



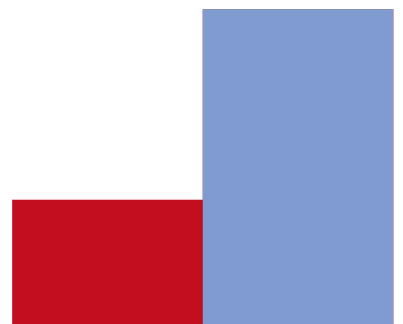
ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

O PAVIMENTO PÉLVICO NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mariana Gonçalves Rua

Abril-26



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

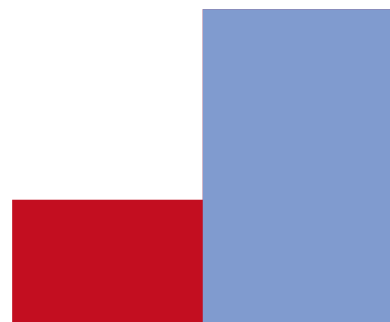
Mariana Gonçalves Rua

FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientador(es)
Professora Dora Carteiro

Abril-26



“A educação é a arma mais poderosa
que você pode usar para mudar o mundo.”

- Nelson Mandela

Agradecimentos

Existem caminhos que se constroem com esforço e dedicação, e cedo se percebe que o apoio, a compreensão e a força dos outros são essenciais para chegar mais longe.

Desta forma, o meu sincero agradecimento à ESSCVP Lisboa, pela formação, recursos e ambiente académico que tornaram possível a concretização deste trabalho.

A todos os professores que se cruzaram no meu caminho, deixo um agradecimento muito especial. Ser professor é muito mais do que apenas ensinar: é inspirar, orientar, acreditar e deixar marcas que permanecem para a vida. A cada um, obrigada por tudo o que contribuiu para a pessoa e profissional que sou hoje.

Um agradecimento muito especial à Professora Dora Carteiro, minha orientadora, pela disponibilidade, dedicação e incentivo ao longo deste percurso. A sua orientação foi fundamental para o meu crescimento como pessoa e como profissional.

Às minhas enfermeiras orientadoras, agradeço por tudo o que me transmitiram ao longo deste caminho. Mais do que conhecimentos, levo comigo a forma como cuidam, acompanham e se entregam a esta profissão tão bonita e tão humana como a nossa.

A todas as equipas por onde passei e a todos os que fazem os nossos cuidados de saúde funcionar, agradeço cada palavra amiga, cada sorriso nos dias mais difíceis e cada momento de descontração nos corredores.

Guardo também um agradecimento muito especial às mulheres que tive o privilégio de acompanhar e cuidar, em fases tão intensas, vulneráveis e únicas das suas vidas. Aos “meus” bebés, e de forma muito especial aos 47 que tive o privilégio de ajudar a trazer ao mundo, obrigada por terem fortalecido em mim a certeza de que escolhi a profissão certa.

Às minhas colegas de mestrado, cada conversa, cada gesto de apoio e cada momento de partilha foram fundamentais. A vossa amizade tornou os desafios mais leves, as dúvidas menos assustadoras e as conquistas ainda mais especiais. Em especial, à Ana Filipa, pelas mensagens tardias que surgiam nos momentos de dúvida, pelas chamadas de incentivo quando mais precisava, e pela paciência em ouvir cada preocupação e desafio.

À minha chefe, Enfermeira Ana Santana, agradeço por ter sido muito mais do que uma líder no trabalho, pela atenção aos detalhes do dia a dia, pela preocupação genuína, por cada Coca-Cola em celebração a cada conquista, pelas conversas e pelo apoio nos momentos mais difíceis. A sua presença e cuidado tornaram o percurso mais leve, e cada conquista tornou-se ainda mais especial por saber que foi partilhada.

Às minhas colegas no serviço, agradeço de coração pela amizade, pelas constantes trocas fora de horas e pelo incrível jogo de cintura que cada uma teve dentro dos seus horários. Cada conversa (bem longas por sinal) e cada momento de compreensão trouxeram a leveza que eu precisava nos meus dias.

