

A influência do exercício dos músculos  
do pavimento pélvico na incontinência  
urinária na gravidez

Relatório de estágio

Patrícia Filipa Pereira e Silva

Porto, 2020



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

---

**A INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO DOS MÚSCULOS  
DO PAVIMENTO PÉLVICO NA INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA NA GRAVIDEZ**

THE INFLUENCE OF PELVIC FLOOR EXERCISES ON  
URINARY INCONTINENCE IN PREGNANT

Relatório de estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora Marinha do  
Nascimento Fernandes Carneiro

Patrícia Filipa Pereira e Silva

Porto, 2020



“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupery



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marinha Carneiro por orientar este relatório de estágio de natureza profissional, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança, pela compreensão, pela dedicação e por todos os ensinamentos durante o percurso.

Ao Centro Hospitalar Universitário de São João. E.P.E. e às equipas dos Serviço de Medicina Materno-fetal, Puerpério e Bloco de Partos, por me receberem tão bem e por me transmitirem todos os ensinamentos que me fizeram concluir este processo.

Ao Centro Hospitalar Universitário do Porto - Centro Materno-Infantil do Norte e à equipa do Núcleo de Partos por me terem acolhido e motivado nesta época de pandemia. Obrigada por me ajudarem a atingir os objetivos em tão curto período de tempo.

Aos meus orientadores que me apoiaram nas minhas maiores dificuldades, me deram o reforço positivo quando ele era necessário, e que fizeram dos meus objetivos os seus, o meu muito obrigada.

Às colegas de mestrado com quem partilhei esta experiência, o conhecimento e os desabafos deste desafio.

Aos meus pais, por todas as lágrimas que enxugaram, por todo o apoio, incentivo, encorajamento e pela paciência nos dias difíceis que passei. Obrigada por tudo! Obrigada por acreditarem em mim! Amo-vos!

A ti, Né, por todas as palavras de força e incentivo, por todos os *post-its* feitos e deixados na minha secretária para que sempre que os visse soubesse que era capaz! Amo-te minha piolhinha!

Ao Nuno, por se manter sempre do meu lado, apoiar-me em todos os momentos e, ainda assim, ter uma palavra de carinho nos momentos mais exigentes. Obrigada por todo o esforço! Obrigada por toda a paciência! Amo-te muito!

À Tatiana, à Patrícia e à Filipa por toda a dedicação e tempo despendido comigo e com este documento, com o objetivo de o tornar mais e melhor! Muito obrigada, adoro-vos!

E a todas as outras pessoas que amo, pelo tempo que não lhes consegui dedicar, mas que conto recuperar.



## RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional, expõe em retrospectiva o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao longo das respectivas áreas de intervenção, sendo elas: a Gravidez com complicações, o Trabalho de Parto e Parto e o Pós-Parto e Parentalidade.

Tendo como referência o cumprimento do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foram identificados focos de enfermagem, realizados diagnósticos de enfermagem, propostos objetivos e atividades com o intuito de serem concretizados através de intervenções de enfermagem orientadas e fundamentadas pela prática baseada na evidência.

Considerando a relevância de uma prática sustentada na evidência para o desenvolvimento do processo de cuidados planeados e implementados aos casais, foi dada ênfase a áreas que suscitaram maior reflexão, sendo uma delas a presença de incontinência urinária durante a gravidez. Assim sendo, o objetivo visa compreender de que forma o exercício dos músculos do pavimento pélvico pode ajudar na incontinência urinária durante a gravidez.

Com vista a atingir o objetivo anteriormente referido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

Neste sentido, foi possível verificar que o exercício dos músculos do pavimento pélvico deve ser iniciado de forma precoce na gravidez, de modo a prevenir que as alterações decorridas desta não aumentem o risco potencial de incontinência urinária no final da mesma. Desta forma, cerca de 62% das grávidas, que foram submetidas a exercício dos músculos do pavimento pélvico, são menos propensas a relatar sintomas de incontinência urinária no final da gravidez.

Através da investigação realizada conclui-se que é possível compreender que, independentemente do momento em que é iniciada a prática de exercício dos músculos do pavimento pélvico, o importante são os ganhos que as utentes podem atingir. Todavia, quanto mais precocemente forem iniciados, mais benefícios serão visíveis, quer durante a fase final da gravidez, quer, posteriormente no período pós-parto.

Palavras-chave: gravidez, exercício dos músculos do pavimento pélvico; incontinência urinária; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.



## ABSTRACT

This internship report describes retrospectively the process of acquisition and development of skills related to the professional exercise of Midwifery in the following areas of intervention: Pregnancy, Childbirth and Postpartum Work Childbirth, and Parenting.

Having as reference the accomplishment of the Nurse's Competence Regulation Specialist in Midwifery, nursing focuses were identified, nursing diagnoses were performed, and objectives and activities were proposed to be carried out through nursing interventions, oriented and substantiated by the evidence-based practice.

Considering the relevance of an evidence-based practice for the development of the care process planned and implemented for couples, the emphasis was placed on areas that aroused greater reflection, such as the presence of urinary incontinence during pregnancy. Therefore, the aim was to understand how the exercise of the pelvic floor muscles may help to decrease the incidence of urinary incontinence in the pregnancy through an integrative literature review.

In this context, it was possible to corroborate that the exercise of the pelvic floor muscles must start early in pregnancy in order to prevent that the normal modifications that occur during this period do not increase the potential risk of urinary incontinence at the end of it. Indeed, about 62% of pregnant women who were submitted to exercise of these specific muscles were found to be less likely to report symptoms of urinary incontinence in the end of pregnancy.

In conclusion, through this investigation, it was possible to understand that regardless of the pregnancy state when the exercise of the pelvic floor is initiated, the most important are the gains that users can achieve. However, the earlier they are started, the more benefits will be visible, both during the final stage of pregnancy and later in the postpartum period.

Keywords: pregnancy; pelvic floor muscle exercise; urinary incontinence; midwife.



## ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMO - Enfermeiro(s) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IU - Incontinência Urinária

MPP - Músculos do Pavimento Pélvico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PPT - Parto Pré-Termo

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

et al. - e outros

kg/m<sup>2</sup>- quilograma por metro quadrado

mg/dl - miligramas/decilitro

nº - número

p. - página

s.d. - sem data

% - percentagem



## ÍNDICE

<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>21</b>
<b>1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>
1.1. Adaptação do Casal à Gravidez e Parentalidade .....	25
1.1.1 A influência do exercício dos músculos do pavimento pélvico na incontinência urinária na gravidez .....	35
1.1.1.1 Introdução ao problema.....	36
1.1.1.2. Método .....	39
1.1.1.2.1. Formulação da Pergunta de Investigação.....	39
1.1.1.2.2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos .....	40
1.1.1.2.3. Localização e seleção dos estudos .....	41
1.1.1.3. Resultados .....	43
1.1.1.4. Discussão.....	48
1.1.1.5. Conclusão .....	55
1.2. Cuidado à Família durante o Trabalho de Parto e Parto .....	57
1.3. A descoberta do Papel Parental: Conceção dos cuidados após o nascimento .....	65
<b>2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>81</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Gravidez com complicações. ....	35
Figura 2: Diagrama do processo de seleção dos estudos.....	42
Figura 3: Esquema de orientação do programa de exercício dos MPP.....	54
Figura 4: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Trabalho de parto e parto. ....	64
Figura 5: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Autocuidado pós-parto e parentalidade.....	74



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão .....	41
Tabela 2 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da leitura .....	45
Tabela 3 - Síntese do registo de experiências do estágio de natureza profissional. ....	77



## NOTA INTRODUTÓRIA

No decorrer do processo formativo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no atual Regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, é dada a possibilidade ao estudante da realização de um estágio de natureza profissional, ao longo do segundo ano letivo, no âmbito da Gravidez com Complicações, do Trabalho de Parto e Parto e do Pós-Parto.

Neste sentido, o presente documento, visa representar em retrospectiva o processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências referentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tendo como referência o cumprimento do Regulamento de Competências do EEESMO, descrito e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2019, juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Por sua vez, as diferentes áreas de intervenção do estágio anteriormente referidas foram desenvolvidas no Centro Hospitalar Universitário de São João e no Centro Hospitalar Universitário do Porto - Centro Materno-Infantil do Norte ao longo do ano letivo de 2019-2020.

Adicionalmente, e ainda no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi proposto o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura (RIL) acerca de uma problemática relacionada com a prática clínica, permitindo desta forma, a busca pela melhor e mais atual evidência científica produzida acerca da mesma.

Constatou-se em contexto de estágio a existência de grávidas internadas por complicações da gravidez que apresentavam a roupa íntima molhada, no entanto, não se encontrava incluída como diagnóstico a incontinência urinária (IU). Por conseguinte, e tendo sido excluída a possibilidade de ser líquido amniótico pela negação do diagnóstico de rotura prematura de membranas por parte da equipa médica, pode-se considerar que a perda de líquido apresentava características de urina. Assim, tornou-se necessário compreender se o exercício dos músculos do pavimento pélvico (MPP) realizado ao longo da gravidez tem influência na IU durante a mesma.

Segundo a evidência científica, é possível constatar que existe uma maior prevalência de IU em mulheres grávidas, variando entre 0,7% a 35% com maior impacto durante o terceiro trimestre de gestação (Rocha, et al., 2017). Este facto, deve-se ao crescimento fetal intrauterino, provocando um aumento gradual do seu peso, exigindo, assim, uma capacidade de sustentação da musculatura pélvica. Neste sentido, afirma-se que como qualquer outro músculo, é necessário o treino do mesmo para se obter o melhor desempenho. Sendo assim, na inexistência de treino dos MPP, há predisposição para a ocorrência de IU no terceiro trimestre de gestação (Rocha, et al., 2017).

Para além da aquisição de conhecimentos e competências sobre esta área específica em enfermagem, outra das finalidades prende-se com o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da investigação. De modo a proporcionar uma maior e melhor aquisição dos mesmos ao longo do estágio e tendo como orientação o Regulamento do segundo ciclo de estudos, anteriormente referido, bem como o Regulamento de competências do EEESMO, foram considerados os seguintes objetivos:

- Demonstrar competências de elaboração do processo de enfermagem, identificando diagnósticos e realizando intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações;
- Demonstrar competências de elaboração do processo de enfermagem, identificando diagnósticos e realizando intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família durante o trabalho de parto e no parto;
- Demonstrar competências de elaboração do processo de enfermagem, identificando diagnósticos e realizando intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e/ou de risco;
- Descrever os problemas identificados na prática clínica e de que forma a evidência científica propõe a sua solução;
- Comparar a prática clínica com a evidência científica mais atual;
- Descrever as intervenções desenvolvidas e o seu objetivo de acordo com as evidências científicas;
- Avaliar as intervenções implementadas de acordo com a situação em causa, bem como de acordo com a evidência científica;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional;
- Operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final sobre a influência do exercício dos MPP na IU ao longo da gravidez;
- Desenvolver uma RIL sobre a influência do exercício dos MPP na IU ao longo da gravidez, de acordo com a evidência científica recente;
- Evidenciar capacidade autocrítica e reflexiva do exercício profissional enquanto estudante.

Para o efeito, ao longo do primeiro capítulo é descrito e analisado o processo de desenvolvimento de competências específicas, nas diferentes áreas de atuação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A apresentação destas diferentes áreas tem uma ordem cronológica - Gravidez com complicações, Trabalho de parto e parto e Pós-parto - sendo que esta ordem não respeita a ordem pela qual foram realizados os diferentes módulos do estágio de natureza profissional. Ainda ao longo do primeiro capítulo, é contemplado um subcapítulo inerente ao processo de investigação desenvolvido que inclui, a introdução ao problema, o enquadramento metodológico, os resultados, a discussão e a conclusão da RIL realizada. E por fim, no último capítulo expõe-se a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante.

O desenvolvimento do presente relatório fundamentou-se na utilização da prática baseada em evidência. Sendo que, mais do que um método de trabalho, caracteriza-se como uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem. Desta forma, para a consecução deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso às seguintes bases de dados: EBSCO e PUBMED.



## **1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

De acordo com o Regulamento das competências específicas do EEESMO, n.º 391/2019, a OE prevê que este profissional seja capaz de atuar, de forma autónoma, em todas as situações de baixo risco que sejam relacionadas com os processos fisiológicos e do ciclo reprodutivo da mulher; prevê, igualmente, que este seja capaz de atuar, de forma autónoma e interdependente, em casos de processos patológicos e disfuncionais relacionados com os processos fisiológicos e do ciclo reprodutivo da mulher. Neste sentido, é esperado que o EEESMO seja capaz de ter uma intervenção diferenciada, no que diz respeito ao acompanhamento da mulher/grávida, do casal e da família, quer no processo patológico, quer na preparação e adaptação à parentalidade, respeitando a sua cultura, os seus ideais e os seus projetos de vida. Desta forma, pode-se afirmar que este é o objetivo maior do estágio de natureza profissional, ou seja, dotar o estudante de competências diferenciadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para que este seja capaz de, autonomamente, intervir em contextos de alterações do status de saúde da mulher/grávida, do casal e da sua família.

Ao longo do estágio de natureza profissional prestaram-se cuidados de enfermagem diferenciados nesta área. Neste sentido, para a prestação destes cuidados, foi fundamental que estes fossem suportados na melhor evidência. Desta forma, com o objetivo de atingir a excelência destes mesmos cuidados, a prática baseada na evidência serviu para orientar, a prestação de cuidados de saúde implementados, para que fossem de acordo com a necessidade do indivíduo/população. Por consequência, ao longo do documento serão descritas e analisadas as intervenções e as competências adquiridas em contexto de estágio.

### **1.1. Adaptação do Casal à Gravidez e Parentalidade**

Em Portugal, o EEESMO é orientado segundo os enunciados descritivos nos Padrões de Qualidade da OE, no domínio do Colégio da Especialidade. Por conseguinte, segundo a OE (2018), o EEESMO deverá ser capaz de demonstrar uma elevada capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão nos diversos contextos da sua prática profissional.

Tendo em conta a intervenção do EEESMO, é possível afirmar que o período no qual este se encontra mais tempo envolvido com o casal é durante a gestação. Portanto, o EEESMO pode contribuir com maiores ganhos em saúde, quer para a mulher, quer para o casal grávido, quer para a família. Ganhos esses que poderão proporcionar uma adaptação favorável à gravidez, quer na demonstração de volição para aprender sobre a gravidez e o processo da

parentalidade, quer para demonstrar uma maior capacidade de identificação de sinais e sintomas de potenciais complicações da gravidez, quer ainda, na possibilidade, caso seja necessário, de uma melhor gestão dos efeitos colaterais associados à gravidez.

Neste sentido, no âmbito do módulo “Gravidez com complicações” realizado no Centro Hospitalar Universitário de São João, no serviço de internamento de Medicina Materno-fetal, foi permitida a aprendizagem de novas competências e a mobilização dos conhecimentos adquiridos anteriormente para o contexto da prática clínica. Nesta instituição são acompanhadas as grávidas com complicações associadas, seja pela presença de patologia materna ou obstétrica relevante ou pela presença de fatores de risco importantes como a idade materna (igual ou superior a 40 anos), a obesidade (índice de massa corporal igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup>) ou por baixo peso materno (índice de massa corporal igual ou inferior a 18 kg/m<sup>2</sup>) ou, ainda, por outras condições sociais adversas (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Campos, 2014).

A classificação de gravidez de risco está dependente de diversos critérios e fatores, entre os quais, os fatores demográficos ou socioeconómicos (adolescência, idade materna avançada, índice de massa corporal igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup> ou igual ou inferior a 18 kg/m<sup>2</sup>), comportamentais (toxicod dependência, alcoolismo, tabagismo) e antecedentes relacionados com complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez atual ou patologia própria da gravidez atual (Ayres de Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008; London, Ladewig, Davidson, Ball & Cowen, 2010; Montenegro et al., 2014).

O Centro Hospitalar Universitário de São João é considerado o hospital de referência do Norte, quando é necessário transferir alguma grávida no contexto de saúde-doença, pelo que, desta forma, é possível constatar que a probabilidade de se vivenciar situações mais complexas, poderá ser maior. Como consequência do que foi referido anteriormente, foi possível acompanhar grávidas com diferentes fatores de risco, patologias associadas, complicações obstétricas, bem como mulheres pertencentes a contextos sociais e culturais diferentes, tais como: de etnia cigana, mulheres brasileiras, casais homossexuais que permitiram a aquisição de competências e conhecimentos diferenciados.

Assim, houve a possibilidade de acompanhar e observar diversos casos clínicos como: mulheres com situações de abortamento; com metrorragias durante a gravidez; com restrição de crescimento intrauterino; com pré-eclâmpsia; com alterações do líquido amniótico, oligoâmnios, hidrâmnios ou anidrâmnios; com ameaça de parto pré-termo; com retenção de ovo desvitalizado e com infeção do trato urinário.

Todavia, no serviço de Medicina Materno-fetal as situações de casais em contexto de abortamento foram algo comuns, permitindo, assim, apoiá-los no processo de luto.

Inicialmente, foi essencial refletir sobre a importância de ter um filho para um casal. Hoje em dia, a prioridade na vida da maioria dos casais é a estabilidade profissional, que é uma

necessidade para a estabilidade financeira, algo importante para o futuro do novo membro da família. No entanto, esta estabilidade profissional e financeira é algo que a maioria dos jovens tendem a ter dificuldade em conseguir atingir precocemente, acabando por adiar, desta forma, a constituição de família (Oliveira, 2005; Oliveira et al., 2013; Soares, 2014). Em contrapartida, tendo em conta que esta decisão é adiada durante muito tempo, quando passa a ser uma decisão consumada existe um enorme investimento emocional quer pelo casal quer pela família (Bondas & Eriksson, 2001; Martins, 2012; Soares, 2014).

Atualmente, a precocidade com que é possível diagnosticar uma gravidez com tão poucas semanas, “... acarreta a vivência de muitos processos de perda/luto que há alguns anos atrás não eram percebidos” (Rolim & Canavarro, 2001; Soares, 2014, p. 35). Estas perdas conduzem a muitas outras situações, tais como: o modo como a mulher e o homem vivenciam este processo de luto e o impacto que este terá nas suas vidas.

Por vezes, as mulheres encaram esta situação de perda como uma “falha pessoal e perda de um projeto de vida, culpabilizando-se pela perda do seu filho, principalmente se a gravidez foi adiada em detrimento da carreira profissional” (Pontes, 2009; Mendonça, 2011; Soares, 2014, p. 35). O contacto com os casais em luto, nem sempre foi fácil, visto que estes apresentavam dificuldade na expressão de dor e de perda, pelo que o diálogo foi por vezes uma dificuldade. Sendo este um tabu na sociedade atual, também os profissionais da saúde demonstram alguma dificuldade na sua abordagem, principalmente quando diz respeito à morte de um filho. Ocorre, comumente, o erro de se falar algo indevido e de tentar confortar os pais com discursos menos adequados, quando é preferível adotar o silêncio do que tentar solucionar a perda com a idealização de um novo projeto de vida, por exemplo.

Tendo sido uma situação muito frequente, procurou-se estar devidamente informada do que é esperado num processo de luto, de forma a conseguir detetar precocemente as necessidades destes casais.

Sabe-se que o ser humano tem tendência a “procurar figuras de apego para sua proteção e segurança e que tais laços podem perdurar durante todo o ciclo vital, mas que geram intenso sofrimento quando há uma separação e perda” (Pereira, 2014, p.7), desenvolvendo-se assim, a Teoria do Apego segundo Bowlby. Neste sentido, Barbosa (2010; Pereira, 2014) definem a perda como uma mudança em que um indivíduo está sujeito à privação de alguém, sendo que o luto é a reação esperada para a perda. Esta teoria engloba três fases/dimensões para a vivência do problema, referindo-se a três processos de vivência desta perda, sendo eles: o evitamento, a assimilação e a acomodação. Por consequência, os mesmos autores referem que o processo de luto se divide em três fases fundamentais, sendo elas: o choque ou negação, em que o indivíduo vai negando o acontecimento e evitando-o; a segunda fase é a desorganização ou o desespero em que o indivíduo inicia o processo de consciencialização, manifestando tristeza, dor emocional, preocupação, desespero, perda de objetivos futuros, vai manifestando recordações do ente querido, pode isolar-se e manifestar problemas somáticos, tais como: cefaleias, perda de apetite ou de sono, entre outros; e a terceira e

última fase, diz respeito ao momento em que o indivíduo inicia o seu restabelecimento, assumindo a perda e reajustando-se ao mundo (Pereira, 2014).

