas descritos foram, a dor perineal (53,4%), obstipação (40,7%), flatulência (34,1%), dispareunia (27,7%) e incontinência fecal (2,9%). A deficiência no conhecimento das mulheres sobre os sintomas da DPP, o constrangimento em denunciá-las e o medo do tratamento impedem que muitas mulheres recebam cuidados.</p> <p>As queixas de DPP são frequentemente vivenciadas pelas mulheres no período gravídico-puerperal, pelos que os profissionais de saúde devem estabelecer uma comunicação terapêutica e uma identificação precoce destas mulheres durante a gravidez, pois este período continua sendo um elemento-chave para o planejamento de estratégias preventivas.</p>	
Contributos para a SR	
O diagnóstico precoce, o tratamento e as abordagens preventivas devem ser feitas pelos profissionais de saúde para a saúde perinatal do assoalho pélvico.	
Referências Bibliográficas	
<p>Dasikan, Z., Ozturk, R., & Ozturk, A. (2020). Pelvic floor dysfunction symptoms and risk factors at the first year of postpartum women: a cross-sectional study. <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i>, 56(2), 132–145. https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1749099</p>	

Tabela de Extração dos artigos da MEDLINE

Identificação do estudo 1	Título	Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol.
	Autor (s)	Oblasser, C.; Christie, J.; McCourt C.
	Ano	2015
	País	Inglaterra
Objetivos	Identificar as melhores evidências atuais sobre o uso de cones ou bolas vaginais para melhorar o desempenho muscular do assoalho pélvico e a continência urinária em mulheres no pós-parto.	
População	Mulheres	
Tipo de estudo	Revisão sistemática quantitativa com potencial meta-análise com base em orientações sobre revisões sistemáticas de intervenções pela Cochrane Collaboration	
Metodologia	Mulheres até 1 ano após o parto no momento do início da intervenção, de qualquer paridade, tipo de parto e lesões no parto, com ou sem incontinência urinária.	
Resultados		
Existe falta de adesão às intervenções do treino da musculatura do pavimento pélvico		
Contributos para a SR		
Não revelados		
Referências Bibliográficas		
Oblasser, C.; Christie, J.; McCourt C. (2015). Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol. Vol 71, Issue 4, Pages 933-941. Acedido 4 de junho 2022. Disponível: https://doi.org/10.1111/jan.12566		
Identificação do estudo 2	Título	Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials
	Autor (s)	Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Bols, E. M. J., Spaanderman, M. E. A., Dirksen, C. D., Weemhoff, M., Nieman, F. H. M., & Berghmans, B.
	Ano	2019
	País	Holanda
Objetivos	Comparar os benefícios dos exercícios do PV entre 1 grupo supervisionado por um fisioterapeuta, em mulheres no pré-parto (MOTHERFIT1) e mulheres no pós-parto com IU de esforço (MOTHERFIT2) e comparar o custo-benefício entre ambos, com 1 grupo de controlo (exercícios autónomos).	

População	As participantes foram recrutadas em 5 regiões do sul da Holanda, em que os centros obstétricos selecionados fazem parte do Consórcio Obstetric Limburg	
Tipo de estudo	Ensaio controlado multicêntrico e aleatório (RCTs)	
Metodologia	<p>A seleção das candidatas é feita pela obstetra / parteira em cada centro, entre as 12 e as 27 semanas (motherfit1) e na consulta de rotina pós-parto às 6 semanas (motherfit2). Caso a mulher aceite participar, é realizado um exame para verificar a capacidade de contrair os músculos do PV e 1 semana depois de estar informada e esclarecida são assinados os consentimentos, sendo que aleatoriamente são distribuídas, sem conhecimento da parteira, no programa de intervenção (8 sessões de terapia de grupo/60 minutos cada) ou no grupo de controle. Cada grupo máximo 4 mulheres. Todas as mulheres têm a aplicação no telemóvel (mApp iPelvis) com um programa individualizado de exercícios e imagens de apoio, que os terapeutas podem controlar o treino e analisar a motivação das participantes.</p> <p>Questionário de Incontinência (ICIQ-UI-SF) aos 18 meses após o parto</p>	
Resultados		
A terapia de grupo é mais eficaz, pois centra-se nos exercícios da MPP, nos exercícios gerais de fitness, na educação, mas também atua na adesão e auto-gestão, quando comparada com o grupo de controle (exercícios autónomos); além de ser menos dispendiosa. A terapia de grupo tem foco na autogestão, pois promove a adesão e sustenta os efeitos a longo prazo.		
Contributos para a SR		
O treino dos músculos do PV peri parto, demonstraram ser eficazes, até 1 ano após parto. A realização dos programas em grupo de: exercícios físicos do PV, exercícios fitness, educação e promoção da auto-gestão têm melhores resultados (custo/benefício) se forem iniciados ainda durante a gravidez.		
Referências Bibliográficas		
Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Bols, E. M. J., Spaanderman, M. E. A., Dirksen, C. D., Weemhoff, M., Nieman, F. H. M., & Berghmans, B. (2019). Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials. <i>Trials</i> , 20(1), 237. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3331-6		
Identificação do estudo 3	Título	Influence of a pelvic floor-training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial.
	Autor (s)	Leon-Larios, F.; Corrales-Gutierrez I.; Casado-Mejía, R.; Suarez-Serrano, C.
	Ano	2017
	País	Espanha
Objetivos	Investigar os efeitos dos programas de treino do pavimento pélvico no pós-parto, em relação ao trauma perineal.	

População	Três Centros de Saúde Primários vinculados a uma maternidade, em Sevilha, no estado da Andaluzia, sul da Espanha. Participantes: mulheres grupo intervenção (n=254), grupo controle (n=212)	
Tipo de estudo	Estudo controlado quase randomizado simples	
Metodologia	3 centros de saúde primários (centro A, B, C) foram escolhidos para fornecer participantes para o grupo de intervenção e os outros três foram designados como locais de controle aleatoriamente (D, E, F): tratamento padrão e intervenção em primíparas a partir das 32 semanas de gestação	
Resultados		
Os programas de treino do pavimento pélvico no pós-parto, contribuem para: redução de 31,63% na episiotomia; maior probabilidade de ter períneo intacto; menos rasgos de terceiro e quarto grau; menos dor perineal pós-parto e menor analgesia no período pós-natal.		
Contributos para a SR		
Os programas de treino compostos por exercícios do pavimento pélvico e massagem perineal podem contribuir para prevenir o trauma perineal (episiotomias e lacerações)		
Referências Bibliográficas		
Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. <i>Midwifery</i> , 50, 72-77. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015		
Identificação do estudo 4	Título	Prevention and treatment of peripartum urinary incontinence-a survey of hospital-based maternity services in Ireland
	Autor (s)	Daly, D., Moran, P., Wuytack, F., Cusack, C., Hannon, K., & Begley, C.
	Ano	2022
	País	Ireland
Objetivos	Identificar se as parteiras questionam as mulheres sobre a IU durante a primeira e subsequentes consultas pré-natais e no pós-parto, além de fornecer informações e ensinar TMPP durante as consultas de pré-natal, nos cursos de preparação para o parto e recuperação no pós-parto; além dos recursos oferecidos, incluindo o encaminhamento para outros profissionais.	
População	Inquérito nacional em 19 maternidades na Irlanda	
Tipo de estudo	Observacional	
Metodologia	inquérito nacional sobre a abrangência e o tipo de serviço prestado no âmbito da prevenção e tratamento da incontinência urinária durante a gravidez e o pós-parto	
Resultados		
Na Irlanda, a política de saúde do governo prioriza a promoção da saúde e os cuidados preventivos. O TMPP pode prevenir e tratar a IU na gravidez e no pós-parto e são recomendados para todas as mulheres, com início na preconcepção, onde se inicia o despiste da IU e as		