Aos meus amigos, a família que eu escolhi, obrigada por cada mensagem, por todos os cafés a que faltei e por todos os jantares que ficaram por marcar. A vossa compreensão, carinho e amizade fizeram-me sentir acompanhada ao longo de todo este caminho. E agora, finalmente, podemos recuperar o tempo: sou vossa.

À minha família... Aos meus avós, a minha mais bonita constelação no céu, obrigada por continuarem a iluminar o meu caminho. Aos meus tios/as, padrinhos e primos/as, obrigada por serem família.

Ao meu irmão e à minha cunhada que a distância nunca seja impeditivo de estarmos presentes na vida uns dos outros. Obrigada pelo melhor presente que me podiam ter dado, a minha afilhada Maria Inês. Estaremos sempre juntos.

À família do João que me acolheu com tanto carinho e que sempre me fez sentir em casa. Obrigada por todo o cuidado com que olharam por mim, no sentido mais prático e mais bonito da palavra. Pelos gestos silenciosos, pela preocupação constante e até pelos tupperwares preparados com amor, foi muito mais do que uma refeição.

À minha mãe, que mesmo quando a vida foi dura e tantas vezes injusta, nunca deixou de seguir em frente com coragem, força e amor, agradeço por me mostrares todos os dias, o verdadeiro significado de resiliência. Obrigada por todas as chamadas diárias, pela presença constante, pela força nas alturas certas e por nunca me deixares sentir sozinha. Segui por ti, por nós, e pela força que sempre encontrei em ti.

Ao meu Joninhas, a quem a palavra paciência assenta na perfeição, obrigada por teres sido o meu chão nos momentos em que mais precisei. Obrigada por limpares cada lágrima, por segurares cada dúvida, por me abraçares nos dias mais difíceis e por nunca deixares que eu me perdesse de mim. Em tantos momentos foste colo e desejo que o continues a ser para sempre... juntos, no que ainda está por vir.

Ao meu pai... o que dizer? Era suposto estares a celebrar isto comigo, há pessoas que julgamos eternas até que a vida nos tira o chão. Viraste a minha maior estrela a meio deste percurso, e desde então houve em cada conquista um lugar vazio que ninguém pode preencher. Encontrei forças que nunca achei que fosse precisar, mas levo comigo, todos os dias, a sorte de te ter tido. Porque a saudade é o azar de quem teve muita sorte.

Produção Científica e Comunicações

- Artigo para Publicação na revista Recien intitulado: A prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal
- Comunicação Livre do Tema: Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido: Intervenção Precoce do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da EESCV Data: 02/06/2025 a 06/06/2025
- Preleção ao Alunos do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com a temática: “Cuidados ao Pavimento Pélvico/Incontinência Urinária”
Data: 21/10/2025
ESSCVP-Lisboa

Participação em Cursos

- Curso Luto Perinatal : Vivências e Curas de Famílias e Profissionais
Data: 05/05/2025
APEO
- Curso Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros
Data: 12/09/2025 a 13/10/2025
Instituto CRIAP
- Curso Básico de Suturas
Data: 05/11/2025
ULS Santa Maria

Participação em Eventos

- Jornadas de Enfermagem da Saúde da Mulher da ULS Santa Maria: Cuidar da Mulher em Tempos de Mudança
Data: 07/10/2025
- XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO: Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira
Data: 05/05/2025 a 06/05/2025
- I Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP – Lisboa
Data: 03/06/2024 a 05/06/2024

Resumo

A incontinência urinária constitui uma condição frequente e subvalorizada, com impacto significativo na qualidade de vida da mulher, particularmente ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A promoção da saúde do pavimento pélvico assume, neste contexto, especial relevância enquanto estratégia preventiva, exigindo intervenções especializadas e sustentadas na evidência científica.

O referencial teórico mobilizado foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, por permitir compreender as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais vivenciadas pela mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto, orientando a intervenção do enfermeiro especialista ao longo destas transições.

Foram definidos como objetivos: identificar estratégias de prevenção da incontinência urinária, nomeadamente através do fortalecimento do pavimento pélvico; desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção da saúde do pavimento pélvico e na prevenção da incontinência urinária; e descrever criticamente as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos.