Rolim e Canavarro (2001) realizaram um protocolo terapêutico de modo a orientar o profissional da saúde em relação às intervenções que devem ser seguidas no que diz respeito aos cuidados prestados ao indivíduo que vivencia o processo de luto. A primeira intervenção caracteriza-se pela detecção de possíveis pais e/ou familiares que poderão não vivenciar o processo de luto de forma adequada, sendo estes considerados de risco. Os fatores de risco que contribuem para uma vivência não facilitadora são: “idade, o relacionamento conjugal, as crenças, os fatores diretamente ligados à gravidez como a motivação e o desejo de ter um filho, a duração da gestação, a história prévia de perturbações de personalidade ou emocionais e as características da pessoa” (Soares, 2014, p. 36). A segunda intervenção refere que toda a informação existente sobre a situação deve ser dada aos pais, desde que estes manifestem essa vontade. Sendo assim, deve ser permitido ao casal ver o seu filho, estarem algum tempo com ele com privacidade, de modo a conseguirem recolher recordações e a se despedirem do mesmo, caso seja possível. Deve, também, ser dada a oportunidade ao casal de falar sobre a sua perda, para que estes possam verbalizar os sentimentos e emoções que estão a vivenciar, mas para que estes possam, também, iniciar o processo de luto. A terceira intervenção diz respeito ao processo de luto, ou seja, dar a conhecer o processo de luto ao casal, para que este saiba o que irá experienciar e destacar que cada ser humano reage de maneira diferente ao luto, pelo que desta forma, a vivência do casal pode ser diferente, tendo em conta que até existe diferença na vivência do processo de luto entre homem e mulher (Soares, 2014). Neste sentido, a aquisição deste conhecimento proporcionou uma maior facilidade, no que diz respeito a ajudar e a apoiar o casal na reintrodução do quotidiano habitual, de modo a que este fosse capaz de identificar novos objetivos de vida e encontrar novos significados.

Assim, estando consciente destas fases do processo de luto, conseguiu-se, não só identificar em que fases os clientes se encontravam, mas também identificar, precocemente e antecipadamente as necessidades que decorreriam deste processo. E, assim, estando consciente que pode existir a necessidade de solicitar, se for necessário, o apoio psicológico para esta família, quer de modo a facilitar e colaborar na vivência do processo de luto, quer na detecção de uma má vivência deste processo (Pereira, 2014).

Desta forma, a pesquisa realizada acerca desta temática, permitiu uma adequação dos cuidados prestados a estes casais, proporcionando-lhes, sempre que demonstraram vontade, o espaço e o tempo necessários para que usufríssem do seu filho, permitindo-lhes, assim, despedirem-se dele, criando as suas recordações.

Tal como já referido anteriormente, ainda ao longo do primeiro trimestre de gestação, foram assistidos alguns casais que vivenciaram o processo de luto, mas em que o diagnóstico médico era de retenção de ovo desvitalizado.

A retenção de ovo desvitalizado diz respeito a um “ovo anembrionado e a morte embrionária/fetal” (Coelho, 2011, p. 4), sendo assim, pode-se afirmar que esta gestação é inviável. Nestas situações, a mulher pode apresentar uma “perda hemática vaginal ligeira, dores hipogástricas leves a moderadas, ou pode ser totalmente assintomática.” (Coelho, 2011, p. 5). Após o diagnóstico é dada à mulher a possibilidade de escolha de uma atitude expectante, do tratamento médico ou do tratamento cirúrgico. No entanto, apenas são tidas em conta, a atitude expectante e o tratamento médico, visto que o tratamento cirúrgico acarretava eventuais complicações, tais como: perfuração uterina, aderências intrauterinas e lesão cervical (Coelho, 2011). Desta forma, os estudos demonstram mais benefícios no tratamento médico, uma vez que a sua eficácia é de 80-87%, comparativamente com a atitude expectante que apresenta apenas 29-32% (Coelho, 2011).

Assim, nas mulheres que optaram pelo tratamento médico para terminar a gravidez, foi iniciado o protocolo de resolução de retenção de ovo desvitalizado, que consiste na administração de três comprimidos, previamente humedecidos, de prostaglandina E1 (nome farmacológico - misoprostol), correspondente a 600 mcg, inseridos no fundo de saco vaginal posterior com um intervalo entre administrações de quatro horas até completar três administrações. Antecedendo o procedimento, foi solicitado o consentimento informado dos casais, por parte da equipa médica e, posteriormente, os casais foram informados dos efeitos colaterais que poderiam surgir, tais como: dores abdominais, hipertermia, náuseas, vômitos e diarreia (Soares, 2014).

Após a administração, e tendo em conta os efeitos colaterais, foi necessário realizar atividades de vigilância, de modo a detetar precocemente alguma complicação oriunda do procedimento. Neste sentido, após o início do tratamento, foi realizada a monitorização da temperatura corporal e da pressão sanguínea de quatro em quatro horas, ou seja, coincidindo sempre com a administração seguinte. No entanto, também foi necessário vigiar a dor e, caso esta existisse, monitorizá-la e proceder à administração da analgesia previamente prescrita. A vigilância das perdas hemáticas vaginais foi, igualmente, uma atividade de vigilância necessária e pertinente, tendo em conta que poderiam ser eliminados os produtos da concepção (Soares, 2014). Após 10 horas da primeira administração, era realizada uma avaliação médica e uma ecografia transvaginal para avaliar a eficácia do tratamento, bem como a necessidade de o repetir. “Este tratamento poderá ser repetido até três vezes e apresenta uma taxa de sucesso de 90% considerando como critério de sucesso a ausência de saco gestacional por visualização ecográfica” (Ayres de Campos et al., 2008; cit Soares, 2014, p.37).

A ameaça de parto pré-termo foi outra das situações, comumente, vivenciada ao longo do módulo, sendo definida como “... a ocorrência antes das 37 semanas de gestação de contratilidade uterina frequente e regular com formação do segmento inferior, mas sem repercussão cervical” (Montenegro, et al., 2014, p.81), e desta forma, foi possível a identificação de contratilidade uterina regular através da cardiotocografia.

Contudo, é necessário fazer a distinção entre ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo (PPT). Salieta-se que é um diagnóstico diferencial, difícil de estabelecer, visto que tanto numa situação como noutra, a mulher manifesta contrações uterinas dolorosas acompanhadas da distensão do segmento inferior do colo uterino (Akerlund et al., 2004; Barros et al., 2010; Soares, 2014). A atuação clínica, bem como o prognóstico pré-natal, estão dependentes deste diagnóstico diferencial, pois cada um dos diagnósticos tem intervenções clínicas diferentes.

De acordo com os autores anteriormente referidos, um dado que ajuda no diagnóstico diferencial é a existência de extinção e dilatação do colo uterino, quando associada a este quadro de contrações uterinas dolorosas e regulares. Desta forma, poderemos acreditar que estaremos perante uma situação de PPT.

A etiologia do PPT é desconhecida e multifatorial e, segundo Soares (2014), a incidência de PPT na Europa tem vindo a aumentar, variando entre seis a dez por cento.

No entanto, também é possível recorrer à avaliação de marcadores químicos, tal como, a fibronectina fetal. Esta glicoproteína, previamente referida, é produzida pelo âmnio, uma das membranas constituintes da bolsa amniótica, promovendo a adesão entre as membranas fetais e a decídua. Por norma, a fibronectina fetal está presente na secreção vaginal da grávida nas primeiras 22 semanas de gestação e após a 36.<sup>a</sup> semana gestacional, quando o parto se está a aproximar. Contudo, quando este marcador químico se apresenta aumentado antes da 36.<sup>a</sup> semana de gestação, poderemos estar perante uma situação de ameaça de parto pré-termo ou de PPT (Montenegro et al., 2014; Santos, 2020). Desta forma, quando os valores de fibronectina fetal se encontram negativos, mas a grávida apresenta contratilidade uterina regular e dolorosa, existe a indicação clínica de realizar o teste de fibronectina fetal após duas semanas, caso a sintomatologia se mantenha; caso o teste seja positivo, é necessário avaliar o comprimento do colo uterino; assim, se o comprimento do colo uterino for superior a 30mm a grávida terá alta clínica; se o comprimento for igual ou inferior a 30mm, é proposto o internamento à mulher com indicação para a vigilância cardiotocográfica bidária, repouso no leito, possível maturação fetal com corticoterapia e tocólise, caso ocorram alterações cervicais (Montenegro et al., 2014).

Assim sendo, a indicação de repouso no leito é, ainda nos dias de hoje, alvo de estudo e controvérsia, visto que não existe evidência científica suficiente que comprove que efetivamente esta intervenção/prescrição diminua a ocorrência de PPT (Soares, 2014). No entanto, esta indicação produz efeitos na vida destas mulheres, tais como: a alteração da sua independência, no que diz respeito aos autocuidados; alteração do padrão intestinal; manifestação de medo de como irá findar a gravidez; medo de não ser possível manter a sua presença nas sessões de preparação para o parto e para a parentalidade, entre outros.

A indicação de repouso relativo e/ou absoluto, tendo em conta que é uma indicação médica,

à semelhança da administração de medicação, pressupõe também uma atividade resultante de prescrição. Desta forma, é necessário explicar qual o porquê da sua prescrição e quais as implicações que a mesma tem para a situação atual da grávida. Por outro lado, é necessário também prestar os cuidados inerentes a esta prescrição, tendo em conta que a grávida passa a estar confinada, grande parte do tempo ao leito, e, assim sendo, todas as restantes intervenções surgem de um processo de enfermagem que pressupõe a identificação de problemas.

A literatura afirma que as mulheres grávidas que se encontram em repouso apresentam diminuição da tonicidade muscular, diminuição do peso corporal, redução da massa muscular, obstipação e diminuição da massa óssea. Assim sendo, devido a esta prescrição, passa a ser necessário o apoio no autocuidado, no que diz respeito ao banho, uso do sanitário, vestir e despir e alimentar-se. Desta forma, no serviço o repouso absoluto era definido como repouso no leito em que a grávida não deveria sair do mesmo para nenhum tipo de atividade. Passava a ser então necessário a prestação de cuidados no leito, isto é, foi necessário dar o banho na cama, sendo que a grávida realizava a higiene da parte superior do corpo, bem como a sua higiene íntima, sendo substituída na higiene dos membros inferiores, o mesmo acontecia para o autocuidado vestir-se e despir-se; foi, também necessário apoiar no uso do sanitário, sendo que a grávida apenas realizava a sua higiene íntima e era substituída no restante autocuidado; no que diz respeito ao autocuidado alimentar-se, apenas era necessário colocar o tabuleiro junto da mesma.

Tendo em conta a existência do aumento da probabilidade de obstipação foi, sempre que de acordo com a grávida, solicitada uma dieta rica em fibras, com o objetivo de antecipar esta situação. Foi, ainda, pedido à grávida que mantivesse uma ingestão hídrica adequada, de acordo com a indicação médica.

Por se encontrar no leito e ocorrer uma diminuição da tonicidade e massa muscular, a grávida era incentivada a realizar exercícios que poderiam ativar os músculos dos membros inferiores, como por exemplo, a flexão dorsal e plantar do tornozelo. A literatura também afirma que, após alguns dias desta prescrição, a grávida pode apresentar sinais de “fadiga, hostilidade, isolamento social, ansiedade, aumento da tendência para síndromes depressivas...” (Bigelow e Stone, 2011; cit. Soares, 2014, p. 38). De forma a tentar antecipar o desenvolvimento destas emoções existiu, quando possível, o cuidado de atribuir uma cama perto da janela a esta grávida e esta incentivada a solicitar aos seus familiares para trazer livros, computador, ou algo que lhe fosse útil para se manter mais ocupada ao longo do internamento. Assim, foi necessário abordar o sentimento de impotência e dependência referido por algumas das grávidas neste contexto, esclarecendo a necessidade da manutenção do repouso e o impacto que tem no decorrer da gravidez. Foi ainda trabalhado o medo que foi referido anteriormente, através da realização de esclarecimentos de dúvidas existentes, bem como da concretização de ensinamentos sobre a preparação para o parto e para a parentalidade, tais como: as básculas, os diferentes tipos de respiração, o relaxamento e os respetivos cuidados ao recém-nascido.

Algumas das grávidas que se encontravam em repouso no leito estavam a realizar tocólise e esta tem como objetivo diminuir a contratilidade uterina. Esta está indicada em grávidas com idades gestacionais entre a 24.<sup>a</sup> e a 34.<sup>a</sup> semana e 6 dias que estejam em trabalho de PPT, bem como para grávidas que não tiveram a possibilidade de terminar o ciclo de maturação fetal através da corticoterapia, proporcionando um aumento do tempo para que esta seja administrada (Montenegro et al., 2014). De acordo com o contexto de estágio e, tendo em conta os agentes tocolíticos existentes, o mais habitualmente utilizado foi o atosiban, sendo um inibidor dos recetores de ocitocina. Após a sua administração, vigiou-se a existência de náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas (Montenegro et al., 2014).

Relativamente à corticoterapia como método de estimulação da maturação fetal, esta permite reduzir “... a incidência de morte neonatal, síndrome de membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo.” (Montenegro et al., 2014, p. 76). Está indicada a todas as grávidas entre as 24 semanas e as 34 semanas e 6 dias de gestação, em que esta se encontre em risco, devido a ameaça de parto pré-termo, hemorragia de origem uterina, rotura prematura de membranas ou qualquer outra situação que possa culminar num PPT. Apesar de existirem dois fármacos que podem ser utilizados para este efeito, a betametasona e a dexametasona, a utilizada no contexto de estágio foi a dexametasona. Normalmente, o ciclo de estimulação da maturação fetal é associado ao ciclo de tocólise, iniciando-se os dois ao mesmo tempo.

Uma situação percecionada diversas vezes, foi a falta de conhecimento que as mulheres e o casal grávido manifestavam por não terem tido a possibilidade de continuar a participar nas sessões de preparação para o parto e parentalidade. Neste sentido, teve-se como objetivo dotar estas mulheres e casais grávidos de conhecimentos que não conseguiram adquirir na comunidade, devido ao internamento. No entanto, foi realizada a vigilância da presença de contratilidade uterina, da rotura prematura de membranas, da dor, do bem-estar fetal, bem como materno.

Idealmente, poderia ser bastante oportuno para estes casais a elaboração das sessões de preparação para o parto e parentalidade em contexto hospitalar, ou seja, facilitando assim a aquisição de conhecimentos, bem como o esclarecimento de dúvidas que poderiam existir acerca desta nova realidade que iriam vivenciar.

Realça-se, ainda, que qualquer intervenção resultante de prescrição médica acarreta atividades de vigilância após a realização da mesma, como por exemplo: a administração de agentes tocolíticos e de corticoterapia. Neste seguimento, a administração de um agente tocolítico, como o atosiban, acarretou atividades de vigilância, tais como: a vigilância da pressão arterial, a vigilância da presença de náuseas e/ou vômitos, de tonturas e ou cefaleias, bem como a presença de sinais ou sintomas sugestivos de reação alérgica. No que diz respeito à administração de corticoterapia, esta acarretou atividades de vigilância, tais como: a vigilância de desconfortos gastrointestinais e a presença de sinais ou sintomas

sugestivos de reação alérgica.

Contudo, por vezes, acontece a situação oposta à ameaça de parto pré-termo ou ao PPT, ou seja, a maturação cervical e a indução do trabalho de parto, situações estas, também, vivenciadas em contexto deste módulo. Assim sendo, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2015) define que as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez, constituem um dos critérios para a proposta deste processo, desde que não seja necessário que o nascimento ocorra em poucas horas. Acrescenta-se, ainda, a “... patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, o oligoâmnios em gestação de termo, a restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal...” (DGS, 2015, p. 2), e a gravidez sem complicações que atingiu as 41 semanas completas. Contudo, a DGS (2015) afirma que de modo a evitar complicações neonatais, os procedimentos de maturação cervical e de indução do trabalho de parto não devem ser realizados em gestações com menos de 39 semanas, exceto em situações que a terminação da gravidez apresente claro benefício para a saúde materna ou fetal. Por conseguinte, foi possível não só perceber o conhecimento que as grávidas tinham sobre o procedimento e, quando necessário, elucidá-las sobre o mesmo, mas também acompanhar e abordar os períodos do trabalho de parto. Foi, ainda, possível trabalhar as básculas e as diversas posições que facilitavam as diferentes fases do trabalho de parto, bem como apoiar as grávidas nos momentos em que surgiam as contrações uterinas e, também, trabalhar alguns dos métodos não farmacológicos de controlo da dor, tais como: a respiração, a utilização de música ou o uso de posições antiálgicas.

A pré-eclâmpsia é uma das patologias maternas em que a maturação cervical e a indução do trabalho de parto podem ser consideradas, tendo sido também uma das situações experienciadas em contexto deste módulo. Assim, apenas foram vivenciadas situações de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade. Neste sentido, esta corresponde a uma elevação dos valores da pressão arterial, sendo superiores ou iguais a 140/90 mmHg, e o surgimento de proteinúria, apresentando valores superiores a 300 mg/24h, a partir da 20.<sup>a</sup> semana de gestação em mulheres que previamente à gravidez eram normotensas (Montenegro et al., 2014).

Nas situações de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, foi de extrema importância a monitorização da pressão arterial e da diurese, bem como a vigilância do surgimento de cefaleias persistentes, perturbações visuais, epigastralgias, dor no quadrante superior direito e hiperreflexia, eclâmpsia e/ou restrição do crescimento fetal, pois a presença dos mesmos poderá indicar um agravamento do diagnóstico (Montenegro et al., 2014).

Montenegro et al. (2014) referem que quando a grávida com pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade é internada para vigilância da mesma, está indicado o repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente; a monitorização da pressão arterial de quatro em quatro horas e da proteinúria, bem como a monitorização do peso e da diurese em dias alternados. Neste sentido, a orientação que é proposta relativamente ao parto é a sua

programação, a partir da 36.<sup>a</sup> semana de gestação, optando, primeiramente, pela maturação cervical, e, posteriormente, pela indução do trabalho de parto (Montenegro et al., 2014).

Neste contexto da gravidez com complicações, foi possível perceber o medo que as mulheres e os casais grávidos vivenciaram, medo esse que se traduzia não só na vivência da gravidez, mas também na ligação mãe-filho/pai-filho. Se por um lado foi observado que alguns casais manifestavam uma maior ligação mãe-filho/pai-filho, devido a estas intercorrências ao longo da gravidez, por outro lado foi, também, verificado casais que demonstravam uma ligação mãe-filho/pai-filho menor, como que tentando protegerem-se de uma possível desilusão inesperada. Assim, verificou-se que há um papel crucial no acompanhamento dos casais grávidos, na transmissão de conhecimentos e competências, bem como na forma em que são apoiados no que diz respeito à sua vivência da gravidez e adaptação à parentalidade.

Relativamente à parentalidade, esta é uma nova etapa do ciclo vital, que originará uma transição para a mãe, para o pai, para o casal e para a família, que irá redefinir papéis e relações, alterar rotinas quotidianas e adquirir competências que permitam cuidar deste novo membro da família (Silva, 2012). Esta transição também afeta a díade, que após o nascimento deste novo membro, passa a tríade e, é neste contexto, que originará as alterações das rotinas quotidianas, bem como a aquisição de novos conhecimentos e competências, principalmente por parte dos progenitores. Neste sentido, pode-se afirmar que esta transição é uma transição múltipla (Silva, 2012).

No entanto, existem aspetos que podem alterar esta vivência, tais como:

“decurso da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento, antecedentes familiares, comportamento socio-emocional e acontecimentos de vida no ano anterior à gravidez, bem-estar fetal/recém-nascido, relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional.” (Canavaro, 2001, cit. por Monteiro, 2012, p. 17).

Assim, de modo a facilitar esta transição, foram abordadas questões relacionadas com a parentalidade com os casais em que a gravidez se encontrava saudável, estável e com mais de 34 semanas de gestação. O objetivo era não só a partilha de emoções e dúvidas sobre a temática, mas também colmatar uma possível falha que naquele momento existisse, devido ao internamento e há impossibilidade de estar presente nas sessões de preparação para a parentalidade. Facto este que foi várias vezes verbalizado pelas grávidas, principalmente primigestas, que se assumiam inseguras por não concluírem o programa de preparação para a parentalidade no qual a grande maioria se encontrava inscrita e a frequentar.

Por esta razão, o EEESMO assume um papel fulcral, no que diz respeito ao apoio destas vivências e das ligações que são estabelecidas, ou não, durante a gravidez, tentando ajudar a uma melhor transição para a parentalidade.

Refletindo sobre este módulo, experienciou-se diversas emoções com os casais, bem como foi bastante gratificante apoiá-los e verificar que foi possível fazer a diferença na vida destas pessoas que não vivenciaram uma gravidez saudável.

A realização deste módulo proporcionou, ainda, a visualização de situações que, por vezes, apesar de serem algo comum na sociedade, se observam ainda como tabus e temáticas difíceis de abordar e trabalhar por serem tão íntimas e, ao mesmo tempo, dolorosas. Neste sentido, é possível verificar que o EEESMO ainda tem um grande trabalho a fazer no que diz respeito às mesmas, não só a preparar-se melhor para cuidar destes casais, mas para fazer com que estas situações deixem de ser um tabu e passem a ser vivenciadas e faladas como algo que acontece e merece o seu luto. Desta forma, não só os casais poderão ter uma melhor vivência por falarem sobre a situação, como também poderão perceber que não são os únicos que a estão a experienciar.

Neste sentido, o diagrama representado de seguida expõe as situações que foram vivenciadas conforme a sua frequência.