parteiras devem perguntar às mulheres sobre sua capacidade de realizar TMPP, incentivando-as a frequentarem as aulas de educação pré-natal.
Contributos para a SR
A assistência pré-natal é um momento ideal para oferecer às mulheres várias estratégias de promoção da saúde, mas os estudos têm demonstrado que as parteiras não priorizam o TMPP e não têm confiança no seu ensino e não fomentam por rotina nas suas consultas o despiste das DPP, nomeadamente a IU.
Referências Bibliográficas
Daly, D., Moran, P., Wuytack, F., Cusack, C., Hannon, K., & Begley, C. (2022). Prevention and treatment of peripartum urinary incontinence-a survey of hospital-based maternity services in Ireland. <i>International Urogynecology Journal</i> , 33(12), 3481–3489. https://doi.org/10.1007/s00192-022-05361-9

- Tabela de Extração de Resultados B-ON

Identificação do estudo 1	Título	Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study.
	Autor (s)	Bugge, C., Strachan, H., Pringle, S., Hagen, S., Cheyne, H., & Wilson, D.
	Ano	2022
	País	EUA
Objetivos	Identificar as perspetivas das mulheres grávidas e dos profissionais de saúde sobre as DPP; Qual a viabilidade de conhecer o seu grau de risco individual de futura DPP, durante os cuidados de rotina na gravidez; Ações que as mulheres podem tomar, depois de tomarem conhecimento do seu grau de risco de DPP.	
População	Gestantes (n=14), obstetras (n=6), parteiras (n=8) e fisioterapeutas (n =3)	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo	
Metodologia	Os dados foram colhidos em 2019 por entrevista semiestruturada. Foi selecionada uma amostra intencional de mulheres grávidas e profissionais de saúde de obstétrica e, foram submetidos à análise de risco na calculadora UR-CHOICE, que estima o risco de DPP de uma mulher, e foram mostrados exemplos de mulheres de baixo, médio e alto risco.	
Resultados		
O conhecimento das DPP das mulheres é limitado, pois elas acreditavam que era importante conhecer seu risco de DPP e que, o conhecimento as motivaria a realizar atividades preventivas. A calculadora UR-CHOICE surgiu como meio auxiliar para apoiar a discussão para considerar atividades preventivas de DPP e permitir que as mulheres estejam mais preparadas caso ocorra alguma disfunção.		
Contributos para a SR		

A calculadora UR-CHOICE apoia o profissional na avaliação do risco para as DPP e na possibilidade de discussão de estratégias preventivas para minimizar esses riscos, logo, identificando os riscos e tomando consciência e conhecimento dos mesmos, vai promover o aumento das medidas preventivas associadas às DPP, o que poderá contribuir, para diminuir a incidência ou morbidade associada a um importante problema de saúde, que afeta aproximadamente 50% das mulheres.

Referências Bibliográficas

Bugge, C., Strachan, H., Pringle, S., Hagen, S., Cheyne, H., & Wilson, D. (2022). Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04490-9>

Identificação do estudo 2	Título	Design of Exercise Nursing Program for Pelvic Floor Muscle Function Recovery at 42 Days Postpartum
	Autor (s)	Zhang, S., Yuan, L., Zhou, L., Lei, X., & Zhu, L
	Ano	2021
	País	China
Objetivos	Identificar a importância do TMPP no pré-natal, para a prevenção das DPP no pós-parto	
População	primíparas que estiveram em posição de chefia a termo em um hospital de janeiro de 2019 a junho de 2021 e as divide em um grupo controle e um grupo de observação	
Tipo de estudo	Experimental	
Metodologia	Pesquisa experimental por meio de estudos controlados, combina métodos estatísticos para realizar processamento digital e define uma única variável de intervenção de enfermagem para fornecer uma base para o controle experimental, e os resultados de testes estatísticos são usados para avaliação de efeito.	
Resultados		
<p>Os exercícios dos MPP são uma medida de enfermagem de continuidade simples, não invasiva e altamente segura, que pode efetivamente melhorar a qualidade da assistência obstétrica e tem forte valor de uso clínico.</p> <p>Durante a gravidez e pós-parto as mulheres acreditam que a IU é um fenômeno natural decorrente da gravidez e do parto; pelo que não tomam medidas preventivas ativamente, mas as alterações precoces causadas pela gravidez e pelo parto são as alterações bioquímicas e eletrofisiológicas dos tecidos de sustentação do PP. Se não houver prevenção e tratamento, a lesão se desenvolverá ainda mais, as DPP aparecerão. Portanto, a prevenção e o tratamento da incontinência urinária devem começar durante a gravidez e continuar no pós-parto.</p>		
Contributos para a SR		
<p>A TMPP durante a gravidez é benéfica tanto para o corpo quanto para a mente das gestantes; promove a circulação sanguínea no PP das mulheres grávidas, fortalece a tensão muscular do PP; reduz a compressão do útero da gravidez nas veias dos membros inferiores; reduz os depósitos de gordura na pelve e ajustar o estado de espírito; é propício ao parto normal, reduz a ocorrência de distocias e também ajuda a prevenir a IU de esforço, prolapso uterino, disfunção sexual pós-parto.</p>		

O TMPP entre 20 e 36 semanas de gestação, tem benefícios na redução do tempo do TP, em que a fase ativa do TP pode ser acelerada para atingir o segundo estágio do TP. O treino físico dos MPP consiste na realização de exercícios rítmicos de contração e relaxamento da vagina e ânus (Kegel), exercícios de contração músculos internos da coxa, glúteos, e contração abdominal.

Referências Bibliográficas

Zhang, S., Yuan, L., Zhou, L., Lei, X., & Zhu, L. (2021). Design of Exercise Nursing Program for Pelvic Floor Muscle Function Recovery at 42 Days Postpartum. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2021, 1714610. <https://doi.org/10.1155/2021/1714610> (Retraction published Comput Math Methods Med. 2022 Dec 29;2022:9794549)