Ao longo do percurso formativo, desenvolvido em seis contextos clínicos, foi possível consolidar competências comuns, específicas e de mestre, através da implementação de intervenções dirigidas à educação para a saúde, capacitação das mulheres e sensibilização dos profissionais. Entre as atividades desenvolvidas destacam-se sessões de educação para a saúde no curso de preparação para o parto e parentalidade, sessões de formação em serviço no internamento de grávidas, internamento de puérperas e bloco de partos, elaboração de um manual de apoio, desenvolvimento de uma instrução de trabalho sobre referenciação da mulher com incontinência urinária, dinamização do Dia Mundial da Incontinência Urinária e publicação de um artigo científico.

A concretização deste percurso permitiu reconhecer a pertinência da intervenção do EEESMO na avaliação, orientação e implementação de estratégias preventivas no âmbito da saúde do pavimento pélvico, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e o empoderamento da mulher. Assim, este relatório evidencia o contributo da prática especializada para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a valorização da enfermagem na promoção da saúde da mulher.

Palavras-chave: Pavimento pélvico; Incontinência urinária; Mulher; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Abstract

Urinary incontinence is a frequent and often undervalued condition, with a significant impact on women's quality of life, particularly throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period. In this context, the promotion of pelvic floor health is especially relevant as a preventive strategy, requiring specialized interventions supported by scientific evidence.

The theoretical framework adopted was Afaf Meleis' Transitions Theory, as it enables an understanding of the physiological, psychological, and social changes experienced by women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, guiding the intervention of the specialist nurse throughout these transitions.

The objectives defined were: to identify strategies for the prevention of urinary incontinence, particularly through pelvic floor strengthening; to develop the common and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in promoting pelvic floor health and preventing urinary incontinence; and to critically describe the activities carried out in the different clinical settings.

Throughout the training pathway, developed across six clinical settings, it was possible to consolidate common, specific, and master's-level competences through the implementation of interventions focused on health education, women's empowerment, and professional awareness. The activities carried out included health education sessions in childbirth and parenting preparation courses, in-service training sessions in antenatal wards, postpartum wards, and delivery rooms, the development of a support manual, the creation of a work instruction for the referral of women with urinary incontinence, activities to mark World Urinary Incontinence Day, and the publication of a scientific article.

The completion of this pathway made it possible to recognize the key role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in the assessment, guidance, and implementation of preventive strategies in the field of pelvic floor health, while promoting health literacy, autonomy, and women's empowerment. Therefore, this report highlights the contribution of specialized practice to improving the quality of care and strengthening the role of nursing in the promotion of women's health.

Keywords: Pelvic floor; Urinary incontinence; Women; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing

Lista de Abreviaturas e Siglas

BP – Bloco de Partos

CC – Contexto Clínico

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSCVP – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

ITP – Indução do Trabalho de Parto

IU – Incontinência Urinária

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIF – Projeto de Intervenção Formativa

PP – Pavimento Pélvico

RE – Relatório de Estágio

RN – Recém-nascido

SC – Supervisora Clínica

SO – Sala de Observações

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

Índice

I.	Introdução	13
II.	Enquadramento Teórico.....	15
II.1.	Pavimento Pélvico	15
II.2.	Incontinência Urinária	16
II.2.1.	Implicações da Incontinência Urinária na vida da mulher.....	18
II.3.	Intervenções do EEESMO	19
II.4.	Teoria das Transições de Afaf Meleis	23
III.	Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre	26
III.1.	Contextualização do serviço: Cuidados de Saúde Primários.....	33
III.1.1.	Diagnóstico de Situação	34
III.1.2.	Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	35
III.1.3.	Resultados Obtidos	43
III.1.4.	Ganhos em Saúde	45
III.2.	Contextualização do serviço: Exames Especiais de Ginecologia	46
III.2.1.	Diagnóstico de Situação	47
III.2.2.	Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	48
III.2.3.	Resultados Obtidos	49
III.2.4.	Ganhos em Saúde	51
III.3.	Contextualização do serviço: Exames na Gravidez de Alto Risco.....	52
III.3.1.	Diagnóstico de Situação	52
III.3.2.	Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	53
III.3.3.	Resultados Obtidos	54