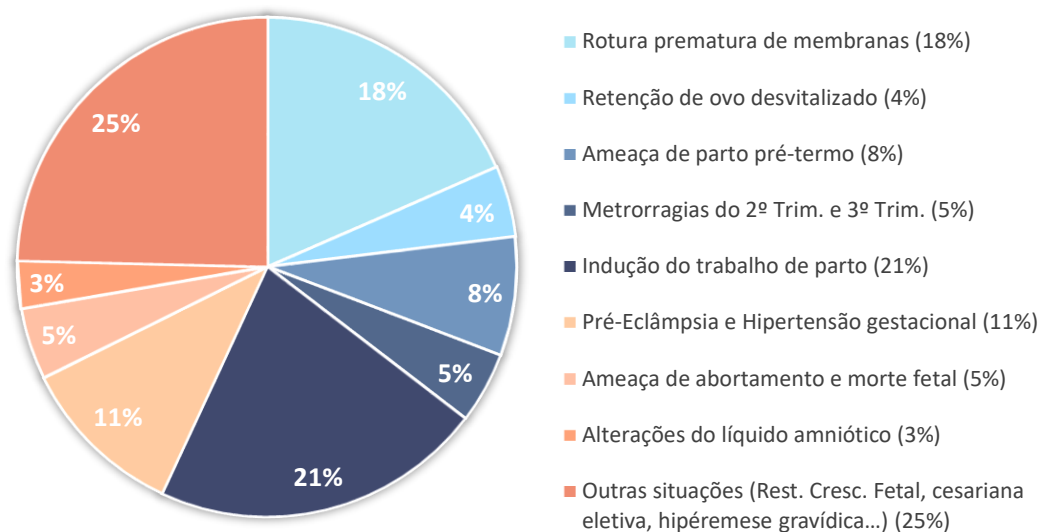


Figura 1: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Gravidez com complicações.

Desta forma, em jeito de conclusão, constatou-se que pode ser difícil gerir as vivências que se experienciam, mas haverá algo mais gratificante do que saber que ao fim de um turno se ajudou alguém a ultrapassar uma das situações mais dolorosas ou difíceis que possivelmente vivenciará na sua vida?

### 1.1.1 A influência do exercício dos músculos do pavimento pélvico na incontinência urinária na gravidez

Durante a gravidez são inúmeras as alterações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e

até culturais que a mulher vivencia (Costa et al., 2010). Das inúmeras alterações, as mais evidentes são as corporais, tais como: o aumento do tamanho das mamas, o aumento do tamanho do útero e, conseqüentemente, o aumento do tamanho da cavidade abdominal, entre outras. Assim, pode-se afirmar que decorrente destas alterações a nível da cavidade abdominopélvica surge a exigência de que a musculatura presente nesta região se encarregue de sustentar não só os órgãos internos desta cavidade, como também o feto que se encontra em constante desenvolvimento e crescimento (Costa et al., 2010).

É de realçar que o crescimento do feto na cavidade uterina da mulher irá provocar um aumento gradual do seu peso, exigindo uma capacidade de sustentação da musculatura pélvica. Desta forma, afirma-se que como qualquer outro músculo, é necessário o treino do mesmo para se obter o melhor desempenho. Sendo assim, na inexistência de treino dos MPP, há predisposição para a ocorrência de IU no terceiro trimestre de gestação (Rocha, et al., 2017). Tendo em consideração que é o momento da gestação em que há uma maior exigência desta musculatura pelo aumento ponderal do feto, não estando esta musculatura treinada, demorará mais tempo a recuperar a sua capacidade de sustentação inicial.

Assim sendo, com o objetivo de explorar a temática relacionada com a IU na gravidez, foi realizada uma pesquisa científica, tendo-se optado pela metodologia da RIL.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.759), a RIL incorpora a “análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica”. Desta forma, vai proporcionar a apresentação do estado de arte e permitir que seja realizada uma síntese dos dados recolhidos de diversos estudos, de modo a possibilitar retirar conclusões gerais sobre uma determinada problemática em estudo.

Com esta RIL sobre a influência do exercício dos MPP na IU durante a gravidez, ambiciona-se integrar os resultados da pesquisa científica na prática e na atuação profissional do EEESMO, tendo como objetivo a tomada de decisão e a melhoria dos cuidados de enfermagem.

É possível identificar esta problemática como algo que afeta a qualidade de vida das mulheres, e, desta forma, é necessário implementar medidas preventivas, no sentido de melhorar a força muscular do pavimento pélvico, bem como evitar que a IU comprometa a vivência da gravidez destas mulheres.

#### **1.1.1.1 Introdução ao problema**

A mulher adulta é, por vezes, afetada por diversos tipos de disfunção do pavimento pélvico

incluindo os prolapso de órgãos, a IU e fecal, as anormalidades sensoriais e as de esvaziamento do trato gastrointestinal e do trato urinário inferior (Roza, 2011). Das situações inumeradas anteriormente, atualmente, a disfunção do pavimento pélvico mais comum é a IU, sendo que é estimado que cerca de 50% das mulheres sofra desta doença e que, por vergonha ou falta de conhecimento das opções de tratamento disponíveis, apenas, 25 a 61% é que o procura (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Segundo a evidência científica, é possível constatar que existe uma maior prevalência de IU em mulheres grávidas, variando entre 0,7 a 35% com maior impacto durante o terceiro trimestre de gestação (Rocha, et al., 2017).

Desta forma, pode perceber-se que estas mulheres tendem a viver com a IU ao longo da sua vida sem procurar ajuda para a resolução deste problema, originando, assim, um decréscimo na sua qualidade de vida (Briggs, 2006; Briggs, 2011; Gonçalves, 2013). Este decréscimo está associado ao aparecimento de depressão, ansiedade, isolamento social e a dificuldades laborais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Para além disto, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018) afirma ainda que também afetará a vivência sexual destas mulheres, pelo medo de IU durante o ato sexual. Acrescenta-se ainda que, a IU associa-se a outras comorbilidades, tais como: infeções perineais, perturbações do sono, quedas e fraturas, no que diz respeito à população mais idosa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Consequentemente, tendo em conta o que foi referido anteriormente, é possível constatar que a IU acarreta muitos custos para o Sistema Nacional de Saúde, pois engloba custos relacionados com o seu tratamento como, também, com o tratamento das morbilidades associadas.

A IU é definida, pela International Continence Society (2015), como qualquer perda involuntária de urina. A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018, p. 7) afirma que a prevalência da IU “em mulheres com idade superior a 20 anos, não grávidas, varia entre 25 e 45%”, apesar desta não estar ainda bem estabelecida.

São inúmeros os fatores de risco associados à IU, tais como: a idade, a obesidade, a paridade, a gravidez e a via de parto, a realização de terapêutica hormonal pós-menopausa, a histerectomia, o nível socioeconómico, o exercício físico de alto impacto ou com utilização de pesos elevados, as comorbilidades e a etnia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Para além destes, os problemas da inervação do pavimento pélvico, assim como o traumatismo direto do músculo elevador e da fásia endopélvica, poderão também ser fatores associados à IU (Pinto, 2014).

Em 1936, o treino dos MPP foi relatado na medicina, através de um artigo escrito por Margaret Morris, em que descreveu a contração e o relaxamento deste grupo muscular como uma forma de prevenção e tratamento da IU e fecal (Roza, 2011).

Todavia, a disseminação do exercício dos MPP pelo mundo não ocorreu até 1948, ano em que Arnold Kegel, professor de Obstetrícia e Ginecologia nos Estados Unidos da América, passou a estabelecer como uma prática regular (Roza, 2011). Kegel, em 1948, realizou um estudo chamado “*Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles*” relatando o seu sucesso no tratamento de pacientes com IU (Roza, 2011), daí o exercício dos MPP também ser, usualmente, reconhecido por exercícios de Kegel.

O exercício dos MPP consiste na alternância entre a contração e o relaxamento deste grupo muscular de forma voluntária. Esta contração é considerada a única função voluntária que é conhecida neste grupo muscular, tratando-se de uma contração voluntária em massa, em que é possível “realizar uma elevação e fecho dos meatos uretral, vaginal e anal” (Roza, 2011, p.41).

Kegel (1948) afirmou que estes exercícios deveriam ser realizados diariamente e com um aumento gradual da intensidade, tendo desenvolvido o perineómetro<sup>1</sup> com o objetivo de avaliar a contração realizada pelos músculos do canal de parto. Este autor também utilizou outro método, o *biofeedback*, que informa a mulher, “... através de sinais visuais ou sonoros, sobre o músculo ou grupo muscular que está a ser utilizado em cada exercício” (Pinto, 2014, p. 69). Contudo, no caso da IU, é mais usualmente utilizada outra técnica chamada electroestimulação, que possibilita a aprendizagem pela autocorreção, modificação e/ou intensificação de uma determinada atividade muscular (Pinto, 2014).

A contração correta da musculatura é crucial para que seja possível atingir o benefício destes exercícios, estando associada a outras técnicas para facilitar esta execução pelas clientes que apresentam mais dificuldade na sua realização, tais como o *biofeedback*, a estimulação elétrica ou os cones vaginais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Desta forma, considera-se importante abordar a problemática em questão, pois diariamente em contexto de estágio foi possível verificar a existência de grávidas internadas por complicações da gravidez, entre as quais, não estava incluída como diagnóstico a IU, e que apresentavam a roupa íntima molhada. Deve referir-se, que as utentes também não apresentavam rotura prematura de membranas, sendo que quando foram questionadas se notaram a perda de líquido, estas referiram que sim. Assim sendo, pode-se considerar que a perda de líquido sugeria a presença de urina, tendo sido excluída a possibilidade de ser líquido amniótico pela negação do diagnóstico de rotura prematura de membranas por parte da equipa médica.

Tornou-se necessário compreender se o exercício dos MPP realizado ao longo da gravidez tem influência na IU durante a mesma. Desta forma permite que o EEESMO realize uma prática cada vez mais fundamentada na evidência científica atual, de modo a proporcionar

---

<sup>1</sup> Aparelho utilizado na perineometria, com o objetivo de medir a força muscular do pavimento pélvico (Caroci, Riesco, Rocha, Ventura e Oliveira, 2014).

mais ganhos em saúde, bem como atuar na prevenção primária em vez de participar no tratamento da IU.

#### **1.1.1.2. Método**

No sentido de compreender qual a influência do exercício dos MPP na IU na gravidez foi elaborada uma investigação de natureza qualitativa. Desta forma, o método selecionado foi a RIL, visto que permite reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido facilitando, assim, uma melhor compreensão sobre a problemática em estudo (Mendes et al., 2008). É de salientar que este método permite, também, a produção de novo conhecimento, bem como a sua integração na prática clínica (Mendes et al., 2008).

A RIL deverá obedecer a uma metodologia específica constituída por seis etapas (Mendes, et al., 2008). Assim, primeiramente é necessário proceder à identificação do tema e à seleção da questão de pesquisa. A escolha do tema deverá despertar interesse e curiosidade no revisor, de modo a proporcionar-lhe uma maior satisfação na realização da RIL, bem como ser um problema que tenha sido identificado na prática clínica (Mendes, et al., 2008).

Os conceitos que serão abordados na RIL deverão ser definidos tendo por base um raciocínio teórico, tornando mais fácil o processo de identificação dos descritores ou palavras-chave para a pesquisa.

Neste sentido, Soares (2014) afirma que a estratégia de pesquisa escolhida deve ter em consideração o tempo para a realização do projeto de investigação e a questão de pesquisa proposta. Sendo que “o objetivo passa pela resposta à pergunta utilizando um número limitado de estudos, de maior nível de evidência científica...” (Soares, 2014, p. 97). É possível concluir que a restrição a um determinado intervalo de tempo, poderá impedir a obtenção de muitos resultados relevantes para uma melhor compreensão do problema em estudo, mas, por outro lado, só assim será possível obter a melhor evidência científica produzida e sintetizá-la com o objetivo de responder à questão de investigação (Soares, 2014).

Este estudo tem como objetivo compreender se o exercício dos MPP ao longo da gravidez tem influência na IU durante a mesma.

##### **1.1.1.2.1. Formulação da Pergunta de Investigação**

Antes de iniciar a RIL, é necessário a formulação de uma questão de partida, sendo que esta decisão é a mais importante (Higgins, Thomas & Lasserson, 2019). Estes autores afirmam que esta questão deve ser elucidativa da temática selecionada.

A questão de partida deve caracterizar-se por ser clara, viável e pertinente (Sampaio & Mancini, 2007). Neste sentido, elaborou-se a seguinte questão de partida: **O exercício dos MPP tem influência na IU durante a gravidez?**

#### 1.1.1.2.2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Após a elaboração da questão de partida, o estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão é fulcral, de modo a auxiliar na integração ou exclusão dos estudos resultantes da pesquisa (Souza, Silva & Carvalho, 2011).

É de salientar que os critérios de elegibilidade devem ser definidos antes do início de todo o processo de investigação. Assim, estes critérios devem ser explícitos e objetivos, de modo a facilitar a seleção de artigos para inclusão no estudo (Mendes et al., 2008, JBI, 2014, Higgins et al., 2019).

Os critérios de inclusão caracterizam-se por serem requisitos definidos pelos pesquisadores para selecionar os artigos que serão incluídos na pesquisa, devido às suas características irem de acordo com o que é procurado (FASURGS, 2016). Enquanto os critérios de exclusão são as características verificadas nos artigos selecionados que os impedem de serem incluídos na pesquisa, por não atenderem aos propósitos da mesma (FASURGS, 2016).

Na tabela 1, serão representados os critérios de elegibilidade dos artigos que irão compor esta RIL, de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Estudos que incluam mulheres primíparas e múltiparas saudáveis com gravidez unifetal de termo;	Grávidas com patologia obstétrica e/ou ginecológica;
Mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos;	Mulheres com gravidez gemelares;
Estudos que abordem a temática da IU na gravidez;	Mulheres com partos pré-termo;
Estudos que abordem o exercício dos MPP;	
Revisões Sistemáticas da Literatura; Estudos de caso; Estudos empíricos; Ensaios clínicos aleatórios; Estudos de coorte; Estudos de caso-controle; Estudos quasi-experimentais.	Obras narrativas; Revisões narrativas da literatura; Resumos; Artigos de opinião; Comentários; Publicações referentes a cartas de autor; Estudos fenomenológicos.
Estudos publicados em Português, Inglês e Espanhol;	Restantes línguas.
Estudos com data de publicação entre 2013 e 2019 (dezembro).	

#### 1.1.1.2.3. Localização e seleção dos estudos

A RIL permite uma ampla busca de estudos relacionados com a temática, de forma objetiva e reprodutível, permitindo a identificação do maior número possível de estudos enquadrados com a área de atenção (Higgins et al., 2019). No entanto, a localização e a seleção dos estudos deve ser prudente, tendo em consideração que a quantidade dos estudos deve ser equilibrada, com vista a evitar a obtenção de possíveis excessos de estudos irrelevantes (Higgins et al., 2019).

Inicialmente, é pertinente que o investigador selecione as bases de dados relevantes para a área de conhecimento e identifique as palavras-chaves ou descritores que irá utilizar. Nesse sentido, e tendo em conta os objetivos propostos para a revisão, procedeu-se a pesquisas eletrónicas de artigos nos seguintes motores de busca: EBSCO (<http://www.ebscohost.com/>) e PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).

No que diz respeito à construção da estratégia de pesquisa torna-se essencial desconstruir a questão de partida, de modo a que os seus principais conceitos possam ser definidos,

analisados e, desta forma, seja possível definir as palavras-chave ou descritores mais adequados para a realização da pesquisa (Center of Reviews and Dissemination, 2009). Assim sendo, as palavras selecionadas para a realização da pesquisa nas respectivas bases de dados foram: pregnancy, pelvic floor muscle training e urinary incontinence; tendo-se em conta os descritores indexados - termos MeSH, CINAHL Headings e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) relacionados com a área em estudo. A combinação destes termos tornará a pesquisa mais ampla e, concomitantemente, mais sensível e específica (Higgins et al., 2019).

A vantagem da utilização de termos indexados facilita a recuperação de artigos que podem optar pela utilização de palavras ou termos diferentes para fazer referência ao mesmo conceito podendo fornecer informações adicionais para além do que está descrito no título e resumo (Higgins et al., 2019).

Para relacionar os três grupos de termos utilizou-se o indicador booleano AND entre os mesmos. Segundo Bettany-Saltikov (2012), ainda nesta mesma fase pode incluir-se limites à pesquisa, tais como: a língua, estudo em seres humanos, o tipo de desenho dos estudos, data de publicação, entre outros. Nesta etapa, utilizaram-se os instrumentos adicionais apropriados às bases de dados selecionadas, como as aspas. Desta forma, a frase booleana utilizada foi “pregnancy” AND “pelvic floor muscle training” AND “urinary incontinence”.

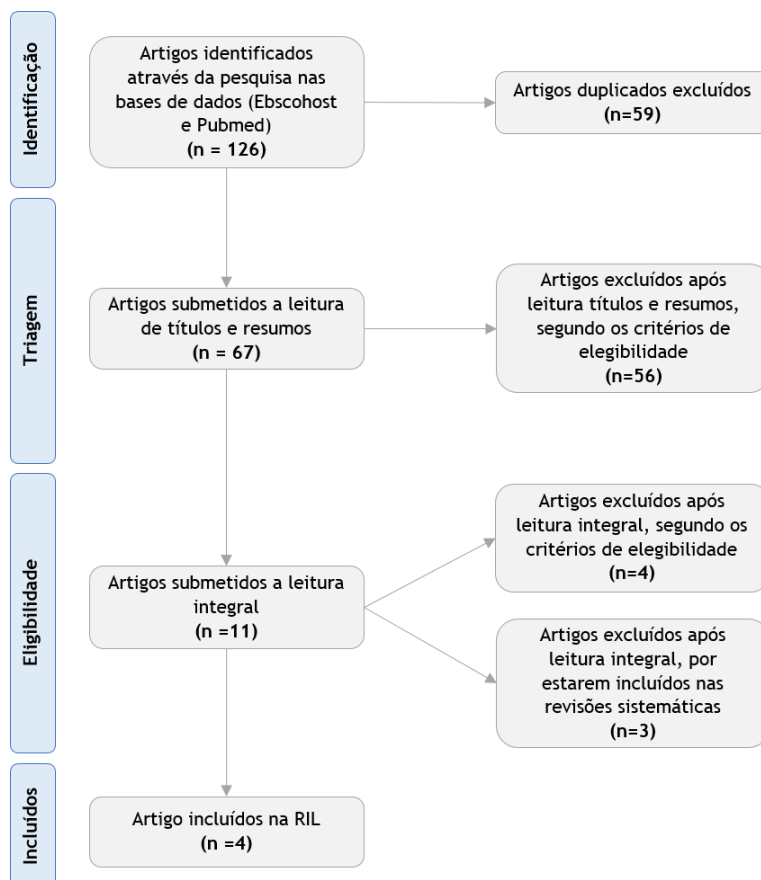


Figura 2: Diagrama do processo de seleção dos estudos

Ao realizar a pesquisa nas bases de dados Ebscohost e PubMed com os descritores pregnancy, pelvic floor muscle training e urinary incontinence, foram incluídos os seguintes limitadores da mesma: delimitação temporal (2013-2019), acessibilidade ao texto integral, seleção dos idiomas português, inglês e espanhol.

### 1.1.1.3. Resultados

Através da realização da pesquisa nas bases de dados com os limitadores anteriormente referidos restaram 126 artigos. Posteriormente, foram eliminados os artigos duplicados restando 67 artigos para análise do título e do resumo, sendo que destes artigos foram pré-selecionados 11 artigos para leitura integral.

Desta forma, dos 11 artigos selecionados para a leitura integral, quatro foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade e três por estarem incluídos nas revisões sistemáticas que foram selecionadas para análise. Neste sentido, restaram quatro artigos para integração no estudo: uma revisão sistemática da literatura com meta-análise, duas revisões sistemáticas da literatura sem meta-análise e um estudo randomizado controlado, como é demonstrado na Figura 2, que representa o processo de seleção dos artigos para análise e inclusão na RIL.

Os artigos analisados nesta RIL foram inseridos na tabela 2 onde constam as seguintes informações: autores, ano de publicação do estudo, país, objetivo do estudo, metodologia, conclusões e nível de evidência.

Apesar de um dos artigos selecionados não cumprir os critérios de elegibilidade na sua totalidade, optou-se pela sua inclusão uma vez que foi um dos estudos que procurou resultados da prática do exercício dos MPP a longo prazo, bem como tentou incluir o maior número de grávidas, utilizando uma amostra de 20 países, com o objetivo de colmatar uma das falhas apontadas a grande parte dos estudos, que era a dimensão de amostra.