- Tabela de Extração dos artigos da Literatura Cinzenta

Identificação do estudo 1	Título	Promoção da saúde da mulher: Desafios e tendências Capítulo: Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: uma revisão integrativa da literatura
	Autor (s)	Rasteiro, R., Coutinho, E., Dias, H., Santos, MJ.
	Ano	2021
	País	Portugal
Objetivos	Analisar a influência do parto no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, no primeiro ano após o parto	
População	Selecionados 7 artigos quantitativos	
Tipo de estudo	Revisão integrativa da literatura	
Metodologia	Pesquisa nas bases de dados B-On, PubMed e Web of Science, entre 2018 e 2020, nos idiomas português e inglês e disponíveis em texto integral	
Resultados		
O parto é, por si só, um fator de risco para o desenvolvimento de DPP. A realização de episiotomias, o recurso à manobra de Kristeller ou a aplicação de fórceps podem aumentar esse risco. No primeiro ano pós-parto a queixa mais prevalente é a IU, havendo também referência ao POP, IA e alterações da função sexual, nomeadamente a dispareunia e diminuição do desejo.		
Contributos para a SR		
A parturiente deve ser informada acerca dos riscos/benefícios dessas intervenções e consentir a sua realização. As práticas obstétricas devem proteger da lesão da Musculatura do PP, pelo que os EE ESMO devem empoderar as mulheres, promover o parto fisiológico, rastrear sinais e sintomas de DPP, discernindo o fisiológico do patológico e investir no desenvolvimento de programas de recuperação pós-parto, que incluam o treino dos MPP.		
Referências Bibliográficas		

Rasteiro, R., Coutinho, E., Dias, H., & Santos, M. J. (2021). Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: uma revisão integrativa da literatura. In E. Coutinho, H. Dias, & M. J. Santos (Eds.), Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências (Cap. 8, pp. 135-150). Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>

Identificação do estudo 2	Título	Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.
	Autor (s)	Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC
	Ano	2017
	País	-
Objetivos	Determinar a eficácia do TMPP na prevenção ou tratamento da incontinência urinária e fecal em gestantes ou puérperas.	
População	mulheres continentais (TMPP para prevenção), mulheres incontinentes (TMPP para tratamento) 38 ensaios, envolvendo 9892 mulheres de 20 países	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado ou quase-randomizado em mulheres grávidas ou pós-parto	
Metodologia	Cochrane Incontinence Specialized Register (16 de fevereiro de 2017) e as listas de referências dos estudos recuperados.	
Resultados		
O TMPP pré-natal diminuiu o risco de IU no período pós-natal (mais de três a seis meses pós-parto) (29% menos; RR 0,71, IC 95% 0,54 a 0,95; 5 ensaios, 673 mulheres; evidência de qualidade moderada). Tratamento da IU: é incerto se o TMAP pré-natal em mulheres incontinentes diminuiu a incontinência no final da gravidez, em comparação com o cuidado usual (RR 0,70, IC 95% 0,44-1,13; 3 ensaios, 345 mulheres; evidência de qualidade muito baixa).		
Contributos para a SR		
Ter como alvo, as mulheres sem IU, e oferecer um programa estruturado de TMPP, antes ou no início da gravidez, pode prevenir o início da IU no final da gravidez e no pós-parto.		
Referências Bibliográficas		
Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub3		
Identificação do estudo 3	Título	Urogynecology in obstetrics: impact of pregnancy and delivery on pelvic floor disorders, a prospective longitudinal observational pilot study. Archives of Gynecology and Obstetrics

	Autor (s)	Stroeder, R., Radosa, J., Clemens, L., Gerlinger, C., Schmidt, G., Sklavounos, P., Takacs, Z., Meyberg-Solomayer, G., Solomayer, E.-F., & Hamza, A.
	Ano	2021
	País	-
Objetivos	Avaliar as alterações na anatomia do PP que causam DPP em primigestas durante e após a gravidez e, avaliar o seu impacto na QV das mulheres.	
População	45 mulheres, das quais 17 de parto vaginal, 11 receberam um parto de extração a vácuo e 17 uma cesariana em trabalho de parto.	
Tipo de estudo	Estudo piloto observacional longitudinal prospectivo, (durante a gravidez e após o parto)	
Metodologia	Este estudo avalia a ocorrência de DPP usando uma combinação de exame do assoalho pélvico, POP-Q e ultrassonografia translabial 2D e 3D; além de analisar o impacto das alterações do assoalho pélvico na QV das mulheres com o auxílio de questionários individualizados POP-Q e ultrassonografia translabial, realizados no terceiro trimestre e 3 meses após o parto, em uma coorte de primigestas com parto único em um centro terciário. Os resultados foram analisados quanto ao tipo de parto e outros fatores pré e periparto. Dois questionários detalhados individualizados foram distribuídos aos 3 meses e aos 12 meses após o parto para determinar a QV.	
Resultados		
Fraqueza do tecido conjuntivo e peso fetal ao nascimento foram identificados como fatores de risco significativos, para a ocorrência de DPP. A incontinência urinária foi a DPP mais comum, 12 meses após o parto. 42% das mulheres relataram desconforto durante a relação sexual (3 meses após o parto) e 24% 12 meses após o parto. Embora 93% das mulheres contratem uma parteira após o parto, apenas 56% participaram no treino dos MPP.		
Contributos para a SR		
Identificam como importantes fatores de risco para as DPP: Fraqueza do tecido conjuntivo e peso fetal elevado ao nascimento; bem como, fatores de sugestivos de suscetibilidade congênita (história familiar e condições sugestivas de tecido conjuntivo enfraquecido) e tensão não obstétrica no pavimento pélvico (sobrepeso/obesidade, levantamento de peso e obstipação). A idade materna, obesidade, amamentação, duração do segundo estadio de trabalho de parto, perímetro cefálico fetal, rotura perineal, já são fatores convencionalmente conhecidos, mas sem significância neste estudo. A IU foi mais frequentemente relatada entre os DPP com 31% dos casos, sendo 42,9% já ocorridos durante a gestação. Os profissionais de saúde devem informar as mulheres adequadamente sobre o desenvolvimento da DPP e as opções de estratégias de tratamento preventivo, para reduzir os custos e prevenir as DPP.		
Referências Bibliográficas		
Stroeder, R., Radosa, J., Clemens, L., Gerlinger, C., Schmidt, G., Sklavounos, P., Takacs, Z., Meyberg-Solomayer, G., Solomayer, E.-F., & Hamza, A. (2021). Urogynecology in obstetrics: impact of pregnancy and delivery on pelvic floor disorders, a prospective		

longitudinal observational pilot study. Archives of Gynecology and Obstetrics, 304(2), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06022-w>

Identificação do estudo 4	Título	What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. Journal of Personalized Medicine
	Autor (s)	Navarro-Brazález, B., Vergara-Pérez, F., Prieto-Gómez, V., Sánchez-Sánchez, B., Yuste-Sánchez, M. J., & Torres-Lacomba, M
	Ano	2021
	País	Espanha
Objetivos	Estabelecer a experiência de adesão das mulheres, com diagnóstico de DPP, nos exercícios domiciliares após um tratamento intensivo de fisioterapia presencial.	
População	Trinta e uma mulheres foram entrevistadas.	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo a partir de um paradigma interpretativo.	
Metodologia	Entrevistas semiestruturadas individuais e em grupo foram realizadas aos 6 meses, após o término do tratamento fisioterapêutico individual. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas tematicamente por meio da criação de categorias.	
Resultados		
<p>As mulheres relataram que a adesão aos exercícios dos MPP no domicílio dependia do próprio programa de exercícios, sua eficácia, suas experiências pessoais com os exercícios, fatores intrínsecos como autoconsciência ou crenças e fatores extrínsecos, como feedback profissional ou instrumental.</p> <p>Como barreiras à adesão salientam a não existência deste tipo de tratamento no serviço de saúde público.</p> <p>Assim, a adesão terapêutica pode ser mais provável com programas de fisioterapia eficazes que incluem exercícios em casa, mutuamente acordados e, movimentos simples que as mulheres possam realizar em suas vidas diárias.</p> <p>Estudos qualitativos mostram que as puérperas desconhecem a DPP, as quais podem surgir após o parto, acreditam ser uma consequência inevitável e desconhecem as alternativas de tratamento disponíveis.</p>		
Contributos para a SR		
Consciencializar a mulher para a importância do pavimento pélvico, suas funções, a importância dos exercícios dos MPP, assim como, fomentar um papel ativo no seu processo de autocuidado.		
Referências Bibliográficas		
Navarro-Brazález, B., Vergara-Pérez, F., Prieto-Gómez, V., Sánchez-Sánchez, B., Yuste-Sánchez, M. J., & Torres-Lacomba, M. (2021). What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. Journal of Personalized Medicine, 11(12), 1368. https://doi.org/10.3390/jpm11121368		