O nível de evidência científica dos artigos selecionados foi definido de acordo com Galvão (2006), em que no topo dos níveis de evidência, no primeiro nível (I), estão as evidências originárias de revisões sistemáticas com ou sem meta-análise; no segundo nível (II), estão os ensaios clínicos randomizados controlados; no terceiro nível (III), estão os ensaios clínicos não randomizados; no quarto nível (IV), estão os estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; no quinto nível (V), estão as revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; no sexto nível (VI), estão os editoriais e/ou opiniões; no sétimo nível (VII), estão os estudos descritivos e/ou qualitativos; no oitavo nível (VIII), estão as opiniões de autoridade e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Desta forma, segundo Medeiros e Stein (2002), as evidências de nível um correspondem a

grau de recomendação A, o que significa que são estudos que apresentam uma forte recomendação com excelente nível de evidência. Já as evidências de nível dois correspondem a grau de recomendação B, ou seja, significa que são estudos com evidências razoáveis para a recomendação do seu uso, tendo em conta que foram encontradas evidências importantes no seu desfecho e a sua conclusão demonstra que existe benefício na execução da ação em relação aos riscos de dano (Medeiros & Stein, 2002). Desta forma, é possível compreender que estes dois níveis de evidência são os que poderão trazer mais informação pertinente para a prática clínica do EEESMO.

As revisões sistemáticas deverão ser vistas como fontes originais de dados, pois atravessam uma avaliação rigorosa, imparcial e abrangente da literatura, tornando-se fontes de dados de grande recomendação (Donato & Donato, 2019).

Tabela 2 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da leitura

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	Nível Evidencia
1. Soave et al. (2019)	Archives of Gynecology and Obstetrics Alemanha	Avaliar a eficácia do exercício dos MPP na prevenção e tratamento da IU durante a gravidez e após o parto e o seu efeito no sistema urinário e nas estruturas de suporte avaliadas por técnicas objetivas de medição.	<b>Revisão Sistemática sem meta-análise.</b> Foram selecionados para análise 41 estudos, sendo que 25 dos estudos reportam-se à realização de exercício dos MPP iniciados na gravidez, 15 estudos iniciaram o exercício dos MPP no pós-parto, e apenas alguns (segundo os autores) abordam o efeito do exercício dos MPP no trato urinário e na estrutura de suporte pélvico.	Concluíram que o exercício dos MPP pode ser recomendado como prevenção primária, evitando a exposição aos fatores de risco e aumentando a resistência deste grupo muscular; como secundária, tentando reduzir o impacto da IU e/ou lesão dos MPP que já ocorreu da forma mais precoce possível; e como terciária, tentando fazer com que o exercício dos MPP evite que a IU e/ou a lesão dos MPP progrida, ou seja, consiste no tratamento da sintomatologia. Os autores referem que o exercício dos MPP deve ser intenso, consistindo em repetições de três séries de dez contrações com o máximo de intensidade possível durante seis segundos, repetindo três-quatro vezes por semana. Este protocolo ajuda no aumento do volume muscular, na contração do meato urinário, e na elevação do posicionamento da bexiga para o adequado e, conseqüentemente, a reposicionar a uretra anatomicamente. Por fim, concluíram que a evidência existente, atualmente, é insuficiente para afirmar que o exercício dos MPP é eficaz na prevenção e tratamento da IU na gravidez tardia e no pós-parto. Contudo, os exercícios dos MPP podem ser recomendados quer durante a gravidez quer durante o pós-parto.	I
2. Szumilewic et al. (2019)	Frontiers in Physiology. Polónia	Investigar se um programa estruturado de exercícios, incluindo aeróbica de alto e baixo impacto e apoiada por exercício dos MPP, melhora a	<b>Ensaio Randomizado e Controlado.</b> Foram selecionadas 97 grávidas nulíparas sem complicações durante a gravidez, com cerca de 21 ± 5 semanas de gestação que se voluntariaram para o estudo, dessas 70 foram selecionadas aleatoriamente para fazer parte do grupo de intervenção e as restantes 27 foram para o grupo de controlo.	Após as seis semanas de intervenção, foi verificado que os níveis de amplitude avaliados pela eletromiografia durante a contração rápida aumentaram e em contrapartida os níveis de amplitude durante o relaxamento diminuíram. Sendo assim, os níveis de eletromiografia aumentaram significativamente em contrações rápidas. Por outro lado, também foi verificado uma tendência benéfica no aumento da atividade	II

		<p>atividade neuromuscular do pavimento pélvico e se não reduz a qualidade de vida em termos de IU em gestantes saudáveis.</p>	<p>Estas últimas apenas foram avaliadas no início e no fim do estudo.</p> <p>Os critérios de exclusão escolhidos foram: qualquer disfunção pélvica presente ou anteriormente diagnosticada por um profissional de saúde, história de abortamento espontâneo nas 1.<sup>as</sup> 12 semanas de gestação e/ou mais de dois abortamentos espontâneos consecutivos no 1.º trimestre, qualquer contraindicação de atividade física de acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, alergia a algum material usado durante o procedimento do estudo e presença de condição ou anormalidade na opinião do investigador que possa comprometer a segurança dos participantes e a qualidade dos dados.</p> <p>Antes e depois das seis semanas da intervenção, foi realizada uma avaliação da atividade neuromuscular dos MPP através da eletromiografia e de sonda vaginal.</p> <p>Antes da intervenção, foi, também, avaliado o impacto da IU na qualidade de vida através do Incontinence Impact Questionnaire.</p>	<p>neuromuscular durante as contrações de 10 segundos e nos momentos de relaxamento durante 60 segundos, mas que estatisticamente não foram significativas.</p> <p>Concluíram que a atividade física de alto ou baixo impacto não tem efeito negativo durante a gestação e que deve ser recomendada a todas as mulheres grávidas, desde que sem contraindicações. Acrescentam, ainda, que a realização de exercício de alto impacto associado à realização de exercício dos MPP, por grávidas assintomáticas é segura no que diz respeito à IU. Da mesma forma, verificaram que a realização da técnica “<i>the knack</i>” se demonstrou eficaz na manutenção da continência das grávidas ativas.</p>	
3. Wesnes e Lose (2013)	The International Urogynecological Association Dinamarca	<p>Investigar os fatores de risco modificáveis para IU durante a gravidez e o pós-parto e também rever ensaios clínicos randomizados sobre prevenção de IU em associação com a gravidez.</p>	<p><b>Revisão Sistemática sem meta-análise.</b></p> <p>Foi realizada pesquisa de artigos com publicação antes de setembro de 2012 sobre a prevenção de IU durante a gravidez e no pós-parto.</p> <p>Os resultados foram categorizados de acordo com o tempo em que é realizada a prevenção: antes da gravidez, durante a gravidez ou no pós-parto.</p> <p>Não é referido o número de artigos selecionados, porém afirmam que não foram encontrados muitos estudos randomizados controlados no que diz respeito à prevenção da</p>	<p>É claro que existe evidência que suporta a importância do exercício do MPP como prevenção da IU durante a gravidez e o pós-parto.</p> <p>Os estudos epidemiológicos indicam que evitar fumar, a obstipação, realizar exercícios de baixa intensidade e ter um índice de massa corporal normal durante a gravidez, bem como voltar ao peso pré-gravídico no pós-parto ajuda a prevenir a IU associada à gravidez.</p> <p>O fumar, a obstipação e ter um peso superior ao recomendado ocorre frequentemente nas grávidas (20-50%, 20-40% e 25-50% respetivamente). Desta forma, concluíram que prevenir a IU irá ter uma grande influência na economia.</p>	I

			IU durante a gravidez e no pós-parto. Contudo, foram incluídos muitos estudos de coorte e estudos transversais de alta qualidade.	Se as recomendações de estilo de vida forem reforçadas pelos obstetras, EEESMO e pelos profissionais da saúde no geral, a IU durante a gravidez e no pós-parto irá diminuir.	
4. Woodley, Boyle, Cody, Mørkved, e Hay-Smith (2017)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Determinar a eficácia do exercício dos MPP na prevenção ou tratamento da IU e fecal em mulheres grávidas ou no pós-parto.	<p><b>Revisão Sistemática com meta-análise.</b></p> <p>Foram selecionados 38 artigos dos quais eram estudos clínicos randomizados e estudos quase randomizados e foram excluídas outras formas de ensaios clínicos controlados.</p> <p>Incluíram-se estudos em que era analisada a prevenção de incontinência em grávidas continentas, estudos que comparavam grávidas e puérperas em tratamento de incontinência e estudos mistos que apresentavam grávidas e puérperas em situações de prevenção e tratamento, em que algumas apresentavam sintomas de incontinência.</p>	<p>Quando comparadas as grávidas sem IU prévia que realizaram o exercício dos MPP durante a gravidez com as grávidas que já apresentavam sintomas de IU, foi possível concluir que existia menos relatos de sintomatologia de IU até seis meses após o parto.</p> <p>As puérperas com IU três meses após o parto e que realizaram o exercício dos MPP foram menos a relatar a presença de sintomas de IU ao fim de 12 meses de pós-parto, comparativamente com as puérperas que não realizaram o exercício.</p> <p>Concluíram, ainda, que quanto mais intensivo e regular é o exercício dos MPP, mais efeitos são observados, contudo existe pouca evidência acerca dos efeitos a longo termo na IU e na incontinência fecal.</p> <p>Existe evidência de que para as primigestas o exercício dos MPP pode prevenir IU até seis meses após o parto. Por outro lado, o exercício dos MPP também é bastante recomendado como tratamento da IU em puérperas.</p>	I

#### 1.1.1.4. Discussão

A quinta etapa da RIL diz respeito à análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos na fase anterior (Souza et al., 2011).

Woodley et al. (2017) definem IU como uma perda de urina involuntária e afirmam que a prevalência da mesma ronda os 58% durante a gravidez.

Reportando-nos ao estudo de Wesnes e Lose (2013), estes avaliaram os fatores de risco, habitualmente, associados à IU e de que forma, bem como em que momento começam a ser um fator de risco no que diz respeito ao surgimento da IU.

No que diz respeito ao fator de risco idade, os autores anteriormente referidos, averiguam que esta tem associação com o aumento da prevalência da IU, visto que nos dias de hoje, a mulher tende a engravidar cada vez mais tarde e, desta forma, concluíram que existem estudos suficientes de nível dois de evidência para que possa ser afirmado que a idade materna avançada está associada com o aumento da IU durante a gravidez, bem como no pós-parto.

Em relação à obesidade antes da concepção, os autores concluíram que, tal como acontece com o tabagismo, ocorre o aumento da pressão intra-abdominal e, por sua vez, aumenta a pressão vesical, desencadeando a IU por enfraquecimento musculatura pélvica. Afirmam, também, que a IU durante a gravidez aumentou quando associada a uma situação de obesidade pré-concepção, sendo justificada por evidência científica de nível dois.

Ainda segundo Wesnes e Lose (2013), verificaram que a obstipação e a IU ao longo da gravidez apresentam grande relação de causa-efeito e que cerca de 40% das mulheres grávidas apresentam este fator de risco. A relação que propõem para a obstipação ser considerada como fator de risco diz respeito ao facto de que a existência de fezes na ampola retal, dificulta o esvaziamento por completo da bexiga, causando instabilidade no músculo detrusor; porém, Wesnes e Lose (2013), referem que a continuação de tentativas forçadas de evacuação pode afetar o nervo podendo, contribuindo, assim para a IU durante a gravidez.

Soave et al. (2019) referem que as alterações hormonais ao longo da gravidez e o enfraquecimento da musculatura da uretra devido ao aumento do útero bem como ao aumento do feto que se encontra em crescimento propiciam o surgimento da IU. Em relação às alterações hormonais associadas à gravidez, Soave et al. (2019) fazem referência à

relaxina, sendo esta uma hormona que está presente ao longo da gravidez e que fornece o relaxamento dos MPP e dos ligamentos da região pélvica, bem como ajuda a mediar as alterações hemodinâmicas para preparar o corpo da mulher para o momento do parto. Neste sentido, é possível compreender que estes acontecimentos provocam o enfraquecimento dos MPP e, juntamente com a obstipação, que é um fator de risco, usualmente, associado à gravidez, ainda mais concorre para o enfraquecimento deste nível muscular, por aumentar a pressão exercida sobre o mesmo.

Soave et al. (2019) referem que na maioria dos estudos utilizados na revisão sistemática, é reportado que, ao longo da gravidez, o colo da bexiga é mais caudal e ganha mais mobilidade durante as manobras de Valsalva<sup>2</sup>.

Atendendo ao que foi referido anteriormente, uma elevada prevalência de IU durante a gravidez, traduz-se em custos para a vivência com esta patologia quer para a mulher quer, futuramente, para o Serviço Nacional de Saúde (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). De outro ponto de vista, também deve ser relevado o impacto na qualidade de vida que esta doença apresenta, visto que estas mulheres começam a isolar-se, de modo a evitar constrangimento associado a esta problemática (Woodley et al., 2017).

Assim, Wesnes e Lose (2013) identificaram como fator protetor da IU durante a gravidez o exercício dos MPP, visto que este treino vai promover o aumento do tónus muscular e melhorar a habilidade para realizar uma contração rápida, vigorosa e eficaz no momento em que for necessário tossir, por exemplo, e, também facilitará a manutenção da estabilidade da uretra, visto que é aumentada a pressão intrauretral e esta torna-se imóvel, devido à musculatura em redor. Os autores referem que o exercício dos MPP intensivo juntamente com um acompanhamento regular traduz-se em efeitos benéficos na diminuição da IU.

Considerando o supracitado, é possível compreender que os diferentes estudos avaliaram os fatores de risco associados à IU, desta forma e, tendo em conta o revisto na teoria, o tabagismo, a obstipação, a obesidade e/ou o aumento de peso ao longo da gestação, revelaram-se fatores que são passíveis de serem modificáveis pelas grávidas. Sendo assim, se estas tentarem controlar estes fatores de risco e realizarem o exercício dos MPP, provavelmente, poderão, desta forma, prevenir o surgimento da IU ao longo da gravidez e, provavelmente, também durante o pós-parto.

A razão pela qual o exercício dos MPP é relevante, relaciona-se com o facto de que os MPP ao serem exercitados irão aumentar o seu volume, elevando-se e promovendo, também, a elevação dos órgãos pélvicos, fechando o músculo elevador do ânus, reduzindo o

---

<sup>2</sup> Caracteriza-se pelo "... aumento voluntário da pressão intratorácica, realizado através de um esforço expiratório forçado com a glote fechada." (Oliveira & Andrade, 2003, p.15).

comprimento do músculo pubococcígeo e fazendo com que a bexiga volte ao seu posicionamento em repouso (Soave et al., 2019). Consequentemente, estas alterações proporcionadas pelo exercício dos MPP vão contribuir para a melhoria das estruturas de suporte dos mesmos, durante a gravidez, ajudando no combate ao aumento da pressão intra-abdominal devido ao desenvolvimento fetal (Woodley et al. 2017; Soave et al., 2019). Neste sentido, um músculo que já tenha sido treinado, tem menos propensão a lesões, por possuir uma capacidade de resistência muscular maior; e, também, tem mais facilidade de recuperação, pois o exercício dos MPP já foi aprendido e executado, o que torna mais fácil de reiniciar o treino (Soave et al., 2019), sendo este ensinamento útil para as mulheres no pós-parto, por exemplo.

Neste sentido, havendo autores referidos por Soave et al. (2019) que demonstraram a existência de alteração da dinâmica das estruturas de suporte pélvico, ou seja, dos MPP ao longo da gravidez, torna-se relevante fortalecer este grupo muscular, de forma a diminuir o seu enfraquecimento. Desta forma, os diferentes estudos incluídos na RIL, discutem os diversos protocolos propostos para a realização do exercício dos MPP, bem como a sua eficácia.

Soave et al. (2019) referiram que o exercício dos MPP consiste na realização de uma ou mais repetições de contrações voluntárias dos mesmos. No entanto, afirmam que, atualmente, ainda não está estabelecido um protocolo estandardizado no que diz respeito ao exercício deste grupo muscular.

Wesnes e Lose (2013) sugerem que o exercício dos MPP seja realizado segundo o seguinte protocolo: oito a doze contrações vigorosas com a duração de seis a oito segundos cada e, no final de cada contração, realizar três contrações rápidas e vigorosas dos MPP. Propõem a sua realização duas vezes por dia ao longo de três meses consecutivos.

Wesnes e Lose (2013) concluíram que uma em cada seis mulheres consegue prevenir a IU na gravidez se realizar o exercício dos MPP. Os autores fazem, ainda, referência à revisão da Cochrane, de 2009, em que foi possível verificar que as mulheres grávidas que eram continentas antes da gravidez e que realizaram o exercício dos MPP, conseguiram prevenir a IU pelo menos até às 34 semanas de gestação. Por conseguinte, e considerando a evidência científica utilizada, os autores concluíram que o exercício dos MPP deve ser recomendado a todas as mulheres durante a gravidez como forma de prevenção da IU durante a mesma, bem como no pós-parto.

Soave et al. (2019) referiram que, normalmente, um programa de exercício dos MPP deve ser realizado algumas vezes durante a semana, e pelo menos, ao longo de seis a oito semanas e, posteriormente, é aconselhada a realização de um programa de manutenção, com o objetivo de manter os benefícios anteriormente atingidos.

Szumilewicz et al. (2019) referiram que, segundo a evidência científica utilizada, cerca de seis semanas de realização de exercício dos MPP é suficiente para se começar a detetar resultados benéficos e, também, para serem facilmente incorporados nas sessões de preparação para a parentalidade e parto. Desta forma, Szumilewicz et al. (2019) sugerem uma estratégia de prevenção de perda urinária durante a realização de exercício físico, utilizada por Bourcier em 2008, “*the knack*” que corresponde a uma contração de intensidade máxima dos MPP que deve ser iniciada antes da realização do exercício físico, como por exemplo saltar, correr, agachar, entre outros, que aumentará a pressão intra-abdominal. Por conseguinte, Szumilewicz et al. (2019) decidiram avaliar o impacto de exercício de alta e baixa intensidade como método de treino dos MPP.

Szumilewicz et al. (2019) propuseram a realização de um programa de exercícios estruturado de acordo com as guidelines existentes e segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists, com a orientação de uma EEESMO, em que eram realizadas três sessões semanais e cada sessão consistia na realização de exercícios de aquecimento, posteriormente, a realização de uma coreografia de aeróbica com exercícios de alto e baixo impacto com a duração de cerca de 25 minutos, e de seguida, a realização de exercício de fortalecimento muscular durante 25 minutos e, terminando, com exercícios de alongamento, respiração e relaxamento nos últimos dez minutos.

No momento em que realizaram os exercícios de fortalecimento muscular, foram propostos nove tipos de exercícios para cada tipo de grupo muscular que consistiam em duas séries de 12 a 16 repetições com pausas de 30 segundos entre cada. As mulheres foram orientadas e incentivadas a contrair os MPP enquanto executavam o exercício de outro grupo muscular, porém, também foram lembradas para relaxar essa musculatura no momento em que realizavam a pausa entre repetições. No final da sessão, era realizado o exercício dos MPP de forma isolada (Szumilewicz et al., 2019).

Szumilewicz et al. (2019) comprovaram que, após seis semanas de realização do programa proposto, a habilidade para realizar o relaxamento voluntário dos MPP, após contrações rápidas, bem como contrações com a duração de dez segundos, melhorou, contrastando com o grupo controlo em que não foi possível verificar este fenómeno.

Soave et al. (2019), referem que, normalmente, os protocolos de exercício dos MPP devem incluir cinco fases, sendo elas: a primeira referente à informação; a segunda em que é abordada a postura correta; a terceira em que é trabalhada a consciencialização de modo a facilitar a realização do exercício; a quarta em que é realizado o exercício de fortalecimento dos MPP; e a quinta fase em que é aprendido a realizar a contração dos MPP antes da situação de *stress* ou da situação que provocará aumento da pressão intra-abdominal.

Por conseguinte, Soave et al. (2019) concluíram que o exercício dos MPP deve ser recomendado tendo em conta as três fases da prevenção, tais como, a prevenção primária,

a prevenção secundária e a prevenção terciária. Desta forma, assumem que a prevenção primária visa prevenir a exposição aos fatores de risco e aumentar a resistência a doenças e lesões antes do seu aparecimento. Na prevenção secundária diz respeito a tentar reduzir o impacto da lesão e/ou doença que já apresenta sintomas, contudo tratando e detetando o mais precocemente possível. Em relação à prevenção terciária, refere-se ao tratamento dos sintomas de uma lesão e/ou doença que já são duradouros.

Soave et al. (2019) verificaram que o protocolo de exercício dos MPP que mais foi usado referia-se a um protocolo proposto por Bo e os seus colaboradores em 1990 em que proponham a realização de um treino intensivo com a repetição de três séries de dez contrações dos MPP com a intensidade máxima durante cerca de seis segundos e cerca de três a quatro vezes por semana, seguindo as recomendações gerais para o treino de força muscular. A utilização deste protocolo já demonstrou que é, também eficaz na redução de prolapsos de órgãos genitais. Por outro lado, Soave et al. (2019) referem que o exercício dos MPP também ajuda no aumento de volume muscular e da sua espessura, reduz o comprimento muscular, auxilia no encerramento do músculo elevador do ânus e eleva a posição de repouso da bexiga que, conseqüentemente, eleva a posição do colo da bexiga.

Contudo, na maioria dos estudos utilizados por Soave et al. (2019), os protocolos de exercícios dos MPP que tinham uma sessão supervisionada por semana de exercício dos MPP eram considerados intensivos. Desta forma, reportando para o caso de exercício dos MPP, Soave et al. (2019), associaram a taxa de abandono do exercício ao facto de ser realizado uma vez por semana sob supervisão. Assim sendo, referiram alguns meios de motivação dos pacientes tais como: os desafios a atingir, cadernos/panfletos de exercícios, telefonemas, supervisão individual e organização de grupos, visto que muitos dos protocolos também implicam a realização do exercício em casa. Desta forma, tenta-se manter a motivação das pacientes, de modo a manter a realização do exercício dos MPP, bem como os efeitos que os mesmos proporcionam.

Outro fator que Soave et al. (2019) tentaram verificar foi os efeitos do exercício dos MPP a longo prazo e concluíram que, tal como outro grupo muscular, com o decorrer do tempo sem exercício, os efeitos vão regredindo, devido à diminuição da força muscular anteriormente atingida. Os autores fazem referência a um estudo de 2014 em que foi possível comprovar que a partir da cessação da realização do exercício dos MPP a força muscular diminuiu cerca de cinco a dez por cento por semana, e assim, concluíram que deve ser estabelecido um protocolo de manutenção em que é diminuída a frequência e o número de exercícios, mas, no entanto, é mantida a intensidade anteriormente treinada.

Sendo assim, Soave et al. (2019) demonstraram que existe evidência científica que comprova que, apesar do protocolo ser de 1990, continua a ser atual e a produzir resultados. Por outro lado, Soave et al. (2019) continuam a referir que existe pouca evidência científica

relativamente aos efeitos a longo prazo do exercício dos MPP, mas referem que existe uma perda da força muscular a partir do momento em que é cessada a realização do mesmo. Por conseguinte, é provável que a cessação da realização do exercício dos MPP se traduza numa perda total dos ganhos anteriormente adquiridos, contudo não deixa de ser necessário a realização de mais investigação que estudem a longo prazo a realização deste fenómeno.

Consequentemente, para que a realização desta estratégia seja possível e eficaz, é necessário que as mulheres tenham perceção e consciencialização da musculatura pélvica e de como a contrair, daí a importância do ensino deste tipo de exercício.

Outro aspeto que é importante referir, é que Szumilewicz et al. (2019) fizeram referência a outros estudos que demonstravam a existência de cerca de 14 a 53% de mulheres que eram incapazes de realizar corretamente a contração dos MPP. Porém, os mesmos autores referiram que apenas dois terços das mulheres se sentiam confiantes na realização da contração dos MPP, mas que uma em cada cinco, apesar de acreditar que estaria a realizar corretamente a contração, não estava a ser capaz de fazê-lo corretamente.

Apesar dos exercícios de baixo impacto associados ao exercício dos MPP terem um bom feedback no que diz respeito ao tratamento da IU ao longo da gravidez, Szumilewicz et al. (2019) verificaram que exercícios de alto impacto em grávidas assintomáticas foram seguros, no que diz respeito à IU, durante a gestação, conseguindo, assim, refutar a ideia de que o exercício de alto impacto não pode ser realizado por mulheres grávidas.

Por outro lado, mulheres que já estavam habituadas a realizar exercício de alto impacto, como corrida, *jogging*, exercícios de aeróbica, entre outros, antes da gravidez apresentam uma diminuição de cerca de 14% no risco de desenvolver lesão dos MPP (Szumilewicz et al., 2019).

Os mesmos autores referem, ainda, que os resultados que foram obtidos, provavelmente, se devem ao facto de o programa ter sido orientado por uma EEESMO que realizava as sessões com as grávidas. Desta forma, este facto veio corroborar o que anteriormente Mørkved e Bo em 2014 tinham afirmado relativamente à eficácia do programa ser influenciada pela presença ou não de supervisão na realização do mesmo.

Desta forma, é possível compreender que a importância da presença de um EEESMO na realização de exercício dos MPP é fulcral, visto que para além de ser um profissional de saúde com conhecimento especializado nesta área, é capaz de perceber como deve orientar a realização do exercício, bem como é capaz de reconhecer se a grávida pode ou não realizar os mesmos. Por outro lado, o facto de ser um EEESMO a executar estas sessões possibilita que estas possam ser introduzidas no plano/programa de preparação para o parto, podendo assim ressaltar a utilidade deste programa.

Tendo em conta que a prevalência da IU ao longo da gravidez tende a aumentar, torna-se, assim, uma área de elevada relevância para a enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Consequentemente, o exercício dos MPP pode ser recomendado a mulheres, com o objetivo de aumentar a força muscular dos MPP, aumentar a capacidade de contrair repetidamente este grupo muscular, coordenar a atividade muscular dos MPP e, por fim, ser capaz de realizar todas estas habilidades (Woodley et al., 2017).

Woodley et al. (2017), referem que, segundo a evidência científica utilizada, cerca de 62% das grávidas, que foram submetidas a exercício dos MPP, são menos propensas a relatar sintomas de IU no final da gravidez em comparação com o grupo de controlo.

Assim, e tendo em conta todos os resultados obtidos, é proposto o seguinte esquema como forma de orientar o programa de exercício dos MPP.

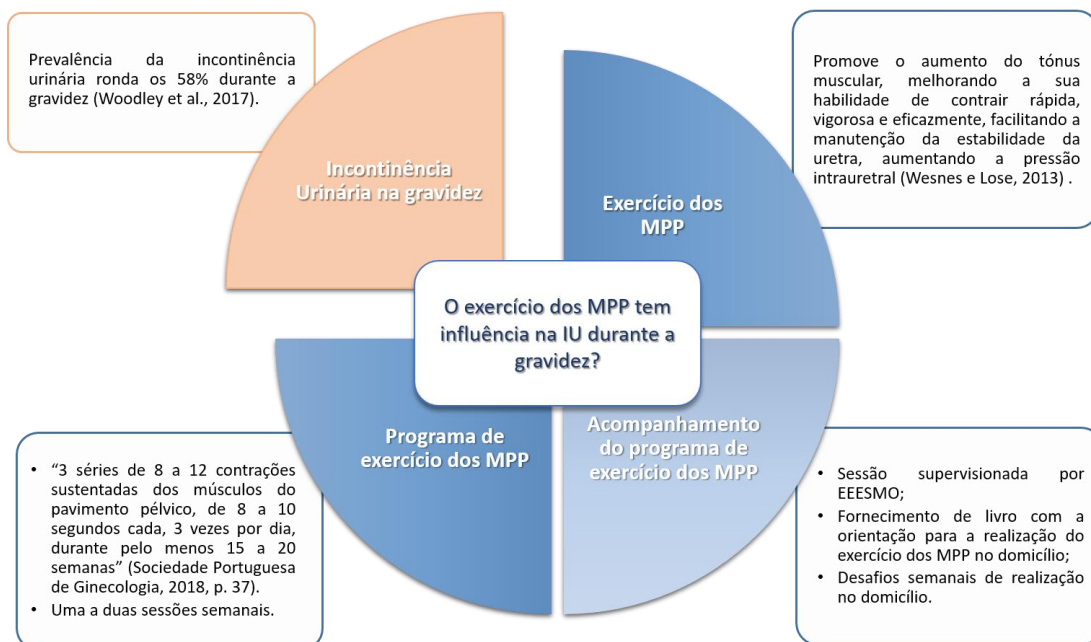


Figura 3: Esquema de orientação do programa de exercício dos MPP

Contudo, Woodley et al. (2017) voltam a reforçar, como os autores anteriormente referidos, que o importante é que o exercício dos MPP seja iniciado de forma precoce na gravidez, de modo a prevenir que as alterações dela decorridas aumentem o risco potencial de IU no final da gravidez. Desta forma, sugerem o recrutamento de todas as mulheres, com ou sem sintomas de IU, com o objetivo de reduzir a prevalência de IU no final da gravidez e no período de pós-parto.

Desta forma, é possível compreender que, independentemente, do momento em que é iniciada a realização de exercício dos MPP, o importante é os ganhos que vão ser atingidos. Todavia, se forem iniciados o mais precocemente possível, mais ganhos serão visíveis, quer

durante a fase final da gravidez, quer, posteriormente no período pós-parto. Por outro lado, iniciar precocemente o exercício deste grupo muscular, para além de permitir prevenir a IU durante a gravidez, permite que a mulher seja capaz de perceber e identificar onde é necessário realizar a contração para, posteriormente, no período pós-parto conseguir retomar o treino.

#### **1.1.1.5. Conclusão**

Com a realização da seguinte RIL foi possível compreender que o exercício dos MPP apresenta benefícios não só durante a gravidez, como durante o parto, como inclusive, no período do pós-parto. A partir da análise dos artigos selecionados, percebeu-se que esta temática, ainda nos dias de hoje, necessita de mais investigação científica e que continua a suscitar interesse nos investigadores.

Foi concluído que esta temática, deve e, tem de ser, uma temática a abordar por parte do EEESMO, pois para além de ser considerado um tabu, como foi referido anteriormente, tendo em conta o número de mulheres que recorre ao tratamento, é também uma área em que a prioridade deve ser a prevenção primária.

Por conseguinte, e considerando a prevenção primária como um objetivo prioritário, no que diz respeito à profissão de enfermagem, um dos contributos que esta RIL poderá trazer para a prática será a elaboração de um protocolo de exercício dos MPP para grávidas saudáveis. À vista disto, seria possível não só uniformizar os ensinamentos realizados a todas as mulheres, mas também estaríamos a contribuir para a realização de mais investigação e com amostras populacionais ainda maiores.

Porém, um dos assuntos que os investigadores continuam a debater é relativamente ao protocolo que deve ser estipulado para o exercício deste grupo muscular. Desta forma, e tendo em conta o que foi anteriormente referido e analisado, pode afirmar-se que um dos protocolos melhor conseguidos e de acordo com as guidelines mais recentes, bem como de acordo com as recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists é o proposto por Szumilewicz et al. (2019). A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018, p. 37), recomenda a realização de um protocolo de exercício dos MPP que consiste na realização de “3 séries de 8 a 12 contrações sustentadas dos músculos do pavimento pélvico, de 8 a 10 segundos cada, 3 vezes por dia, durante pelo menos 15 a 20 semanas”.

Szumilewicz et al. (2019) propuseram a realização de três sessões semanais. Transferindo esta ideia para a prática e, tendo em conta a disponibilidade de recursos humanos e os custos associados, provavelmente, não seria um objetivo facilmente atingível. Contudo, poderia ser sugerida a execução de uma a duas sessões semanais, de acordo com a

disponibilidade e logística do EEESMO, bem como de acordo com a disponibilidade, compromisso e motivação do grupo de grávidas proposto.

Relativamente ao protocolo elaborado por Szumilewicz et al. (2019), o facto de este apresentar exercícios de aeróbica de alto e baixo impacto, obriga-nos a pensar qual a importância deste tipo de exercício e, assim sendo, podemos concluir que com estes exercícios é percebido um aumento do metabolismo da mulher o que significa que existe, assim, uma perda de energia e, conseqüentemente, poderemos conseguir um maior controlo relativamente ao aumento ponderal ao longo da gravidez, sabendo que este é definido como um dos fatores de risco que predispõe ao surgimento da IU pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018) e corroborado pelos artigos incluídos na RIL. Juntamente com os exercícios de aeróbica de alto e baixo impacto, a realização de exercício de fortalecimento muscular, ainda intensifica esta preocupação com a manutenção do peso durante a gravidez.

Por outro lado, o exercício de fortalecimento muscular também inclui o exercício dos MPP e, será nesta fase que as grávidas realizariam, juntamente com os exercícios destinados a outros grupos musculares, o exercício dos MPP. Por fim, focar-se-iam, apenas, no fortalecimento deste grupo muscular em específico, realizando três séries de dez contrações dos MPP com a intensidade máxima durante cerca de seis segundos conforme sugerem Soave et al. (2019).

No final da sessão seria, tal como o protocolo de Szumilewicz et al. (2019) sugere, seriam realizados exercícios de alongamento e relaxamento muscular, bem como de respiração com o objetivo de continuar a fornecer o conhecimento, em que é visível a sua aplicabilidade, por exemplo no momento do trabalho de parto e do parto.

Relativamente às sessões de grupo propostas anteriormente, estas seriam realizadas conforme a demonstração de motivação das grávidas, como já foi referido, e, por essa razão faria sentido a elaboração de um pequeno livro com a orientação para a realização do exercício dos MPP no domicílio. Porém, mais uma vez, este livro também poderia ser utilizado por todo o país, de forma a que todas as grávidas fossem alvo da mesma informação, respeitando assim o direito da igualdade e equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, conforme foi aprovado na Lei de Bases da Saúde em 2019.

Outra estratégia que poderia ser adotada seria a criação de pequenos desafios semanais, de acordo com a evolução do grupo, de modo a conseguir-se manter a motivação e adesão das grávidas.

As grávidas que poderiam ser incluídas nestas sessões teriam de ter, pelo menos, 16 semanas de gravidez sem intercorrências, serem avaliadas pelos EEESMO e não possuírem nenhuma contra-indicação para a realização de exercícios musculares ou de alto impacto.

Quando são referidas estas sessões de grupo, referimo-nos às sessões de preparação para o parto, disponíveis em Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Familiar e em contexto hospitalar. Porém, estes locais onde são realizadas estas sessões, apenas reúnem grávidas que se encontram em boas condições de saúde, mas, caso estas necessitem de um internamento, vêm-se impedidas de realizar estas mesmas sessões. Em contexto clínico foi possível verificar o descontentamento destas utentes devido a esta situação.

Assim, tendo em conta que o exercício dos MPP é uma estratégia rentável, comparativamente com as estratégias propostas para o tratamento da IU a longo prazo, deve ser considerada a sua implementação de forma intensiva. Desta forma, demonstra-se uma estratégia a ser adotada, pois irá ajudar na prevenção da IU durante a gravidez e, conseqüentemente durante o período pós-parto, e, desta forma, diminui a necessidade do seu tratamento, bem como os gastos em saúde.

Contudo, foi verificada a necessidade de realização de mais investigação, no sentido de averiguar e determinar o número e a frequência da realização deste exercício. Por outro lado, existe também a necessidade de que a investigação futura tente separar o fenómeno que é a prevenção da IU ao longo da gravidez do seu tratamento, que seja também possível averiguar quais os resultados a longo prazo do exercício dos MPP, bem como perceber qual o melhor plano de treino estipulado para este grupo muscular.

Concluindo, após a pesquisa realizada e a elaboração da RIL, foi possível verificar que ainda não existe uma resposta definitiva para a pergunta “O exercício dos MPP tem influência na IU durante a gravidez?”.

Nos dias de hoje, o exercício dos MPP é visto como um método preventivo e um tipo de tratamento conservador para a IU, não invasivo e de baixo custo em que as mulheres são orientadas por um profissional de saúde. Este tratamento está dependente da participação, motivação e interesse da mulher (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Conseqüentemente, podemos assumir que o exercício dos MPP é considerado a chave para o sucesso da prevenção e tratamento da IU, visto que vai proporcionar a “melhoria da força, endurance, resistência, relaxamento ou uma combinação de vários destes parâmetros, que como referido anteriormente, estão muito dependentes da adesão da mulher durante e após a intervenção” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018, p. 36).

## **1.2. Cuidado à Família durante o Trabalho de Parto e Parto**

O International Council of Nurses (2019) define trabalho de parto como os “processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”.

No contexto do Bloco de Partos, no Centro Hospitalar Universitário do Porto - Centro Materno-Infantil do Norte, foi possível acolher casais em que o motivo da sua admissão foi o início do trabalho de parto espontâneo, a existência de agendamento de indução de trabalho de parto, por apresentar condições que justificavam a marcação de parto distócico por cesariana ou por transferência do internamento hospitalar de grávidas de risco.

Desta forma, quando ocorreu a admissão de uma grávida que apresentasse dilatação do colo uterino, o seu diagnóstico era de trabalho de parto. Por outro lado, existiu, em algumas situações, a necessidade de realizar a maturação cervical e, também, a indução do trabalho de parto. De acordo com a DGS (2015) as indicações para a realização destes procedimentos referiam-se à existência de complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiavam com a terminação da gravidez, mas que estavam estáveis o suficiente para que não fosse necessário que o nascimento ocorresse em poucas horas; a existência de patologia médica ou obstétrica grave que coloca em risco a saúde materna ou fetal; a presença de oligoâmnios em gestação de termo; a existência de restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas; a presença de morte fetal, e a gravidez não complicada que completa as 41 semanas de gestação. Esta opção só era ponderada pela equipa médica caso os riscos de prosseguir com a gravidez fossem superiores aos dos procedimentos referidos anteriormente.

Neste seguimento, era realizado o seu acolhimento no serviço, que consistia na apresentação dos elementos da equipa que contactariam com a mesma e com a sua família, apresentação do serviço e dos recursos que este fornecia para usufruto ao longo do trabalho de parto e parto. Ainda aquando da admissão da grávida/parturiente, foi realizada uma colheita de dados com vista a humanizar e personalizar os cuidados prestados, que consistia em saber: o nome pelo qual desejava ser tratada, a idade, os antecedentes clínicos e cirúrgicos, o grupo sanguíneo, a existência de alergias e/ou alimentos mal tolerados, qual o acompanhante significativo que pretendia ter presente durante o trabalho de parto e parto, se realizou a vigilância da gravidez (local e número de consultas), o resultado dos exames e análises clínicas ao longo da gravidez, a existência de plano de parto, quais as expectativas e emoções em relação ao trabalho de parto e parto, se frequentou o programa de preparação para o parto e parentalidade, qual o índice obstétrico, qual o nome que será dado ao recém-nascido, como foi a experiência de parto anterior (caso existisse).

Relativamente ao plano de parto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012, p.1) refere que é um “documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto”, sendo que o seu objetivo consiste em estabelecer a ponte de ligação entre o casal grávido e os profissionais da saúde, de modo a que as expectativas do casal sejam tidas em conta. No contexto do estágio, foi possível verificar que quando uma grávida apresentava um plano de parto, este não era bem aceite, essencialmente pela equipa médica. Apesar do

plano de parto ser considerado um documento escrito, por vezes, foi perceptível a existência de preferências por parte do casal, mas que não estavam transcritas num documento. Assim, quando não existia um plano de parto físico, a grávida era questionada se pretendia: ter presente um acompanhante significativo no parto; usufruir de métodos não-farmacológicos e/ou farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto; ter liberdade de movimentos; realizar a cardiotocografia intermitentemente; parir em alguma posição em específico; se permitiria que, caso necessário, fosse realizada a episiotomia; ser avisada no momento da realização da episiotomia ou apenas no final do período expulsivo; se pretendia realizar o corte do cordão umbilical ou se seria o seu acompanhante; amamentar na primeira hora de vida do recém-nascido. A questão da realização do contacto pele-a-pele foi explicada à parturiente que a instituição não permitia a sua realização.

Relativamente ao trabalho de parto, verificou-se que este era o culminar de uma longa caminhada, na maioria das vezes, muito desejada e, neste sentido, foi possível perceber todas as emoções e sentimentos vivenciados pela parturiente (quando sozinha) ou pelo casal.

Desta forma, o papel do EEESMO é fulcral no que diz respeito ao empoderamento que proporciona tanto à mulher como ao casal, de modo a que possam vivenciar este momento de acordo com as suas expectativas. O EEESMO, segundo o Regulamento 127/2011 de 18 de fevereiro referido no Parecer nº7 sobre o Plano de Parto de 2012, “Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.”, ocupando a posição de “defensor” da mulher durante todo o processo.

Relativamente ao uso de métodos não-farmacológicos e/ou farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, foi notório que a grande maioria das mulheres utilizava uma posição antiálgica, essencialmente. No entanto, no início do trabalho de parto, foi instruída a utilização de exercícios de respiração, quando as mulheres manifestavam o seu desconhecimento, referindo que deveria ser uma respiração lenta com inspiração e expiração profundas e longas, sendo realizada no momento das contrações uterinas (Aveiro & Velosa, s.d.). No decorrer do trabalho de parto, foi sugerida a utilização da bola de pilates com o objetivo de aliviar as queixas álgicas lombares, por vezes referidas, mas também para facilitar a posição vertical e, assim, ao mesmo tempo, facilitar a progressão do feto no canal de parto e, desta forma, permitir a liberdade de movimentos como o deambular (Aveiro & Velosa, s.d.). Quer na bola de pilates quer de pé, foram sugeridas e realizadas básculas, com o intuito de alívio da dor, através da distração da realização do movimento, bem como auxiliando o feto a adaptar-se na bacia materna e poder progredir no canal de parto.

Contudo, a grande maioria das mulheres, após utilizar os métodos não-farmacológicos, optou por recorrer à analgesia pela via epidural para controlo da dor durante o trabalho de parto. Esse método era o mais escolhido e o principal para controlo da dor, todavia, a utilização deste método impediu a deambulação fazendo com que as mulheres acabassem por ficar o restante trabalho de parto deitadas e, por vezes, com medicação em perfusão

pelo cateter epidural, impedindo, assim, na sua grande maioria, um trabalho de parto ativo.