Identificação do estudo 5	Título	Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwanese journal of obstetrics & gynecology
	Autor (s)	Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T.
	Ano	2019
	País	Taiwan
Objetivos	Analisar o efeito do exercício do pavimento pélvico na função sexual feminina e na qualidade de vida, no período pós-parto.	
População	-	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura	
Metodologia	Estudos experimentais e quase-experimentais em persa e inglês. A meta-análise dos dados foi realizada por "Comprehensive Meta-analysis Version 2" (CAM). A busca resultou em 347 títulos e resumos, que foram reduzidos a 12 artigos potencialmente elegíveis	
Resultados		
O treino dos MPP em mulheres primíparas ou múltíparas pode melhorar a função sexual e a qualidade de vida no pós-parto, uma vez que os exercícios da MPP fortalecem o musculo elevador do ânus, através da hipertrofia muscular; e este por sua vez ao estar mais forte diminui a carga imposta ao ligamento; fazer exercícios pélvicos aumenta o fluxo sanguíneo, ajuda a acelerar a cicatrização e a revascularização das células e tecidos danificados.		
Contributos para a SR		
Os exercícios dos MPP contribuem para aumentar a saúde sexual e a qualidade de vida. Os profissionais devem ter em atenção a saúde sexual da mulher no pós-parto; devem informar e avaliar sintomas de disfunção sexual; devem promover programas de educação e acompanhamento, incentivando a adesão e a continuidade, em vez de apenas fornecer um panfleto informativo.		
Referências Bibliográficas		
Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwanese journal of obstetrics & gynecology, 58(6), 737-747. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.09.003		
Identificação do estudo 6	Título	Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. International Urogynecology Journal
	Autor (s)	Woodley, S. J., & Hay-Smith, E. J. C.
	Ano	2021
	País	-

Objetivos	O objetivo desta revisão narrativa é resumir as evidências sobre o TMPP (elementos físicos e comportamentais), como intervenção, para prevenir ou tratar a IU em gestantes e puérperas.
População	-
Tipo de estudo	Revisão narrativa resumindo evidências quantitativas e qualitativas sobre o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP)
Metodologia	As buscas foram realizadas em duas bases de dados (PubMed e Google Acadêmico) englobando combinações dos seguintes termos de busca: experiência, mulheres ou mulheres, músculos do assoalho pélvico, treinamento dos músculos do assoalho pélvico, gravidez, pós-parto, qualitativo, questionário, pesquisa e incontinência urinária. Os seis itens da escala para avaliação da qualidade de artigos de revisão narrativa (SANRA) foram usados como guia para o relato desta revisão.
Resultados	
<p>Existe redução clinicamente significativa no risco de desenvolver IU na gravidez e após o parto para mulheres grávidas que iniciam o TMPP durante a gravidez. Se as mulheres desenvolverem IU durante a gravidez ou pós-parto, o TMPP é um tratamento de primeira linha. Este oferece benefícios adicionais, na prevenção do prolapso e na melhoria da função sexual.</p> <p>A primeira gravidez apresenta o momento ideal, para as mulheres dominarem o PTMP – com um PP funcional intacto, as mulheres podem treinar seus músculos para estabelecer padrões motores apropriados e potencialmente aumentar sua reserva funcional, sendo que a gravidez é potencialmente um poderoso “momento de aprendizado” para iniciar a mudança de comportamento de saúde.</p> <p>O TMAP no período pré-parto previne a IU e os consequentes custos, com efeitos positivos na melhoria da qualidade de vida; pode também melhorar os resultados do trabalho de parto e do parto, melhorar a satisfação sexual e ter um papel na prevenção do prolapso de órgãos pélvicos e da IA.</p>	
Contributos para a SR	
<p>Os programas de TMPP são eficazes para prevenir e tratar a IU em mulheres grávidas. Todas as mulheres grávidas e puérperas, a cada contato com um profissional de saúde de obstetrícia, devem ser questionadas se são continentas. Estas precisam de prescrição de exercícios e suporte comportamental para fazer o TMPP, para prevenir a IU. As puérperas devem sempre ser questionadas com a mesma pergunta em cada check-up. Deve ser oferecido TMPP por especialistas, ensino e supervisão.</p> <p>As mulheres incontinentes requerem encaminhamento adequado para diagnóstico ou tratamento.</p> <p>Como terapia baseada em exercícios, a prescrição do TMPP pode ser considerada domínio dos fisioterapeutas. No entanto, parteiras, enfermeiras obstetras ou clínicos gerais geralmente serão os provedores mais consistentes e confiáveis para mulheres grávidas. Todos esses profissionais de saúde especializados precisam de conhecimento, habilidade e confiança suficientes para ensinar um programa sólido de exercícios do PP. Além disso, os enfermeiros e os fisioterapeutas devem possuir conhecimentos teóricos e práticos, para poderem realizar eficazmente a avaliação e os programas de TMPP. Estes são importantes para que estes profissionais se sintam confiantes e apoiados, para oferecer cuidados de qualidade e, encaminhar para a equipa multidisciplinar, se necessário.</p>	

Referências Bibliográficas		
Woodley, S. J., & Hay-Smith, E. J. C. (2021). Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. <i>International Urogynecology Journal</i> , 32(7), 1977–1988. https://doi.org/10.1007/s00192-021-04804-z		
Identificação do estudo 7	Título	Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial. <i>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</i>
	Autor (s)	Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K. Å., Lukasse, M., Mørkved, S., & Stafne, S. N.
	Ano	2021
	País	Noruega
Objetivos	Os objetivos deste estudo foram avaliar o efeito de um programa de exercícios no pré-parto, incluindo TMPP na IU pós-parto e explorar fatores associados à IU três meses após o parto.	
População	Dois hospitais universitários noruegueses, incluindo mulheres grávidas saudáveis com idade > 18 anos com um feto vivo único	
Tipo de estudo	Estudo controlado randomizado	
Metodologia	As mulheres do grupo de exercícios receberam um programa de exercícios padronizado de 12 semanas, incluindo TMPP, com aulas de exercícios em grupo, uma vez por semana, lideradas por um fisioterapeuta e sessões de exercícios em casa, duas vezes por semana. O grupo de controlo recebeu cuidados padrão no pré-parto. Os dados foram obtidos a partir de questionários respondidos nas semanas de gravidez 18-22 e três meses após o parto.	
Resultados		
Entre as 722 (84%) mulheres que responderam três meses após o parto, significativamente menos mulheres no grupo de exercícios (29%) relataram incontinência urinária, em comparação com o grupo padrão de cuidados pré-parto (38%). A incontinência urinária três meses após o parto foi associada à idade, apresentar incontinência urinária no final da gravidez, peso ao nascer ≥ 4000 g e lesões obstétricas do esfíncter anal. A cesariana reduziu significativamente o risco de IU três meses após o parto, em comparação com o parto vaginal espontâneo.		
Contributos para a SR		
Um programa de exercícios pré-natais de intensidade moderada, incluindo TMPP, tem um efeito protetor na IU que se estende até o período pós-parto precoce, especialmente em mulheres com IU pré-existente. Nossos achados apoiam a recomendação de que as mulheres grávidas devem ser fisicamente ativas e sugerem que a inclusão do TMPP nas aulas de exercícios pré-parto é benéfica. Além disso, idade, IU no final da gravidez, peso ao nascer ≥ 4.000 g e lesões obstétricas do esfíncter anal (OASIS) estão associados a um risco aumentado de IU aos 3 meses pós-parto, enquanto a cesariana reduziu o risco de IU.		
Referências Bibliográficas		

Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K. Å., Lukasse, M., Mørkved, S., & Stafne, S. N. (2021). Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(2), 294-301. <https://doi.org/10.1111/aogs.14010>

Identificação do estudo 8	
Título	Ability to activate pelvic floor muscles among women during the early postpartum period - initial findings.
Autor (s)	Łataś-Zagrajek, K., Starzec, M., Sierdziński, J., & Szymański, J.
Ano	2019
País	Polónia
Objetivos	O objetivo do estudo foi verificar a capacidade de contrair os MPP entre puérperas polonesas e confirmar a lógica de implementar estratégias precoces na gravidez.
População	591 relatos (pacientes entre os 18 e os 45 anos, após parto vaginal) da avaliação dos exames dos MPP realizados nas maternidades.
Tipo de estudo	-
Metodologia	Os autores do estudo analisaram 591 prontuários de exames fisioterapêuticos dos MPP, realizados como parte do Programa de Reabilitação Uroginecológica, no Pós-Parto. Os relatos das pacientes de 18 a 45 anos, após parto vaginal foram incluídos no estudo. Com base no exame realizado, de acordo com o esquema PERFECT, foi avaliada a capacidade de execução e a qualidade da contração dos MPP.
Resultados	
<p>A contração consciente dos MPP foi observada em 68%, a contração isolada adequada e coordenada com a respiração foi observada em 54% das participantes. Em 13% das mulheres, além da contração consciente dos MPP, também foi observada contração de estruturas adicionais. Em 32% das participantes, notou-se a falta inicial de contração consciente dos MPP. Entre eles, 25% contraíram outros grupos musculares, 6% empurraram, enquanto para 1% dos sujeitos, nenhuma reação foi observada. Quase 20% das participantes relataram não saber o que são MPP. O treino prévio dos MPP foi declarado por 55% dos participantes do estudo, enquanto 22,5% deles não realizaram a contração consciente dos MPP.</p> <p>Um dos principais elementos no tratamento conservador das DPP pós-parto é o treino muscular.</p>	
Contributos para a SR	
<p>A avaliação da ativação correta dos MPP é importante para obter melhores efeitos no treino, mas também para evitar que os músculos sejam danificados por má prática. Baixos conhecimentos dos MPP estão associados à ocorrência mais frequente de disfunções do MPP.</p> <p>Recomenda-se aumentar a consciencialização das mulheres sobre as DPP, com vista à redução dos sintomas e à melhoria da qualidade de vida.</p>	
Referências Bibliográficas	

Łataś-Zagrajek, K., Starzec, M., Sierdziński, J., & Szymański, J. (2019). Ability to activate pelvic floor muscles among women during the early postpartum period - initial findings. *Medical Rehabilitation / Rehabilitacja Medyczna*, 23(1), 23–28. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.1409>

Identificação do estudo 9		Título	Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion.
		Autor (s)	Lawson, S., & Sacks, A.
		Ano	2018
		País	Inglaterra (Journal of Midwifery)
Objetivos	Este artigo examina o caso de uma mulher com múltiplos problemas relacionados ao pavimento pélvico, cujo objetivo é apresentar evidências, para o uso de programas de TMPP, cujo objetivo é rastrear, identificar e tratar a DPP.		
População	Mulher de 32 anos, gesta 2 para 2		
Tipo de estudo	Estudo de caso		
Metodologia	A parteira discute as mudanças no estilo de vida que podem aliviar seus sintomas e analisa suas opções de tratamento. Ela é encaminhada para um fisioterapeuta do pavimento pélvico para TMPP		
Resultados			
<p>O aumento do conhecimento dos profissionais de saúde sobre os benefícios dos programas de TMPP, pode beneficiar as mulheres e suas famílias. Como a promoção da saúde e a prevenção de doenças são uma prioridade no campo da saúde, é do interesse do profissional de saúde usar um método de tratamento que maximize os resultados da paciente e minimize os riscos. Os prestadores de cuidados de saúde podem fazer isso por meio da triagem das DPP, encaminhando as mulheres para os programas de treino dos MPP em tempo hábil, educando as pacientes sobre o exercício, de forma a cultivar a esperança e a reduzir a ansiedade.</p> <p>Os exercícios de MPP são baseados em evidências e minimamente invasivos, podendo ser usados durante a gravidez e amamentação e, podem ser oferecidos como uma opção de tratamento de primeira linha para mulheres com DPP.</p>			
Contributos para a SR			
A DPP não é um resultado normal aceitável da gravidez e do parto, e os medicamentos ou cirurgias não precisam ser apresentados como tratamento de primeira linha, quando uma opção mais segura e menos invasiva estiver disponível. Os profissionais de saúde devem intervir precocemente na educação e aconselhamento sobre as DPP e sobre os programas de treino dos MPP, como uma opção de tratamento conservador.			
Referências Bibliográficas			
Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 63(4), 410–417. https://doi.org/10.1111/jmwh.12736			

Identificação do estudo 10	Título	Do women of reproductive age presenting with pelvic floor dysfunction have undisclosed anal incontinence
	Autor (s)	Tucker, J., Grzeskowiak, L., Murphy, E. M. A., Wilson, A., & Clifton, V. L.
	Ano	2017
	País	Austrália
Objetivos	Descrever a prevalência de IA não revelada em mulheres pré e pós-parto, com DPP.	
População	230 mulheres pré e pós-parto	
Tipo de estudo	Estudo de coorte retrospectivo	
Metodologia	Uma lista de critérios foi utilizada para acessar ao principal motivo do encaminhamento, avaliação da incontinência anal e comparecimento à consulta.	
Resultados		
<p>O trauma direto ou indireto nas estruturas do PP e nas vias nervosas após o parto vaginal, impacta negativamente na função do PP, em mulheres de idade reprodutiva, aumentando o risco de desenvolver IA ao longo da vida, ou seja, a lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS) e dano neural são fatores de risco conhecidos para a IA. Os sintomas de IA foram altamente prevalentes em mulheres no pre-parto e no pós-parto. A presença de dupla queixa de IU e IA são consistentes. Existe uma relação entre IA e outras DPP.</p>		
Contributos para a SR		
<p>Este estudo indica que seria vantajoso usar uma ferramenta de triagem para a IA, nas consultas de saúde materna, a todas as mulheres em idade reprodutiva. A vergonha limita as mulheres revelarem abertamente que têm incontinência anal. As ferramentas disponíveis para a colheita de dados são limitadas, o que dificulta a identificação dessas mulheres.</p>		
Referências Bibliográficas		
<p>Tucker, J., Grzeskowiak, L., Murphy, E. M. A., Wilson, A., & Clifton, V. L. (2017). Do women of reproductive age presenting with pelvic floor dysfunction have undisclosed anal incontinence: A retrospective cohort study. <i>Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives</i>, 30(1), 18–22. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.001.</p>		