Um trabalho de parto ativo, é, fisiologicamente, melhor quer para a mulher quer para o feto, visto que quando esta se mantém em movimento durante o mesmo, utilizando posições verticais, existe menos risco de compressão da aorta materna, melhorando, assim, o fluxo sanguíneo, ou seja, o aporte de oxigénio que chega ao feto através da placenta (Graça, 2010; Beckmann et al., 2010; Berta, Lindgren, Christensson, Mekonnen & Adefris, 2019). Este permite, também, que a contração uterina seja mais intensa e eficaz, podendo resultar num trabalho de parto mais curto, com menos dor (Mamede, Almeida, Nakano, Gomes & Panobianco, 2007) e, ainda, contribuindo para um melhor posicionamento fetal na bacia materna e, posteriormente, no canal de parto (Berta et al., 2019). A mudança de posição ao longo do trabalho de parto, promove uma maior progressão do mesmo, bem como um maior e melhor bem-estar quer materno quer fetal, diminuindo a dor, provocando, assim, uma maior satisfação materna e envolvimento da parturiente, principalmente quando utilizadas posições verticais (Ritter, Gonçalves & Gouveia, 2020).

Relativamente à realização intermitentemente da cardiotocografia, esta foi uma das situações mais difícil de contornar, quando era um desejo materno, visto que não existia abertura da equipa dos profissionais da saúde para a sua realização intermitente e, desta forma, na grande maioria, foi efetuada continuamente e, apenas interrompida quando algo assim o justificava. Por outro lado, a possibilidade da deambulação enquanto se realizava a monitorização cardiotocográfica, encontrava-se impedida pela falta de dispositivos que permitiam esta opção.

No que diz respeito, à amniotomia, a World Health Organization (2018) afirma que a sua realização, por rotina, com o objetivo de prevenir o atraso na progressão do trabalho de parto não é recomendada, não havendo benefícios, assim como, a sua realização juntamente com a administração de ocitocina também não é recomendada na prevenção do atraso na progressão do trabalho de parto. No entanto, em contexto de estágio, esta intervenção foi inúmeras vezes prescrita e realizada com o objetivo de progredir a evolução do trabalho de parto.

Um dos métodos utilizados para a avaliação da progressão do trabalho de parto, era a realização do exame vaginal e, esta situação, demonstrava-se geradora de bastante desconforto por parte das parturientes. Por vezes, foi verificada a realização de inúmeros exames vaginais, sem que a parturiente tivesse manifestado a sua autorização, bem como sem ter manifestado algum sinal indicativo de que o trabalho de parto se encontrava a evoluir e, assim, justificasse um novo exame vaginal. Atualmente, não há evidência que comprove que a realização de exames vaginais nos indica com precisão a progressão do trabalho de parto (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013). Acrescenta-se ainda, que existem estudos que abordam a relação entre o número de exames vaginais e o aumento de risco do

trauma perineal (Gluck et al., 2020), apesar de afirmarem ser necessário aprofundar mais a temática. É de salientar que era visível o edema do períneo quando as mulheres sofriam variadíssimos exames vaginais.

Refere-se outra questão geradora de algum desconforto, relacionada com a posição para o momento do período expulsivo, visto que algumas mulheres mencionavam querer parir noutra posição que não a tradicional posição de litotomia. Segundo Mirzakhani, Karimi, Vatanchi, Zaidi e Najmabadi, K. (2020) no século XVII as posições verticais eram as mais utilizadas e preferidas para parir, no entanto, nos últimos anos, as posições verticais têm sido substituídas por posições horizontais, tais como: deitada ou de litotomia, por facilitar a monitorização fetal e materna, bem como para realização do exame vaginal, a manutenção de soroterapia, a realização da analgesia pela via epidural e a sua manutenção inclusive (Mirzakhani, et al., 2020). Ritter et al. (2020) afirmam que a utilização desta posição no momento do período expulsivo, pode estar relacionada com o aumento da intervenção médica.

Desta forma, Delgado (2017) afirma no seu estudo que a utilização de posturas verticais durante o parto apresenta benefícios, quer do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos comparativamente com a utilização da posição de litotomia dorsal, reforçando, assim, que as posições verticais devem ser as mais utilizadas no que diz respeito à assistência ao parto. Contudo, a opção de qual a posição adotada é escolhida pela mulher, optando pela que lhe confere maior conforto. Desta forma, pode preferir a posição ereta, sentada, de cócoras, de quatro apoios, e em ambos os decúbitos laterais, concerne ao EEESMO, que se encontra a assistir a parturiente, o dever de conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas e dotar a mesma de conhecimentos para que seja capaz de realizar uma tomada de decisão informada.

Sabe-se que a analgesia por via epidural apresenta repercussões, no que diz respeito ao trabalho de parto e parto, como, por exemplo, no aumento da duração do período expulsivo, a maior intervenção médica, como a administração de ocitocina por via endovenosa ou a instrumentação do parto (Martins, Marques & Tomé, 2002; Ferreira, 2014).

O aumento da duração do período expulsivo deve-se ao facto da analgesia por via epidural estar relacionada com a abolição do reflexo de Ferguson<sup>3</sup>, sendo este essencial para a realização de esforços expulsivos eficazes. Acrescenta-se, ainda, que este tipo de analgesia também promove o bloqueio da musculatura abdominal, podendo dificultar e aumentar o tempo da descida fetal no canal de parto, suportando, assim, um aumento do número de partos instrumentados (Martins et al., 2002; Ferreira, 2014).

Neste sentido, foi possível verificar que a maioria das parturientes, por vezes, não tinha o

---

<sup>3</sup> Sensação de expulsar a apresentação fetal que a parturiente sente, realizando a contração dos músculos abdominais e o diafragma. Esse reflexo torna-se cada vez mais compulsivo, opressor e involuntário e é resultado da libertação de ocitocina, estimulando a contração uterina.

reflexo de Ferguson realmente presente, sendo necessário instruí-las com a manobra de Valsalva, no sentido de tentar que os esforços expulsivos fossem eficazes (Ferreira, 2014). A bibliografia atual demonstra que os esforços expulsivos sem que esteja presente o reflexo de Ferguson proporcionam um aumento do risco de morbidade materna, aumentando, assim, o risco de partos instrumentados, traumas perineais, incontinência fecal, lesão do esfíncter anal e lesão do nervo pudendo (Brancato, Church, & Stone, 2008; Gillesby et al., 2010; Ferreira, 2014). Os mesmos autores afirmam que a realização de esforços expulsivos mais tardios promove a diminuição do tempo em que a parturiente se encontra a realizar os mesmos, diminuindo conseqüentemente a fadiga materna, podendo proporcionar esforços expulsivos mais eficazes, diminuindo a ocorrência de instrumentação do parto e morbidade neonatal por consequência do aumento do pH fetal.

O momento do período expulsivo não deixa de ser o mais esperado, desejado e até, infelizmente, receado pela maioria das mulheres que se demonstraram ansiosas pelo momento do nascimento do seu filho, que quando questionadas referiram que não sabiam o que esperar e o que poderiam fazer para participar naquele momento. Devido à atual pandemia pelo SARS-CoV-2, a grande maioria referiu não ter tido preparação para o parto, inclusive por via online. Desta forma, os ensinamentos foram realizados durante o trabalho de parto, utilizando a sua evolução para a transmissão de conhecimentos. Neste sentido, e tendo em conta que foi previamente avaliado o conhecimento sobre o trabalho de parto, a sua evolução, o parto e o pós-parto imediato, foram realizados ensinamentos sobre as posições facilitadoras a adotar durante o trabalho de parto de acordo com a sua evolução, bem como a possibilidade da adoção das posições pela parturiente; técnicas de respiração para alívio da dor/desconforto de trabalho de parto; técnicas de respiração para a realização dos esforços expulsivos; posições a adotar durante o período expulsivo; cuidados com a episiorrafia/laceração perineal nos casos em que se aplicava; e os cuidados de higiene desta região.

No decorrer do estágio, foi possível desenvolver competências para a realização do parto eutócico. De entre todas as situações vivenciadas, a que gerou mais receio, insegurança e angústia foi a distócia de ombros, sendo uma emergência obstétrica. Foi possível verificar a retração da cabeça fetal no períneo materno em direção à pelve, logo após ao nascimento da cabeça (sinal de tartaruga), associado a este sinal verificou-se a ausência da rotação interna do diâmetro biacromial (Marques & Reynolds, 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2012). Após a deteção da presença de uma distócia de ombros foi realizada a manobra de McRoberts com associação da pressão supra-púbica, no sentido de conseguir exteriorizar o ombro anterior através do plano promontório-púbico materno (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002; Marques & Reynolds, 2011). A presença de uma EEESMO com mais tempo de experiência proporcionou a resolução desta situação de forma mais rápida, eficaz e com o mínimo de prejuízo quer fetal quer materno.

Em retrospectiva e analisando a situação após a mesma, foi possível perceber que o risco da ocorrência de uma distócia de ombros estava presente, pois este recém-nascido apresentou um peso corporal de 4680gr e um perímetro cefálico de 37cm, e, por outro lado, o diagnóstico de diabetes gestacional não foi um diagnóstico confirmado. Assim, segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2012), um recém-nascido filho de mãe diagnosticada com diabetes gestacional tem um risco aumentado de duas a quatro vezes de distócia de ombros quando comparado com recém-nascido com o mesmo peso ao nascer e filhos de mães não diabéticas.

A presença do acompanhante significativo demonstrou-se um fator motivador para a maioria das parturientes no momento do período expulsivo, caracterizando-se por um aumento do sentimento de autoeficácia, segurança, apoio emocional e amor, que na sua maioria foi possível perceber e que estas verbalizaram quer durante o momento do parto quer posteriormente ao mesmo.

Na conjectura atual, devido à presença da pandemia pelo SARS-CoV-2, a DGS (2020) decidiu que as instituições hospitalares poderiam restringir os visitantes. Assim sendo, as parturientes confrontaram-se com a vivência do trabalho de parto sem a presença de nenhum acompanhante significativo e esta apenas ocorreu aquando do período expulsivo. Pode-se afirmar que esta situação aparenta ser um retrocesso no que diz respeito aos ganhos que ao longo da história foram conquistados, como por exemplo, a possibilidade da presença do pai na sala de parto durante todo o trabalho de parto (Motta & Crepaldi, 2005), no entanto, acredita-se que esta seja uma situação pontual. Desta forma, até ao momento da autorização para a entrada do acompanhante significativo, verificou-se a manifestação de sentimentos de ansiedade e nervosismo por parte da parturiente no decorrer do trabalho de parto, demonstrando receio de que o seu acompanhante não estivesse presente no momento do nascimento.

Após o nascimento, inúmeras vezes foi solicitada a realização do contacto pele-a-pele pelos casais, porém, devido a intercorrências na unidade de bloco de partos do Centro Hospitalar Universitário do Porto - Centro Materno-Infantil do Norte, esta opção tem sido negada e explicada que a instituição de momento não permite a realização desse momento. Assim, com vista a tentar solucionar esta situação e a diminuir o seu impacto, é sugerido e incentivado ao pai/accompanhante significativo a realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido, tal como vestir, permitindo, posteriormente, que este seja pegado ao colo pelo mesmo e de seguida colocado junto da mãe para que seja possível estabelecer a ligação mãe-pai-filho.

Os benefícios do contacto pele-a-pele são atualmente reconhecidos, sendo o aumento da eficácia na amamentação, principalmente durante a primeira hora de vida do recém-nascido, promovendo uma sucção mais eficaz, auxiliando na manutenção e regulação de temperatura corporal do recém-nascido e contribuindo para a estabilidade

cardiorrespiratória (Campos, Gouvêa, Strada & Moraes, 2020). É de valorizar que para além dos benefícios para o recém-nascido, o contacto pele-a-pele tem vantagens para a mulher, visto que promove a diminuição do medo gerado durante o trabalho de parto e parto, bem como associado ao início da amamentação, proporcionando uma sensação de segurança e diminuindo a ansiedade gerada até ao momento (Campos, et al., 2020). Desta forma, a promoção da amamentação precoce e durante a primeira hora de vida, permite estabelecer uma melhor ligação mãe-filho, favorecendo o desenvolvimento de sentimentos de felicidade, amor, calma, tranquilidade e conforto (Campos, et al., 2020).

Neste sentido, o diagrama representado de seguida expõe o número de partos realizados e número de episiotomias, lacerações e períneos íntegros conseguidos, que possibilitaram a aquisição de conhecimentos e competências ao longo deste módulo.

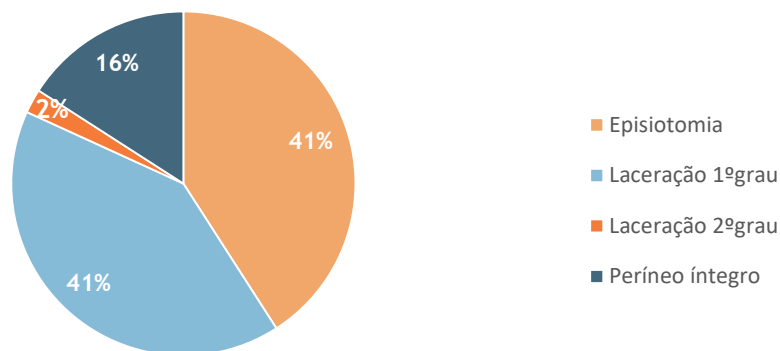


Figura 4: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Trabalho de parto e parto.

Refletindo sobre este módulo do estágio, este revelou-se o mais desafiante, exigindo uma maior destreza técnica, acompanhada do conhecimento científico. Demonstrou-se ser aquele em que o conhecimento teórico foi sempre pertinente e necessário para que fosse possível explicar todo o tipo de intervenções realizadas durante todo o trabalho de parto. Muitas das intervenções carecem de explicação e, acima de tudo, pedido de consentimento à parturiente para a sua realização. Neste sentido, com vista a colmatar esta falha, estabeleceu-se como objetivo primordial do estágio fornecer informação para que todas as mulheres pudessem tomar uma decisão informada para cada intervenção que lhe foi sugerida ou proposta.

Acredita-se que no que diz respeito à saúde materna e obstétrica, a enfermagem pode, ainda, ter um grande contributo relativamente à vigilância/acompanhamento do trabalho de parto, da gravidez de baixo risco e, que infelizmente, esta, ainda é muito influenciada e impedida para que a sua evolução e progressão ocorra.

A evolução e a investigação acerca da profissão de EEESMO deverá gerar melhorias e nunca retrocessos e, por isso, pensa-se que seja necessário rever as práticas diárias e repensar os cuidados que são prestados comparando-os com os de outrora, para que nutridos de conhecimento seja possível adotar comportamentos que se perderam com o passar dos anos

e que a evidência científica demonstra que produziam resultados muito mais favoráveis.

### **1.3. A descoberta do Papel Parental: Conceção dos cuidados após o nascimento**

O Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019) definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica que visam promover a reflexão sobre as práticas clínicas de enfermagem, bem como contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESMO.

Neste sentido, tendo em consideração os conhecimentos, as competências e a capacidade de inovação que o EEESMO apresenta, estas características demonstram-se essenciais, não só para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como para o significado que lhes é atribuído. Assim, cabe aos enfermeiros especialistas a competência como forma de alcançar a qualidade nos cuidados de enfermagem.

O EEESMO assume a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito do pós-parto, da ligação mãe/pai-filho, da adaptação à parentalidade e parentalidade, da amamentação, entre outros (OE, 2019).

Segundo a DGS (2015, p. 78), o período pós-parto, ou também conhecido como puerpério, é o “período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias)”. Esta fase caracteriza-se por incluir intensas mudanças no âmbito social, psicológico e físico da vida da mulher (Maldonado, 1997; Castro, Germano, e Ferreira, 2019). Desta forma, esta mulher vivencia uma transição, sendo que é irreversível, tornando, assim, possível a concretização de um projeto de vida (Brazelton, 2007; Soares, 2014).

A adaptação à parentalidade diz respeito às “necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (International Council of Nurses, 2006; Cardoso, 2011, p. 34). É neste momento que a mulher, o casal e/ou a família se encontram assoberbados por todas as emoções e expectativas inerentes a todo o processo da gravidez, do trabalho de parto e do parto em si, sendo que acabaram de se concretizar e intensificar neste último acontecimento, que é o nascimento de um novo ser que é o seu filho (Halldorsdottir et Karlsdottir, 1996; Pacheco et al., 2005; Soares, 2014). A chegada desse filho implica mais mudanças no ciclo de vida dessa família do que qualquer outra etapa desenvolvimental pode acarretar (Canavarro, 2001; Nyström & Öhrling, 2004; Cardoso, 2011; Lowdermilk & Perry, 2013).

O nascimento de um filho não implica só mudança na vida de uma família que carece de conhecimentos inerentes aos cuidados ao recém-nascido, mas é, também, caracterizado como sendo um evento crítico em que é necessária a reorganização de cada indivíduo, do casal e em termos profissionais, representando, assim, uma transição no ciclo de vida (Chick & Meleis, 1986; Garzon, 1991; Kiehl, 1994; Ferketich & Mercer, 1994; Hudson, Elek & Fleck, 2001; Page, 2002; Banta, 2003; Kiehl & White, 2003; Nyström & Öhrling, 2004; Emmanuel, 2005; Sink, 2009; Cardoso, 2011).

Este novo papel que os dois progenitores passam a desempenhar, o papel de mãe e pai, talvez seja dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, tendo em conta que são esta duas pessoas que têm de assegurar a sobrevivência, a segurança e o bem-estar da criança (Bar-yam, 1996; Beger & Cook, 1996; Canavarro, 2001; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006; Cardoso, 2011).

Contemporaneamente, a gravidez tem vindo a ser considerada um “projeto de vida” (Cardoso, 2011), visto que tanto as mulheres como os homens tendem a privilegiar a sua carreira profissional. Assim, a gravidez tende a ser uma decisão bastante ponderada e planeada, originando às mulheres uma exigência de conciliar múltiplos papéis sociais, sendo eles: o de esposa, de mãe e de profissional (Koehn, 2003; Rosa & Chitas, 2010; Cardoso, 2011).

As vivências da gravidez, bem como do trabalho de parto e parto, tendem a influenciar a transição para a parentalidade (Figueiredo, 2001; Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002; Soares, 2014). Assim, a experiência do parto pode afetar, nos primeiros tempos, positiva ou negativamente, a autoestima da mãe e as interações precoces que esta estabelece com a criança (Mercer, 1981; Cardoso, 2011). Portanto, as mulheres que referem um parto mais difícil e doloroso, tendem a manifestar alteração do seu estado emocional, especialmente na primeira semana após o parto, bem como no estabelecimento de uma relação adequada com o filho (Thune-Larsen & MollerPedersen, 1988; Cardoso, 2011).

Foi possível verificar em contexto de estágio que, na maioria das vezes, as mulheres que eram bem-sucedidas na vida profissional, quando necessitaram de cuidar do seu filho, demonstraram-se inseguras, manifestando um maior nível de *stress* associado à rutura com as rotinas, apresentando uma autoestima diminuída, bem como falta de confiança na sua capacidade para desempenhar o papel maternal com sucesso e, por vezes, insatisfeitas com os cuidados que prestavam ao filho, dados que corroboram o que Cardoso em 2011 afirmou.

Desta forma, a possibilidade da partilha de emoções sobre as vivências quer da gravidez, quer do trabalho de parto e do parto facilitaram a adaptação da mãe, do pai e do casal ao novo papel desempenhado.

A baixa autoestima, referida por algumas mulheres, aliada à falta de autoconfiança por

parte do casal, agora pais, em conjunto com os internamentos de curta duração, tendem a ser fatores geradores de *stress*, bem como de procura de mais conhecimento e de apoio por parte dos profissionais da saúde, mais em concreto por parte dos profissionais de enfermagem.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define parentalidade envolvendo quatro dimensões, sendo elas: “(1) assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; (2) otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; (3) integrar a criança na família; e, (4) agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai” (International Council of Nurses, 2006; Cardoso, 2011, p. 34).

O ato de assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel parental envolve a preparação e a prestação dos cuidados ao filho sendo “... entendidos como processos de desenvolvimento que acarretam a reestruturação psicológica, social e afetiva de cada um, permitindo a dois adultos tornarem-se responsáveis por uma criança” (Ponton, 2006; Conde & Figueiredo, 2007; Lourenço & Afonso, 2008; Cardoso, 2011, p. 34).

Aquando da receção da puérpera e do recém-nascido no serviço de puerpério foi necessário proceder à identificação dos intervenientes, desde: verificar os dados da puérpera e do recém-nascido, bem como proceder à identificação enquanto estudante da especialidade de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Assim, ao longo do módulo foi possível prestar cuidados tanto à puérpera como ao recém-nascido, desde o seu acolhimento, em que foram abordadas as questões de funcionamento do serviço, bem como esclarecidas possíveis dúvidas existentes, e ainda, realizada a avaliação do estado físico quer da puérpera quer do recém-nascido. Foi também, avaliado o estado emocional no caso da puérpera, bem como confirmados os dados recolhidos anteriormente no processo clínico da puérpera e do recém-nascido relativamente ao historial clínico e ao parto.