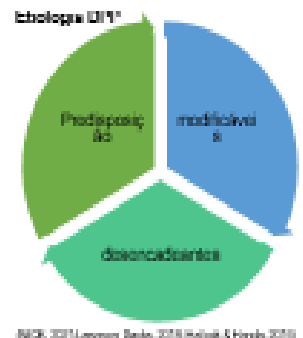
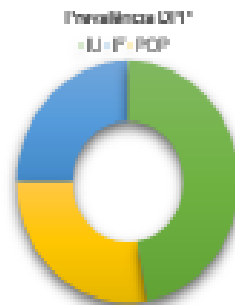
**APÊNDICE II – Póster: Disfunções do Pavimento Pélvico:
Contributos da Enfermagem Obstétrica**

Distúrbios do pavimento pélvico, no pós-parto - Contributos da enfermagem obstétrica

Carla Fernandes carlfernandes@cesma.esel.pt

Introdução

As DPP são um problema de saúde pública, com elevadas implicações na qualidade de vida (QV) e saúde da mulher, com elevados custos associados (Gouveia et al., 2017).



Objetivo **Metodologia**

Mapear a evidência disponível e as estratégias a desenvolver pelo enfermeiro obstetra, sobre a prevenção das distúrbios do pavimento pélvico das mulheres, no pós-parto.

Bases de Dados da EBSCO-host (Cinahl, Medline), B-DN, literatura cinzenta (2015-2022) - 14 artigos selecionados

Palavras Chave: Postpartum period; Postnatal period; Pelvic floor disorders; Nurse midwifery

Resultados

- A gravidez é um processo "tratamento de aprendizagem" para iniciar a mudança do comportamento de saúde (Hawley, B. J. & Hay-Smith, R. J. C., 2021).
- Consultas pré-concecionais e consultas pré-parto, identificar temas de risco (Lawson, 2018).
- A calculadora UR-DHICS após o profissional de saúde a identificação do risco para as DPP (Suzuki, et al., 2022).
- Ajudar na percepção da saúde sobre as DPP e adotar estratégias preventivas (Lawson et al., 2021).
- Promover programas de educação para a saúde, incorporando a adesão aos exercícios dos MPP, para melhorar a saúde sexual e a qualidade de vida. (Hawley-Smith, R. J. C. & Hay-Smith, R. J. C., 2021).
- Exercícios durante a gravidez e, em grupo, sustentam os efeitos a longo prazo (Hawley-Smith, R. J. C. & Hay-Smith, R. J. C., 2021).
- Falta de adesão aos programas de treino dos MPP no pós-parto (Lawson, 2018).
- Os exercícios de intensidade moderada, incluindo treino MPP, com efeito positivo nas DPP, no pós-parto (Lawson et al., 2021).
- Exercícios dos MPP e a massagem perineal, podem contribuir para prevenir o trauma perineal (Lawson, et al., 2021).
- O trauma físico do parto nas estruturas do PP e nas vias urinárias e do trato vaginal, impacta negativamente na função do PP, aumentando o risco de desenvolver IF ao longo de vida. É um assunto difícil para as mulheres desenvolverem intervenções. Os profissionais devem estar atentos e abordar as visitas DPP nas consultas de saúde gestadas (Suzuki et al., 2022).
- Conscientizar a mulher para a importância dos exercícios dos MPP, tornando um papel ativo no seu processo de auto-ajuda (Lawson & Seck, 2018).
- Conscientizar a mulher para a realização dos exercícios dos MPP de forma consistente e coordenada com a respiração (Lawson, et al., 2021).
- Os exercícios dos MPP melhoram a função do PP, melhorando a continência urinária e a qualidade de vida (Lawson, B. J. & Hay-Smith, R. J. C., 2021).
- Investir no desenvolvimento de programas de recuperação pós-parto, que incluam o treino dos Músculos do Pavimento Pélvico (Lawson, et al., 2021).

Considerações Finais

Os profissionais de saúde devem intervir precocemente na prevenção das DPP, pois o conhecimento dos fatores de risco e das intervenções que lesam às DPP oferecem a oportunidade de iniciar estratégias preventivas (Blaender et al., 2021) através do rastreio, nas consultas de planeamento familiar, ao longo da gravidez e no pós-parto (Lawson, Seck, 2018).

Empoderar as mulheres, conscientizando-as para a importância do pavimento pélvico, suas funções, a importância dos exercícios dos MPP, assim como, fomentar um papel ativo no seu processo de auto-ajuda (Lawson, et al., 2021).

Prevenir o aparecimento ou a progressão da doença é a pedra angular da promoção de saúde, com benefícios para a saúde e qualidade de vida da mulher e redução dos custos para a sociedade (Hawley & Hay-Smith, 2021).

Referências

Almeida, M. (2019). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2020). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2021). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2022). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2023). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2024). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2025). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2026). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2027). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2028). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2029). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

Almeida, M., & Silva, J. (2030). *Distúrbios do pavimento pélvico: uma revisão integrativa*. Universidade Nova de Lisboa, 100 páginas.

**APÊNDICE III – Flyer: Disfunções do Pavimento Pélvico, para
profissionais de saúde e utentes**

Plano de treino dos músculos pavimento pélvico (MPP)

Posição adotada	Tipo de contração muscular	Número de contrações	Tempo(s) de sustentação da contração	Tempo de relaxamento muscular após a(s) contração(ões)
De pé	Lento	8-10	8-10	8-10
	Rápido	5	1	-
Sentada	Lento	8-10	8-10	8-10
	Rápido	5	1	-
Deitada	Lento	8-10	8-10	8-10
	Rápido	5	1	-

Fonte: Sobhgoi, et al., 2019



Bibliografia

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee opinion number 854. Consultado em 18 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2022/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>

Camargo & Afêz (2020). Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário. Acesso em 18 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/655537001973928014886-por-por>

Cardoso, B., Guerra, A., Henriques, A., Martins, A., Belo, A., Ribeiro, A.L., Pereira, A.P., Trigo, A., Branco, A., Santiago, A., Alves, C., Calais, E., Ramos, F., Falcão, F., Gomes, Documento informativo - exercícios das MPP G., Pereira, I., Duarte, I., Ferreira, I., Grillo, J., ... Fan, Y. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia - Secção Portuguesa de Uroginecologia 2ª edição. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/35588450_Consenso_Nacional_sobre_Uroginecologia_2021_Seccao_Portuguesa_de_Uroginecologia_2_educio

Hallock, J. L., & Handa, V. L. (2016). The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 43(1), 1-13. Acesso: 30 de maio de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.obgyn.2015.10.009>

Jeffcoat, H. (2009). Postpartum Recovery After Vaginal Birth: The First 6 Weeks. *International Journal of Childbirth Educator* | Volume 24 Number 3.

Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *Journal of midwifery & women's health*, 63(4), 416-417. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12726>

Leeman, L., Rogers, R., Borders, N., Teal, D., Qualls, C. (2017). The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. Acesso 4 de junho 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1111/obg.13114>

Moossdorff-Steinhausner, H. F. A., Böhl, E. M. J., Spaanderma, M. E. A., Diksen, C. D., Wassenhoff, M., Nisman, P. H. M., & Berghmans, B. (2019). Long-term effects of mother's group therapy in pre-MOTHERFIT1 and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials. *Trials*, 20(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1331-4>

Navarro-Brazález, B., Viegas-Pérez, F., Prieto-Gómez, V., Sánchez-Sánchez, B., Yuste-Sánchez, M. J., & Torres-Lacomba, M. (2021). What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), 1368. <https://doi.org/10.3390/jpm11121368>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline [NG216]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng216>

Oblasser, C., Christie, J., & McCourt, C. (2015). Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol. *Vol 71, Issue 4, Pages 933-941*. Acesso 4 de junho 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1111/sgp.12066>

Sobhgoi, S. S., Pruthi, H., Senje, C. A., & Darwish, H. Q. (2019). Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1328-6>

Stroeder, R., Radusa, J., Clemens, L., Gettinger, C., Schmidt, G., Sklavounos, P., Takacs, Z., Meyberg-Solomayer, G., Solomayer, SF., & Hanzla, A. (2021).

13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Carla Fernandes cafemandes@campus.esel.pt

Unidade Curricular "Estágio com relatório"

Panfleto

"Disfunções do Pavimento Pélvico"



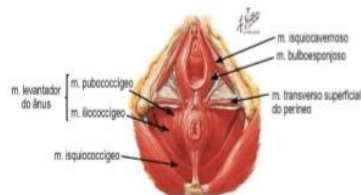
"Prevenir o aparecimento ou a progressão da doença é uma pedra angular da promoção da saúde" (Woodley & Hay-Smith, 2021).

Lisboa, novembro 2022

A gravidez e o Pavimento Pélvico (PP)

Durante a gravidez e, nas primeiras seis semanas pós-parto, são muitas as mudanças que ocorrem no sistema músculo-esquelético. A hormona relaxina influencia todas as articulações do corpo, criando relaxamento ligamentar.

Os músculos abdominais tornam-se gradualmente mais laxos e fracos; os músculos flexores da bacia e da parte inferior das costas contraem-se, podendo surgir dor pélvica / lombar; aquando o parto vaginal os músculos do pavimento pélvico são estirados, podendo também ser alvo de lacerações (Jeffcoat, 2009)



<https://portal.acad.stmml.com/br/pt/colab/colab-de-anoatm/pelvicio-em-afetiva>

De entre os vários músculos que compõem o Pavimento Pélvico, os músculos elevadores do ânus, em particular o pubococcígeo, ileococcígeo e isquiococcígeo, desempenham um papel fundamental no controlo dos esfíncteres, pois é através dele que há a passagem da uretra, da vagina e do ânus. Quando essa musculatura pélvica perde sua integridade, consequência da gravidez e do parto, sofre degeneração e trauma, resultando na sua disfunção.

As Disfunções do Pavimento Pélvico (DPP) mais comuns são:

- Incontinência Urinária (de esforço, urgência e mista),
- Incontinência Fecal,
- Prolapso Órgãos Pélvicos (bexiga e útero),
- Disfunção Sexual

(Candoso, et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018; Zuchello et al., 2018; Leeman, et al., 2017).

A causa das DPP é complexa e multifatorial:

- **Fatores de predisposição** (genética, raça, idade materna avançada);
- **Fatores modificáveis** (tabagismo, exercícios vigorosos frequentes ou inatividade, obesidade, trabalho pesado, obstipação);
- **Fatores desencadeantes** (gravidez, paridade crescente, tipo de parto, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, parto distócico, lacerações perineais, episiotomia; o ganho de peso na gravidez e o aumento do peso uterino aumentam a pressão intra-abdominal, sobrecarregando as estruturas ligamentares e os músculos do PP; além das alterações hormonais e toda a mecânica durante a gravidez e o parto) (NICE, 2021; Stroeder et al, 2021; Lawson & Sacks, 2018; Hallock & Handa, 2016)

Prevenção das Disfunções do Pavimento Pélvico na gravidez e no pós-parto

- Eliminar os fatores de risco modificáveis (NICE, 2021);
- Na gravidez - **Atividade aeróbica** de intensidade moderada (150 minutos por semana) (NICE, 2021; ACOG, 2020; Camargo & Afêz, 2020);
- **Atividade sexual** (Leeman & Leon-Larios, 2017; Jeffcoat, 2009)
- **Massagem perineal no 3 trimestre de gravidez** (durante oito minutos a partir de 32 semanas de gestação até o nascimento) para minimizar o risco de trauma (Leeman & Leon-Larios, 2017)
- No pós-parto realizar **contrações abdominais profundas** (exercícios hipopressivos), para fortalecer os músculos abdominais (Navarro-Brazález, et al., 2021);
- Na gravidez e pós-parto realização **exercícios de kegel**, através da conscientização da contração eficaz dos músculos do PP (aprendizagem motora) e do aumento da força e da resistência desses músculos (treino de força) (Oblasser, Christie & McCourt, 2015).

Dicas: contrair sempre os músculos do PP antes de tossir, espirrar, levantar ou dobrar.

Realizar exercícios kegel diariamente (mínimo 3 a 4 vezes por semana, por um período 5 a 6 meses (mínimo de 3 meses) necessário para obter o mínimo de hipertrofia e, consequentemente, força muscular (Sobhgoi, et al., 2019; Moossdorff-Steinhausner et al. (2019).

A gravidez e o Pavimento Pélvico (PP)

Durante a gravidez e, nas primeiras seis semanas após o parto, os músculos abdominais, lombares, da bacia pélvica e do pavimento pélvico, sofrem estiramento, perdendo a sua elasticidade, pelo que é importante fortalecer todos estes músculos, nomeadamente os do pavimento pélvico que desempenham um papel fundamental no controlo dos esfíncteres, impedindo a incontinência urinária e fecal e o prolapso (saída para fora) do útero e da bexiga.

Prevenção das Disfunções do Pavimento Pélvico na gravidez e no pós-parto

- Eliminar os fatores de risco (obesidade, sedentarismo, tabaco, prisão de ventre, trabalhos pesados)
- Praticar exercício físico de intensidade moderada (150 minutos por semana): caminhada, natação
- Atividade sexual (salvo se clinicamente contraindicada)
- No pós-parto realizar contrações abdominais profundas (exercícios hipopressivos), para fortalecer os músculos abdominais
- Na gravidez e pós-parto realizar **exercícios de kegel**: contrair e relaxar os músculos da vagina e do ânus, mantendo a respiração

Dicas: contrair sempre os músculos do pavimento pélvico antes de tossir, espirrar, levantar ou dobrar.