Ainda no acolhimento da díade, foi realizada a avaliação puerperal, consistindo na sua avaliação física e emocional. Neste sentido, foram monitorizados os sinais vitais, a coloração de pele e mucosas. Em seguida, procedeu-se à avaliação das características das mamas e mamilos, verificando-se se a mama se apresentava mole à palpação, a integridade dos mamilos e o seu formato. Foram prestados os cuidados perineais e avaliada a contração uterina, como prevenção de eventual hemorragia. Foram realizados os ensinamentos sobre os cuidados de higiene à ferida cirúrgica no períneo, bem como os cuidados a ter devido à ferida cirúrgica no abdómen, quando se aplicava; foi avaliada a perda hemática vaginal e explicada a evolução dos lóquios ao longo do puerpério; foi ainda avaliada a presença da primeira micção após o parto, visto que a distensão vesical pode contribuir para a alteração da posição uterina e dificultar a manutenção da sua contração.

Relativamente ao acolhimento do recém-nascido, aquando a chegada ao serviço, foi verificada a presença da pulseira de identificação, bem como a presença da pulseira de segurança existente no serviço. Posteriormente, foi realizada a avaliação física ao recém-

nascido, consistindo na observação da coloração da pele e mucosas, da respiração, isto é, se havia presença ou não de gemido e/ou adejo nasal, da temperatura corporal das extremidades e a avaliação da eliminação urinária e intestinal. Por fim, foi verificada a clampagem do cordão umbilical, com o intuito de identificar precocemente eventual hemorragia.

No final da avaliação puerperal e tendo sido verificado que o puerpério se encontrava a decorrer como esperado, foi proposta a realização do primeiro levante, tanto após o parto eutócico como após o parto distócico por cesariana. Por fim, foram ensinados e treinados os cuidados ao recém-nascido, ao longo do internamento, bem como foi dado o apoio ao estabelecimento da amamentação. Ainda durante a estadia da puérpera no serviço, foi realizado o exame aos membros inferiores da mesma com o objetivo de despistar a presença de edema, rubor, dor, calor, varizes, bem como para despistar sinais de flebite ou tromboflebite superficial ou profunda, tendo sido realizado o teste de Homan. Posteriormente, durante a alta foram realizados os ensinamentos necessários para a mesma.

Frequentemente, ao longo do módulo, foi possível constatar, a dificuldade na prestação de cuidados e no ganho de autonomia, quer por parte da mulher, agora mãe, quer por parte do homem, agora pai, no que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido. Existia, até, a dificuldade em perceber que o recém-nascido é um ser humano, como todos nós e, portanto, terá as mesmas necessidades, as mesmas dificuldades ou problemas que qualquer outro ser humano tem ao longo da sua vida. Como futura EEESMO foi indispensável, muitas vezes, descomplicar a “bola de neve” que, por vezes, os pais estavam a começar a criar. Em parte, esta dificuldade não só surgia pela falta de autoconfiança e pela baixa autoestima, mas, essencialmente, pela falta de conhecimento que demonstravam.

A área em que foi notória a falta de conhecimento foi, sem dúvida, a área da amamentação. Infelizmente, ainda continua a ser passada a ideia de que a amamentação é um “bicho papão” e foi necessário não só desconstruir mitos e crenças existentes, mas também simplificar e explicar o que é na realidade a amamentação.

Primeiramente, foi necessário elucidar que a amamentação inclui vários passos para que possa ser estabelecida corretamente e passe a ser um momento prazeroso a dois ou a três. O passo essencial, passa pela tomada de decisão de amamentar, isto é, é preciso não só a puérpera/mãe decidir que quer amamentar, como também o pai decidir que está disposto a apoiar a amamentação e, acima de tudo, a apoiar a puérpera/mãe/companheira (Levy & Bértolo, 2013).

Em inúmeras situações em contexto clínico foi percebida a dificuldade na amamentação e, após visualizar o momento e dialogar com a puérpera sobre o mesmo, foi possível perceber que esta não pretendia amamentar. A comunicação não-verbal pode transmitir muita informação que verbalmente não é transmitida. Por conseguinte, nas puéperas que

não pretendiam amamentar, foi possível observar a falta de contacto visual com o recém-nascido, no momento da amamentação, a dificuldade e a falta de volição para a aquisição de conhecimentos sobre esta temática. Neste sentido, foi preciso, em inúmeras situações esclarecer que a amamentação não é, nem tem de ser uma obrigação, mas sim uma decisão e uma vontade.

Neste sentido, o importante foi priorizar a aquisição de conhecimentos e capacidades por parte do casal sobre a preparação e a administração de leite artificial, explicando-lhes que o leite pode ser recomendado pelo pediatra que segue o recém-nascido, mas que deve ser tido sempre em conta a escolha de um leite artificial adaptado à idade do recém-nascido, caso optem por comprar sem indicação médica. Foi, ainda, explicado que é necessário, não só lavar bem as mãos antes de todo o processo, mas também lavar com água e sabão e, posteriormente, esterilizar todos os utensílios utilizados, tais como: biberões, copos de alimentação, tetinas e colheres. Podem ser esterilizados num esterilizador ou numa panela com água a ferver, caso optassem pela segunda escolha foi explicado que deviam vigiar o procedimento de modo a impedir que a panela ficasse sem água e que, conseqüentemente, danificasse os utensílios. No entanto, também foi referido, nesta última situação que devia ser tida em conta que os utensílios deviam ficar totalmente cobertos com água, evitando qualquer bolha de ar dentro dos mesmos. Foi ensinado que para cada 30ml de água fervida, ligeiramente arrefecida, era colocada, apenas, uma colher de leite artificial rasa e que, esta proporção mantinha-se para qualquer que fosse a quantidade de leite necessária (Ribeiro & Teixeira, 2018).

Voltando a abordar a amamentação, como anteriormente referido, é de extrema importância a decisão de amamentar quer por parte da puérpera, quer por parte do seu companheiro, caso este esteja presente ou exista. Neste sentido, uma das situações geradoras de maior desconforto enquanto futura EEESMO, foi sem dúvida, a falta de apoio que alguns dos companheiros/pais manifestaram perante a dificuldade na amamentação.

Atitudes desmotivadoras para com as puérperas, desde “...o teu leite não deve ser bom!” ou “...se calhar ele não gosta do teu leite...” ou “...tens pouco leite e ele não fica satisfeito...” foram das frases mais comuns observadas, quer por parte do pai/companheiro e até mesmo por parte das avós quer materna ou paterna.

Neste sentido, foi notório o impacto que o pai e a família têm na continuação e duração do processo da amamentação. Por esta razão, foi essencial reforçar a compreensão por parte dos pais sobre as vantagens que a amamentação oferece quer à mãe quer à criança, no sentido de potenciar o seu apoio à sua companheira e filho(s), no que diz respeito a este processo. Assim, foi possível afirmar que o apoio paterno é um aliado essencial da amamentação (Silva, 2010; Amador, 2015).

Além de explicar as vantagens da amamentação, foi também explicado todo o processo do aleitamento materno, ou seja, a forma como é produzido e o que estimula e inibe a sua

produção, de modo que tanto a puérpera como o seu companheiro e família serem capazes de perceberem o que ocorre ao longo deste processo.

Foi ainda explicado que o organismo materno apenas produz o que o recém-nascido necessita, tendo sido comparada a quantidade de leite necessária para esta etapa de desenvolvimento com o tamanho de uma cereja, ou seja, este necessita de cerca de cinco a sete mililitros de leite no primeiro dia de vida (Medela, 2011). Esta quantidade é a que é produzida pela mãe, de modo a suprimir as suas necessidades.

Outra das situações observada e que está também relacionada com a amamentação diz respeito à pega e às posições que podem ser adotadas para este momento a dois ou a três. Assim, a maioria das mulheres que foram observadas a amamentar preocupava-se, essencialmente, que o recém-nascido abocanhava o mamilo, sem ter o conhecimento de como deveria ser uma correta pega. Foi, portanto, necessário explicar que uma boa pega ou uma pega adequada implica que o recém-nascido abocanhe não só o mamilo, como grande parte da aréola, abrindo bem a boca e ficando com o lábio inferior evertido. Desta forma, conseguiram verificar que ao executarem uma boa pega, o recém-nascido passava a estar com a boca mais próximo da mama, estando com o queixo em contacto com a mesma (Levy & Bértolo, 2013). Assim, após experimentar a realização de uma pega adequada, conseguiram referir que a sensação da sucção realizada pelo recém-nascido era muito mais percebida. Apesar de ter sido demonstrada a realização de uma pega adequada, foi explicada a razão pela qual é importante manter esta pega, visto que esta interfere com a eficácia da mamada, bem como no surgimento de complicações relacionadas tanto com a lactação como com a amamentação, tais como: fissuras mamilares, ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos, entre outros (Levy & Bértolo, 2013).

Contudo, antes de uma boa pega, é importante o posicionamento que, tanto a mãe como o recém-nascido adotam para o momento da amamentação e, esta situação, foi das mais vivenciadas e observadas em contexto clínico. Neste sentido, foram observadas muitas mães a amamentar que estavam a ter dificuldade na realização de uma pega adequada, mas que tudo advinha de um mau posicionamento e falta de conforto para a amamentação. Estas mulheres estavam desconfortáveis, não tinham as costas apoiadas quando sentadas, por vezes estavam sentadas de lado na cama e, portanto, os pés encontravam-se pendurados ou ligeiramente perto do chão, mas não o suficiente para estarem confortáveis, nem para apoiar corretamente o seu filho para amamentar. Neste sentido, o posicionamento quer da puérpera quer do recém-nascido é o ponto crucial para uma amamentação eficaz, pois um posicionamento inadequado de uma das partes influencia a realização da pega e, por consequência, a eficácia da mamada. Assim sendo, foi instruído a essas mulheres as diferentes posições que poderiam adotar para amamentar, salientando-se que o importante era estarem confortáveis, e bem posicionados. Foram informadas que podem amamentar sentadas desde que com as costas e pés bem apoiados, colocando, preferencialmente, uma

almofada no colo, de modo a auxiliar o apoio do recém-nascido, sendo que esta poderia ser a dita “almofada da amamentação”. Para além da posição de sentada, a posição de deitada lateralmente foi uma posição adotada por imensas puérperas, pela comodidade que proporciona e pela dificuldade em movimentar-se que algumas apresentaram. A posição de amamentar em pé, não foi observada em contexto clínico, no entanto foi referido que deve ser uma posição que poderá ser adotada apenas quando tanto mãe como bebé estiverem completamente capacitados para a amamentação, visto que é de mais difícil apoio (Stefanello, Rios, & Mendes, 2019).

Relativamente à posição do recém-nascido, foi a situação que mais dúvidas gerou em contexto clínico por parte dos pais, visto que a preocupação primordial era oferecer o mamilo e, portanto, os pais não conseguiam perceber que também o recém-nascido necessita de estar posicionado para se alimentar. Neste sentido, esta situação foi, provavelmente, aquela que mais necessitou de apoio, visto que influencia toda a amamentação. Portanto, foi ensinado tanto à puérpera como ao pai o correto posicionamento do recém-nascido para mamar, fazendo até a alusão ao momento em que um adulto se alimenta. Desta forma, foi ensinado que o recém-nascido devia estar confortável, bem apoiado, com o seu abdómen encostado ao da mãe, fazendo, assim, com que fique de frente para a mama. Foi ainda reforçado que o recém-nascido devia estar alinhado, isto é, com a cabeça e a coluna em linha reta, sendo que a mãe o deveria apoiar com a sua mão nas nádegas (Stefanello et al., 2019).

Para além do posicionamento da puérpera e do recém-nascido, estas foram elucidadas sobre as diferentes posições para amamentar, como por exemplo a posição invertida ou de *rugby*, a posição com o bebé na vertical, para além das já referidas.

Contudo, como já foi referido anteriormente, o puerpério é, normalmente, nutrido de muitas inseguranças, receios e falta de autoconfiança. Assim sendo, uma das questões que os casais realizavam inúmeras vezes era “quanto tempo tem de ficar a mamar?”, por vezes verificou-se que as mamadas estavam a ser cronometradas, bem como o intervalo entre si. Desta forma, surgiu outro problema que foi a falta de conhecimento sobre os sinais de fome e saciedade, visto que os pais achavam que o facto de cronometrarem o tempo necessário da mamada ou até a mesma, os ajudaria a manter controlada a fome do recém-nascido.

Nesta continuidade, os pais foram estimulados a olharem para o seu filho e a tentarem identificar quais os possíveis sinais de fome e saciedade que poderiam estar a ser manifestados. Foram ainda alertados que cada recém-nascido possui o seu tempo para mamar eficazmente (Stefanello et al., 2019), tal como cada adulto demora tempo diferente para se alimentar.

É de extrema importância referir que o pai é um grande apoio, no que diz respeito à amamentação e a sua continuação. Neste sentido, este deve ser incluído nos ensinamentos sobre esta temática, de modo a sentir-se envolvido no processo, servir de apoio à mãe, bem como

corrigir e auxiliar no posicionamento ao longo da mamada (Amador, 2015).

Uma outra situação que foi geradora de ansiedade para os pais, foi quando surgiu a questão fisiológica da icterícia neonatal, visto que cerca de 60% dos recém-nascidos de termo apresentam esta característica na primeira semana de vida (Quintas & Ramires, 2013).

Na realização do exame ao recém-nascido um dos parâmetros é a observação da pele. Desta forma, foi observada a sua coloração e a presença, ou não, de icterícia, no sentido de avaliar a possibilidade de o mesmo apresentar hiperbilirrubinemia. Neste sentido, quando os valores de bilirrubina superaram os cinco miligramas/decilitro (mg/dl), foi notória uma coloração da pele amarelada do recém-nascido, sendo diagnosticada a icterícia (Dysart, 2018). Devido à ansiedade demonstrada pelos pais, foi-lhes explicado que a icterícia tem um aparecimento cefalocaudal, iniciando-se na face, sobretudo nas escleróticas e mucosa, progredindo para o tronco e, posteriormente para as extremidades; já a sua regressão ocorre no sentido inverso no qual evoluiu (Dysart, 2018).

O diagnóstico médico de icterícia neonatal tem diferente tratamento consoante o momento em que esta surge. Desta forma, quando detetado após as primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, poder-se-á afirmar que estamos perante uma situação de icterícia fisiológica, isto é, é uma consequência de uma produção aumentada de bilirrubina, visto que os recém-nascido têm uma massa eritrocitária elevada, comparativamente à de um adulto, no entanto, a semivida destes eritrócitos é menor. Acrescenta-se ainda que existe uma diminuição da *clearance* dessa bilirrubina, devido à imaturidade enzimática que os recém-nascidos apresentam, aumentando, conseqüentemente, a sua circulação entero-hepática e gerando a alteração da coloração da pele (Quintas & Ramires, 2013). Este tipo de icterícia, a fisiológica, normalmente tende a solucionar-se entre a primeira e a segunda semana de vida do recém-nascido sem necessidade de algum tipo de tratamento.

Porém, quando a alteração da coloração da pele ocorre antes das primeiras 24 horas de vida e o aumento da bilirrubina sérica é superior a 0,5 mg/dl por hora, podemos estar perante uma situação de icterícia patológica. A etiologia usualmente associada é a incompatibilidade sanguínea, a sépsis, defeitos enzimáticos eritrocitários, policitemia, entre outros (Askin In Hockenberry e Wilson, 2011; Quintas & Ramires, 2013; Azevedo, 2017). Neste sentido, tendo em conta que a incompatibilidade sanguínea é uma das etiologias mais comuns na icterícia neonatal, quando existiram mães portadoras do grupo sanguíneo O, ou com fator Rhesus negativo foi colhido sangue do cordão umbilical no terceiro período do trabalho de parto. Esta colheita sanguínea tem como objetivo detetar, precocemente, o grupo sanguíneo do recém-nascido e, assim, prever a existência ou não de incompatibilidade sanguínea, bem como se existe probabilidade de ocorrência de hiperbilirrubinemia (Azevedo, 2017). Contudo, em situações de icterícia neonatal, foi pedida a realização da prova analítica de Coombs direto.

Por consequência, para verificar e avaliar a situação de icterícia neonatal foi requerido o doseamento de bilirrubina total. Assim, foi realizada uma colheita de sangue venoso periférico para tubos capilares, na região externa do calcanhar do recém-nascido. Neste sentido, após a análise do sangue colhido e dos valores de bilirrubina, é realizado o diagnóstico. Caso o diagnóstico tenha sido negativo, foi dada a informação aos pais de que esta coloração não necessitava de tratamento e que solucionar-se-ia através da amamentação, isto é, mantendo uma boa ingestão nutricional, de modo a proporcionar a eliminação da bilirrubina através das fezes (Alden In Lowdermilk e Perry, 2013; Azevedo, 2017). No entanto, quando o diagnóstico foi positivo, foi necessário iniciar tratamento, tendo em conta que o objetivo primordial era prevenir a encefalopatia bilirrubínica e, nas situações de incompatibilidade sanguínea, tentar reverter o processo hemolítico (Askin In Hockenberry e Wilson, 2011; Azevedo, 2017).

Neste sentido, fototerapia é vista como o tratamento de eleição a nível mundial, sendo que é considerada segura e eficaz na diminuição da bilirrubina total, bem como na prevenção da sua neurotoxicidade (American Academy of Pediatrics, 2004; Bhutani & Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics, 2011; Quintas & Ramires, 2013; Azevedo, 2017). Desta forma, quando um recém-nascido é exposto à luz fluorescente da fototerapia, este, através da fotoisomerização, é capaz de converter a bilirrubina num isómero solúvel, de modo a que este seja mais facilmente eliminado através da urina e bÍlis (Askin In Hockenberry & Wilson, 2011; Quintas & Ramires, 2013; Azevedo, 2017).

Ainda quando o diagnóstico foi positivo, foi possível verificar que existia também a prescrição de suplementação com leite adaptado, independentemente, de haver ou não uma amamentação bem estabelecida, situação essa que gerava quer insegurança quer dúvida por parte dos casais, principalmente da mulher, agora mãe. De acordo com a World Health Organization & UNICEF (2009), a utilização de leite adaptado é recomendada em diversas situações, quer por patologia materna ou neonatal, quer por condições maternas ou neonatais que assim o justifiquem. Neste sentido, a World Health Organization & UNICEF (2009) recomenda a suplementação com leite adaptado em situações tais como: lactentes nascidos com menos de 1500g ou com menos de 32 semanas de idade gestacional; e em lactentes com risco de hipoglicemia e naqueles cuja glicemia capilar não melhorou com a amamentação ou com leite materno. Neste sentido, teria sido recomendada a suplementação de leite adaptado caso alguma destas situações fosse diagnosticada.

Contudo, em muitas das situações a única justificação referida pelos profissionais da saúde foi o aumento do tempo que o recém-nascido era capaz de realizar fototerapia contínua, isto é, tendo em conta que o leite adaptado tem um maior tempo de digestão, era possível realizar intervalos entre mamadas mais prolongados, cerca de quatro horas, em vez das três horas com leite materno. Desta forma, o recém-nascido faria mais tempo seguido de fototerapia com intervalos menores. No entanto, não foi encontrada nenhuma evidência científica em que se comprovasse ser benéfico a suplementação com leite adaptado em

recém-nascido com necessidade de realização de fototerapia.

Refletindo sobre a realização deste módulo, este permitiu perceber as dificuldades e os medos vivenciados pelos casais, no que diz respeito à chegada de um novo membro à família. Desta forma, interveio-se de modo a colmatar todos estes problemas previamente identificados e, assim, se contribuiu para uma melhor e mais fácil ligação mãe/pai-filho, bem como se melhorou a prestação dos cuidados a este.

Apesar de vivermos no século XXI, foi possível verificar que ainda estão bastante presentes, na sociedade, mitos sobre a amamentação e até mesmo a lactação que, por vezes, são difíceis de desmistificar e, assim sendo, crê-se que este foi o maior desafio que este módulo apresentou. Neste sentido, foi importante trabalhar a temática da amamentação e da lactação, não só com as puérperas, mas também com os seus acompanhantes, incluindo o companheiro, bem como a família mais próxima que em muitas situações se demonstrou bastante opinativa em relação ao assunto. Assim, foi necessário estabelecer um elo de ligação e, ao mesmo tempo, equilibrar as opiniões e corrigir conceitos e conhecimentos empíricos que eram transmitidos à mulher. Acima de tudo, o ponto fulcral foi dar apoio e suporte à puérpera para ser capaz de manter a amamentação, bem como nutri-la de conhecimentos para que pudesse entender e contra-argumentar quando necessário.

Neste sentido, o diagrama representado de seguida expõe o número de puérperas e recém-nascidos que possibilitaram a aquisição de conhecimentos e competências ao longo deste módulo, sendo que foram salientados as puérperas e os recém-nascidos de risco.

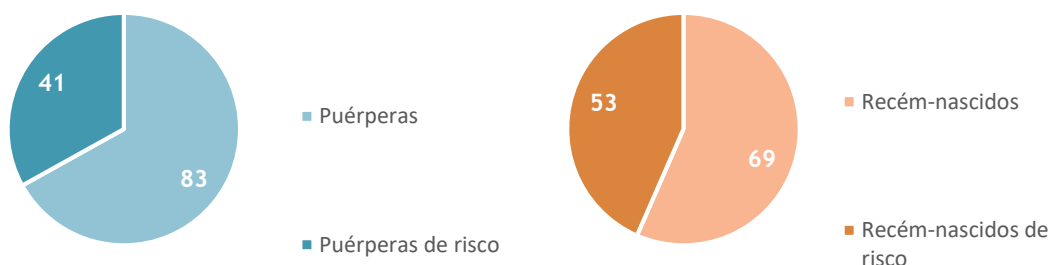


Figura 5: Diagrama representativo das experiências vivenciadas no módulo: Autocuidado pós-parto e parentalidade.

Concluindo, esta área é, talvez, a que o EEESMO tem mais autonomia no que diz respeito à transmissão de conhecimentos e capacidades, visto que sendo ela uma fase nova para a maioria dos casais, faz com que estes procurem mais informação e tenham a necessidade de a adquirir.

## 2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

De acordo com o Regulamento das competências específicas do EEESMO n.º 391/2019 publicado pela OE, o estágio de natureza profissional tem em vista a criação de oportunidades com o intuito de possibilitar o desenvolvimento de competências específicas da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Durante todo o processo de aprendizagem procurou-se a melhor evidência científica e toda a reflexão crítica sobre a prestação de cuidados especializados. É de salientar que a realização do estágio nos diversos contextos e com orientadores diferentes proporcionou uma melhoria na aquisição de competências, uma vez que cada ser humano é peculiar, adotando posturas díspares perante as mesmas situações e pormenores, proporcionando assim, um processo mais completo, em que foi possível avaliar comportamentos e refletir sobre os mesmos. Desta forma, percecionou-se um grande desenvolvimento enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tanto a nível pessoal como profissional e académico. Foi ainda constatado, que efetivamente, tal como se diz no famoso provérbio “quem corre por gosto não cansa” e a verdade é que descobre-se que se é capaz de vencer desafios que outrora não se acredita ser possível.

A pandemia por SARS-CoV-2 proporcionou a oportunidade de realizar o estágio em duas instituições de referência no Norte de Portugal, sendo elas o Centro Hospitalar Universitário São João, no contexto de gravidez de risco e puerpério, e o Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar e Universitário do Porto, no que diz respeito ao trabalho de parto e parto. Estes dois contextos ofereceram diferentes experiências quer relativamente às práticas que eram defendidas quer relativamente à postura adotada pelos profissionais da saúde.

Foi percecionado que, por vezes, algumas práticas que eram rotineiras para os profissionais da saúde não eram explicadas ou não era realizado o pedido de consentimento para a realização das mesmas e, neste sentido, o objetivo foi tentar colmatar esta lacuna. Um dos aspetos que foi valorizado e proposto a desenvolver e a promover a sua melhoria, foi a comunicação com as mulheres e com os casais.

Pretendeu-se que os cuidados prestados fossem associados a tomada de decisão informada por parte dos utentes, com o objetivo de os dotar de conhecimento para que essa decisão fosse possível. De outra perspetiva, esta conduta proporcionou o desenvolvimento de segurança e confiança nos utentes que, eventualmente, quando perante um estudante em contexto de estágio pode desencadear o oposto. Não obstante, é de ressaltar que a postura adotada é e deverá ser sempre a postura correta, aquela em que os profissionais da saúde

dotam os utentes de conhecimento para que estes se sintam seguros e informados para a tomada de decisão.

Ainda com vista na melhoria da qualidade dos cuidados, para além da atitude e conduta adotada é essencial que as práticas se fundamentem na melhor e mais recente evidência científica. Neste seguimento, o desenvolvimento da componente de investigação do presente relatório, referente à RIL no domínio da “influência do exercício dos MPP na IU na gravidez”, proporcionou um importante contributo, pois foi possível perceber que é uma área em que o EEESMO pode ter uma grande intervenção. Assim, a literatura corrobora que a grande maioria das mulheres acredita estar a realizar a contração desta musculatura, mas que na realidade não está. Demonstra-se, assim, ser um problema quer no que diz respeito ao papel da prevenção primária quer na sua colaboração no momento da realização de esforços expulsivos eficazes no período expulsivo do trabalho de parto.

A Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pela Lei nº 26/2017 de 30 de maio, define que para o reconhecimento do título de EEESMO são necessários os seguintes critérios: acompanhamento de, pelo menos, 100 grávidas e respetivos exames pré-natais; vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 parturientes; realização de, pelo menos, 40 partos, sendo que no caso de impossibilidade da concretização deste número por falta de parturientes, o estudante poderá realizar, no mínimo, 30 partos, na condição de participar em 20 partos assistidos; a participação ativa num parto de pélvico real ou na sua impossibilidade, no parto simulado em contexto formativo; prática de episiotomia e a sua respetiva correção; vigilância e prestação de cuidados a 40 grávidas de risco; vigilância e prestação de cuidados (incluindo exame) no mínimo a 100 parturientes e recém-nascidos normais; observação e prestação de cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais (exemplo: prematuros, recém-nascidos leves para a idade gestacional, recém-nascidos com patologias); prestação de cuidados a mulheres que apresentem patologias do foro ginecológico e/ou obstétrico. Findando com a elaboração de uma tabela (Tabela 3), com o objetivo de demonstrar as experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

### SÍNTESE DO REGISTO DE EXPERIÊNCIAS, Ano Letivo 2019/2020

(considerando a Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, p. 1515, alterada e republicada através da Lei n.º 26/2017, de 30 de maio)

Tabela 3: Síntese do registo de experiências do estágio de natureza profissional.

Consulta de grávidas incluindo exames pré-natais (100)	Grávidas		Vigilância e cuidados a Parturientes		Partos Executados (40)		Partos Participados (20)		Prática Sutura	Puérperas* (100)		Recém-nascidos (100)	
	Risco (40)	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Participação partos pélvicos ou simulação	Cefálicos		Risco (40)	Normais	Risco	Normais
143	65	100	14	49	18	26	1	18	38	41	83	53	69

\*Consideram-se as mulheres desde o 4.º período de trabalho de parto.



## CONCLUSÃO

Em síntese, este relatório reflete toda a experiência que foi este segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, transmitindo todos os pensamentos, críticas construtivas e opiniões relativamente às vivências percebidas. É, de facto, o espelhar de todo um ano de inseguranças, conquistas, crescimento e desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

A elaboração deste documento proporcionou a reflexão sobre as experiências vividas ao longo de todo o processo de aprendizagem em contexto de estágio, bem como na procura da melhor evidência científica com o objetivo de sustentar os cuidados prestados, como também proporcionar a sua melhoria contínua. Possibilitou, também, a reflexão e o confronto da evidência científica com as práticas realizadas em contexto clínico.

Todo o processo desde a gravidez, passando pelo trabalho de parto e parto, até ao puerpério foram o foco primordial deste relatório, demonstrando uma das mais marcantes transições vivenciadas na vida do ser humano e na qual o EEESMO têm um papel diferenciado no acompanhamento da vivência da transição para a parentalidade. Atualmente, esta é uma das transições, por vezes, mais tardia, mas também, mais planeada de todas.

De modo a prestar intervenções diferenciadas, no que diz respeito ao acompanhamento desta transição, foi essencial que como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica estivesse nutrida da evidência científica mais atual e a que melhor se adequasse a cada situação, com o objetivo não só de prestar cuidados cada vez mais diferenciados, mas, também, de os melhorar. Optando-se por uma postura de análise crítico-reflexiva, bem como por um pensamento crítico acerca das práticas, para que seja capaz de realizar uma tomada de decisão informada, ponderada, de acordo com os ideais e também com a melhor evidência, pois só assim se melhoram os cuidados oferecidos aos utentes.

Todos os objetivos anteriormente delineados foram alcançados com sucesso, pela vontade de querer saber mais, de procurar realizar os melhores cuidados e de saber que todo o pormenor pode fazer a diferença e transformar uma experiência menos boa numa experiência melhor. O célebre Michelangelo Buonarroti já dizia que “Detalhes fazem a perfeição e perfeição não é um detalhe” e é nesses pequenos detalhes que podemos e devemos fazer a diferença.

Findando este processo, foi possível verificar que quando se deseja algo nada é impossível e a vontade move montanhas. Terminando, assim, concretizada, feliz e com a vontade de prestar cuidados que façam a diferença nesta fase tão marcante e desafiante.



## BIBLIOGRAFIA

- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 837-40. Recuperado de <https://adc.bmj.com/content/archdischild/90/8/837.full.pdf>
- Amador, M. (2015). *Participação do Pai no Processo de Amamentação: Intervenções do EEESMO para a Capacitação do Pai na Amamentação* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16480/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20com%20Relat%C3%B3rio%20de%20Milene%20Amador.pdf>
- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. (2004). Management of Hyperbilirubinemia in the newborn infant 36 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 114 (1) 297-316. Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/114/1/297.full.pdf>
- American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA (6ª ed.)*. Porto Alegre: Penso.
- Associação Portuguesa de Urologia. (2014). *Exercícios para Fortalecimento do Pavimento Pélvico – Exercícios de Kegel*. Recuperado de <https://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?https://www.apurologia.pt/publico/kegel.htm>
- Aveiro, C. & Velosa, T. (s.d.). *A dor em obstetrícia*. (Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem apresentados à Ordem dos Enfermeiros). Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalNelioMendonca\\_Dor\\_Obstetrícia\\_Madeira.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetrícia_Madeira.pdf)
- Ayres de Campos, D., Montenegro, N. & Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel 2ª Edição, p.165-167.
- Azevedo, A. (2017). *Clampagem do cordão umbilical: Um guia para a prática* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18946/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20de%20Ana%20Rita%20Azevedo.pdf>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 466. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide*. Inglaterra: Mc Graw Hill.

- Botelho, L., Cunha, C. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão E Sociedade*, 5(11), 121-136. Recuperado de <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/i/en>
- Bhutani, V. K., & Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics. (2011). Phototherapy to prevent severe neonatal hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 128(4), 1046-52. Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/128/4/e1046.full.pdf>
- Campos, P., Gouveia, H., Strada, J. & Moraes, B.. (2020). Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae%20tornar-se%20pai%20Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf>
- Caroci, A., Riesco, M., Rocha, B., Ventura, L. & Oliveira, S. (2014). Avaliação da força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 893-901. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3600.2492>
- Carvalho, S. (2010). *A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto* (Tese de Licenciatura). Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Gandra. Recuperado de [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Parecer\\_6\\_2010\\_Tese\\_Licenciatura\\_Sonia\\_Carvalho.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Parecer_6_2010_Tese_Licenciatura_Sonia_Carvalho.pdf)
- Castro, A., Germano, I. & Ferreira, T. (2019). Os aspectos psicológicos da mulher: da gravidez ao puerpério. *CES Revista*, 33(2), 202-218. Recuperado de <https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/2286/1513>
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. CRD, University of York. Recuperado de [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)
- Coelho, A. (2011). *Resolução médica da gravidez inviável do primeiro trimestre* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61084/2/Resolu%20mdica%20da%20gravidez%20inviavel%20do%20primeiro%20trimestre.pdf>
- Costa, E., Pinon, G., Costa, T., Santos, R., Nóbrega, A., & Sousa, L. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista*

Rene, 11(2), 86-93. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970010.pdf>

Delgado, Ângela. (2017). *Trabalho de parto: dos diagnósticos às intervenções. Contribuição para a definição de um modelo clínico de dados*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/18656>

Diário da República. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica - Regulamento n.º 127/2011, 2.ª série — N.º 35. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/3477016>

Donato, H & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Porto*, 32(3), 227-235. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/11923/5635>

Downe S., Gyte G., Dahlen H. & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/epdf/full>

Dysart, K. (2018). *Hiperbilirrubinemia Neonatal - Pediatria - Manuais MSD Edição Para Profissionais*. [online] Manuais MSD edição para profissionais. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/dist%C3%BARbios-metab%C3%B3licos,-eletrol%C3%ADticos-e-t%C3%B3xicos-em-rec%C3%A9m-nascidos/hiperbilirrubinemia-neonatal>

FASURGS (2016). Orientação n° 03/2016 – Comitê de Ética em Pesquisa da FASURGS. Recuperado de <https://www.fasurgs.edu.br/cep/site/orientacoes/FASURGS-Orientacao-03-2016-OcriterioINCLUSAOEXCLUSAOempesquisascomsereshumanos.pdf>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (2015). Manual de Ginecologia Endócrina. São Paulo. Recuperado de [https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/Manual\\_Ginecologia\\_Endocrina.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Ginecologia_Endocrina.pdf)

Ferreira, V.. (2014). *Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar?* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9471>

Freitas, M. (2020). Orientação n° 018/2020 - COVID-19 Gravidez e Parto. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/06/i026356.pdf>

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England)*,

- 376(9756), 1923-1958. Recuperado de [https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed\\_HealthProfCommisio np5\\_40.PDF?sequence=1](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisio np5_40.PDF?sequence=1)
- Galvão, C. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista Enfermagem*, 19(2), p. 5. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200001)
- George, F.. (2013). Orientação nº 018/2013 - Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>
- George, F.. (2015). Orientação nº 002/2015 - Indução do trabalho de parto. Direção geral de Saúde, Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015.aspx>
- Gluck, O., Herman, H., Tal, O., Grinstein, E., Bar, J., Kovo, M., Ginath, S., & Weiner, E. (2020). The association between the number of vaginal examinations during labor and perineal trauma: a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 301(6), 1405–1410. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05552-z>
- Gonçalves, Márcia Rute. (2013). *O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço no pós-parto* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9452/1/relat%c3%b3rio%20final%20definitivo%20Maio.pdf>
- Higgins, J., Thomas, J & Lasserson, T. J. (2019). Core methods. In Higgins, J. & Thomas, J, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 6th* (2). Oxford: The Cochrane Collaboration. Recuperado de <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-02>
- International Council of Nurses (2019). ICNP Browser. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- International Continence Society. (2015). Fact Sheets - A Background to Urinary and Faecal Incontinence. Publications & Communications Committee.
- Kegel, A. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238-248. Recuperado de [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(48\)90266-X/pdf](https://www.ajog.org/article/0002-9378(48)90266-X/pdf)
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I*. Assembleia da República. Lisboa. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- London, M., Ladewig, P., Davidson, M., Ball, J. Bindler, & Cowen, K. (2010). *Maternal & Child Nursing Care*, 4ª Ed. Pearson Education.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2013). *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusodidacta.
- Mamede, F., Almeida, A., Nakano, A., Gomes, F., & Panobianco, M.. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery*, 11(3), 466-471. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300011>
- Martins, C. (2012). *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6932/1/ulfpie040154\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6932/1/ulfpie040154_tm.pdf)
- Martins, E., Marques, M., & Tomé, J. (2002). Analgesia Epidural Obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(3), 163-8. Recuperado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878>
- Medeiros, L. & Stein, A. (2002). Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. *Revista AMRIGS*, Volume 46(1,2), p. 43-46.
- Medela, A. G. (2011). *Amamentação para um bebé saudável e feliz*. Lättichstrasse 4b, 6341 Baar, Suíça. Recuperado de <https://www.medela.pt/dam/medela-pt/Breastfeeding-consumer/Documents/General/Livrinho-Amamentacao.pdf?uuid=jcr:76ea3a4c-28ac-438a-aa15-c29d862c0980>
- Meleis, A. (2010). Transition Theory. In Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, Eun-Ok, Messias, D. K. H. & Schumacher, K., *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (2, p. 52-83). Springer Publishing Company. Recuperado de [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mirzakhani, K., Karimi, F., Mohamadzadeh Vatanchi, A., Feroz Zaidi, F., Mirzaei Najmabadi, K. (2020). The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(1), 1988-2004. Recuperado de [http://jmrh.mums.ac.ir/article\\_14221\\_86a4e260d81352653623aef1d41c3ec9.pdf](http://jmrh.mums.ac.ir/article_14221_86a4e260d81352653623aef1d41c3ec9.pdf)
- Monteiro, M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de

- Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%20C3%A3o%20definitiva.pdf>
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Mørkved, S. & Bø, K. (2014). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 48(4):299-310. Recuperado de <https://bjsm.bmj.com/content/48/4/299>
- Motta, C., & Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(30), 105-118. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100012>
- Neves, C., Medina, J., & Delgado, J. (2007). Alterações Endócrinas e Imuno-modulação na Gravidez. *Arquivos de Medicina*, 21(5-6), 175-182. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132007000400007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000400007&lng=pt&tlng=pt)
- Oliveira, A., & Andrade, A.. (2003). *Duração da manobra de Valsalva no período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições do nascimento do recém-nascido*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Fisiologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Recuperado de [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/2171/1/arquivo6211\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/2171/1/arquivo6211_1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Plano de Parto - PARECER N.º 7 / 2012. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lisboa: OE. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESM/O\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESM/O_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Pereira, I. (2014). *Avaliação do processo de luto: na perspectiva do cuidador enlutado* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23495/1/10975.pdf>
- Pinto, J. (2014). *Os exercícios de fortalecimento pélvico na prevenção da incontinência urinária de esforço* (Relatório de Estágio – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9538/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Joana%20Pinto.pdf>
- Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote*. 6th ed. AMGH Editora.

- Quintas, C. & Ramires, A. (2013). Icterícia Neonatal. Sociedade Portuguesa de Neonatologia - Consensos de Neonatologia. Portugal. Recuperado de [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Ictericia_neonatal.pdf)
- Ramos, V. (2016). O processo de luto. O portal dos psicólogos. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>
- Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Lisboa. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ritter, S., Gonçalves, A., & Gouveia, H.. (2020). Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. Recuperado de <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0284>
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Médica Portuguesa*, 30(7-8), 568-572. Porto. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/7371/5107>
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In Maria Cristina Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 255-296. Coimbra: Quarteto: Editora.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2012). *Guideline Shoulder dystocia*. Green-top Guideline No. 42. Recuperado de [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_42.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_42.pdf)
- Roza, T. H. (2011). *Prevalência de incontinência urinária feminina e Proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56370/2/Dissertao%20de%20MestradoThuane.pdf>
- Sampaio, R. & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)
- Santos, R. (2020). *A Alimentação durante o Trabalho de Parto* (Relatório de Estágio – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33488/1/Renata%20Santos%20-%20Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio.pdf>

- Silva, C. (2012). *Transição para a Parentalidade: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9297/1/Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Soares, A. (2014). *O cuidado de enfermagem baseado em evidência a influência da introdução da chupeta no primeiro mês de vida na duração da amamentação* (Relatório de Estágio – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9530/1/Mestrado%20Andreia%20Soares.pdf>
- Soave, I., Scarani, S., Mallozzi, M., Nobili, F., Roberto, M. & Caserta, D. (2019). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299(3), 609-623. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/330424260\\_Pelvic\\_floor\\_muscle\\_training\\_for\\_prevention\\_and\\_treatment\\_of\\_urinary\\_incontinence\\_during\\_pregnancy\\_and\\_after\\_childbirth\\_and\\_its\\_effect\\_on\\_urinary\\_system\\_and\\_supportive\\_structures\\_assessed\\_by\\_objective](https://www.researchgate.net/publication/330424260_Pelvic_floor_muscle_training_for_prevention_and_treatment_of_urinary_incontinence_during_pregnancy_and_after_childbirth_and_its_effect_on_urinary_system_and_supportive_structures_assessed_by_objective)
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). *Consenso Nacional sobre Uroginecologia*. Recuperado de <http://www.spginecologia.pt/uploads/livro-consensos-sobre-uroginecologia.pdf>
- Souza, M. T, Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102)
- Stefanello, A., Rios, A & Mendes, R. (2019). *Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno*. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Recuperado de <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/3913225/Anexo+Portaria+22+-+GAS+-+manual+de+Aleitamento+Materno.pdf/474cca5c-5bca-45d7-9404-466568935778>
- Szumilewicz, A., Dornowski, M., Piernicka, M., Worska, A., Kuchta, A., Kortas, J., ... Jastrzębski, Z. (2019). High-Low Impact Exercise Program Including Pelvic Floor Muscle Exercises Improves Pelvic Floor Muscle Function in Healthy Pregnant Women - A Randomized Control Trial. *Frontiers in physiology*, 9, 1867. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6363702/pdf/fphys-09-01867.pdf>
- Wesnes, S. L. & Lose, G. (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International Urogynecology Journal*, 24(6), 889–899. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436034>

- Wheeler, B. J. (2011). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In: Hockenberry, M. J. & Wilson, D. – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp.203-248). Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3.
- Woodley, S., Boyle, R., Cody, J., Mørkved, S. & Hay-Smith, E. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 22(12). Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full>
- World Health Organization & UNICEF. (2009). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Suíça. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_por.pdf;jsessionid=210F59E0AFE7ED182AD886517987AD9D?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf;jsessionid=210F59E0AFE7ED182AD886517987AD9D?sequence=2)
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. *Geneva*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>