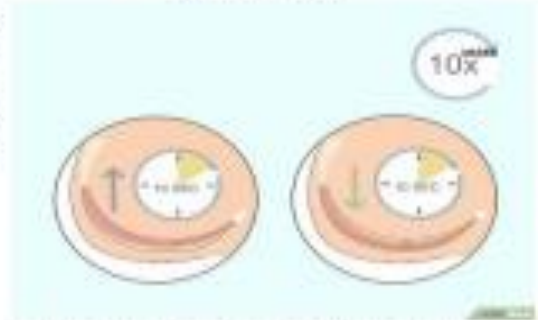
Plano de treino dos músculos pavimento pélvico (MPP) – Exercícios de Kegel

1. Como fazer a contração?

Contrair os MPP, como se estivesse a fechar o ânus ou as pernas



2. Modo de treino lento



- Aguardar a contração durante 10 seg e só depois é que relaxa durante mais 8 a 10 seg
- Repetir o exercício 10 vezes e se possível 10 exercícios em pH, 10 vezes e 10 deitado
- Manter-se a respirar normalmente, se possível na expiração contrair e na expiração relaxar

Modelo exemplificativo

Fase da atividade	Tipo de contração muscular	Número de contrações	Tempo de sustentação da contração	Tempo de relaxamento muscular entre as contrações (seg)
Pré-parto	Leve	8-10	8-10	8-10
Gravidez	Leve	8-10	8-10	8-10
Pós-parto	Leve	8-10	8-10	8-10

Fonte: Sobral, S. S., Pires, H., Smith, C. A., & Duarte, H. G. (2018)

Realizar exercícios kegel diariamente (mínimo 3 a 4 vezes por semana, por um período 5 a 6 meses (mínimo de 3 meses) necessário para obter o mínimo de hipertrofia (gênus muscular) e, consequentemente, força muscular.

Disfunções do Pavimento Pélvico

Carla Fernandes carlafernandes@univap.br

Aluna do 12º Curso de Licenciado em Enfermagem (LE) da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) no estágio em Cuidados de Saúde Primários, sob orientação da Professora Mestre Maria Madalena Oliveira e da Enfermeira Especialista em SBU Maria de Fátima Jesus.

“Prevenir o aparecimento ou a progressão da doença é uma pedra angular da promoção da saúde” (Woodley & Hay-Smith, 2021)



USF Novo Mirante,
dezembro 2022

APÊNDICE IV – Programa educacional do EE ESMO, para a prevenção das DPP das mulheres, durante a gravidez e no pós-parto

OBJETIVOS

- ✓ Implementar um conjunto de exercícios de fortalecimento dos músculos do PP, na gravidez e no pós-parto;
- ✓ Capacitar as mulheres (grávidas e no período pós-parto) para a adoção de estratégias, que visem a prevenção das DPP;
- ✓ Monitorizar os resultados da aquisição de conhecimentos.

DESTINATÁRIOS	AVALIAÇÃO	INTERVENÇÕES DO EE ESMO
Mulheres grávidas	<ul style="list-style-type: none">• Cálculo IMC;• Hábitos de vida diários;• Incontinência urinária / fecal.	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificar e eliminar/minimizar os fatores de risco modificáveis (NICE, 2021; Kissler et al., 2016).✓ Promover a atividade aeróbica de intensidade moderada (150 minutos por semana) (Johannassen et al., 2021; NICE, 2021; ACOG, 2020; Camargo & Añez, 2020).✓ Instruir e capacitar sobre a massagem perineal no 3 trimestre de gravidez (durante oito minutos a partir de 32 semanas de gestação até o nascimento), para minimizar o risco de trauma no parto (Leeman, et al, 2017; Leon-Larios,et al., 2017).✓ Realizar exercícios de kegel, através da consciencialização da contração eficaz dos músculos do PP (aprendizagem motora) e do aumento da força e da resistência desses músculos (treino de força) (Oblasser, Christie & McCourt, 2015);

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ioga e Pilates pode complementar um programa estruturado de exercícios do PP (NICE, 2019); ✓ Avaliar perda urina, fezes ou flatos durante as atividades, ao tossir ou espirrar.
Mulheres no período pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária / fecal; • Dor no ato sexual (dispareunia); • Dor vulva (vulvodínia); • Espasmo muscular vaginal involuntário (vaginismo) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a atividade aeróbica de intensidade moderada (150 minutos por semana) (Johannassen et al., 2021; NICE, 2021; ACOG, 2020; Camargo & Añez, 2020); ✓ Realizar exercícios de kegel, através da consciencialização da contração eficaz dos músculos do PP (aprendizagem motora) e do aumento da força e da resistência desses músculos (treino de força) (Oblasser, Christie & McCourt, 2015); ✓ Promover a saúde sexual e a atividade sexual (salvo contra-indicação médica) (Leeman, et al, 2017; Leon-Larios, et al., 2017; Jeffcoat, 2009). ✓ Realizar contrações abdominais profundas (exercícios hipopressivos), para fortalecer os músculos abdominais e, por sua vez corrigir a postura corporal (Navarro-Brazález, et al., 2021); ✓ Ioga e Pilates pode complementar um programa estruturado de exercícios do PP (NICE, 2019); ✓ Avaliar perda urina, fezes ou flatos durante as atividades, ao tossir ou espirrar.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da eficácia do Treino dos 	Como conseguir uma contração eficaz do pavimento pélvico?

<p>Mulheres durante a gravidez e no período pós-parto</p>	<p>Músculos do Pavimento Pélvico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ação – “Tente travar a micção, mas não faça essa prática pois interrompe o processo natural da micção” • Olhar – “olhe para sua vulva ao realizar uma contração, você consegue ver o ânus e o períneo se contraindo e levantando?” • Sentir – “Coloque um dedo limpo na sua vagina, consegue sentir o aperto o seu levantamento durante a ação?”; “coloque um dedo limpo no ânus, consegue senti-lo levantar durante a ação?”; “pergunte ao seu parceiro, durante o coito, ao realizar uma contração, o seu parceiro consegue sentir os músculos pélvicos contraírem-se?” • relaxamento: implica relaxar totalmente os MPP, para evitar a sua tensão e hipertonicidade, caso contrário tem o efeito oposto. <p>TREINO:</p> <p>A orientação do NICE NG213 (2019) recomenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pelo menos 8 contrações 3 vezes ao dia. ✓ Ao treinar a mulher deve começar com o que ela pode fazer. Procurar atingir 10 contrações, sustendo cada uma por 10 segundos, 10 vezes seguidas e depois 10 contrações rápidas, 3 vezes ao dia. Lembrar-se de relaxar totalmente entre elas.
--	--------------------------------------	--

		<ul style="list-style-type: none">✓ Continuar com o treino dos MPP durante toda a gravidez e no pós-parto por um período 5 a 6 meses (mínimo de 3 meses), necessários para alcançar o mínimo de hipertrofia e, conseqüentemente, força muscular dos músculos do PP (Moosdorff-Steinhauser et. al., 2019; Sobhgol et al., 2019).✓ <i>The Knack</i> – consiste na contração forte e oportuna dos MPP antes do ato de tossir, espirrar ou levantar pesos.
--	--	---