III.3.4. Ganhos em Saúde	55
III.4. Contextualização do serviço: Internamento de Grávidas	55
III.4.1. Diagnóstico de Situação	57
III.4.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	58
III.4.3. Resultados Obtidos	63
III.4.4. Ganhos em Saúde	65
III.5. Contextualização do serviço: Internamento de Puérperas	66
III.5.1. Diagnóstico de Situação	67
III.5.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	68
III.5.3. Resultados Obtidos	73
III.5.4. Ganhos em Saúde	74
III.6. Contextualização do serviço: Bloco de Partos.....	75
III.6.1. Diagnóstico de Situação	76
III.6.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.....	77
III.6.3. Resultados Obtidos	83
III.6.4. Ganhos em Saúde	85
IV. Considerações Finais	87
V. Referências Bibliográficas	89
Apêndices.....	97
Apêndice I – Metodologia de Pesquisa do Relatório	98
Apêndice II – Análise SWOT do Curso Luto Perinatal: Vivências e Curas de Famílias e Profissionais.....	100
Apêndice III – Análise SWOT do Curso de Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros	101

Apêndice IV – Análise SWOT do Curso Básico de Suturas	102
Apêndice V – Sessão de Educação para a Saúde no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária	103
Apêndice VI – Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Grávidas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária	105
Apêndice VII – Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Puérperas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária	108
Apêndice VIII – Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos com o tema Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária	111
Apêndice IX – Manual do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade	118
Apêndice X – Instrução de Trabalho sobre a Referenciação da Mulher com Incontinência Urinária.....	128
Apêndice XI – Dinamização do Dia do Pai.....	131
Apêndice XII – Dinamização do Dia Mundial da Incontinência Urinária.....	132
Apêndice XIII – Divulgação do Dia Mundial da Incontinência Urinária através das Redes Sociais	133
Apêndice XIV – Resultados do Questionário de Avaliação da Preleção Realizada aos Alunos do MESMO da ESSCVP-Lisboa	134
Apêndice XV – Resumo do Artigo “A Prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal” a aguarda publicação na Revista Recien	137
Apêndice XVI – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Grávidas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária.....	139
Apêndice XVII – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Puérperas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária.....	142
Apêndice XVIII – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos com o tema Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária.....	145

Apêndice XIX – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária	148
Apêndice XX – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Grávidas.....	153
Apêndice XXI – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Internamento de Grávidas	154
Apêndice XXII – Plano de Sessão da Formação de Educação para a Saúde no Internamento de Grávidas.....	157
Apêndice XXIII – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Puérperas	159
Apêndice XXIV – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Internamento de Puérperas	160
Apêndice XXV – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos	163
Apêndice XXVI – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Bloco de Partos.....	164
Apêndice XXVII – Roteiro Informal para Colheita de Dados no Bloco de Partos.....	167
Anexos.....	172
Anexo I – Certificado de Colaboração como Preletora com o Tema “Cuidados ao Pavimento Pélvico/Incontinência Urinária”	173
Anexo II – Certificado de Colaboração como Preletora no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Tema “Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido – Intervenção Precoce do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica”	174
Anexo III – Participação no XXVI Congresso Nacional e X Internacional: Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira.....	175
Anexo IV – Participação no Curso Luto Perinatal: Vivências e Curas de Famílias e Profissionais.....	176
Anexo V – Participação no Curso Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros	177

Anexo VI – Participação nas Jornadas de Enfermagem da Saúde da Mulher da Unidade Local de Saúde Santa Maria – Cuidar da Mulher em Tempos de Mudança.....	178
Anexo VII – Participação no Curso Básico de Suturas	179
Anexo VIII – Publicação de um Artigo na Revista Recien Intitulado “A Prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal”	180
Anexo IX – Participação na Reunião de Departamento com a Temática “Episiotomia – o que há de novo?”	181
Anexo X – Participação na Reunião de Departamento com a Temática “O Pós-Operatório da Cesariana – O essencial”.....	182
Anexo XI – Participação na Reunião de Departamento com a Temática “Terapêutica da HTA crónica na gravidez – State of the art”	183

I. Introdução

O Relatório de Estágio (RE) foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP), com o tema “O Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”.

A escolha da temática resulta da conjugação de motivações de natureza pessoal e profissional. A nível pessoal, o contacto com mulheres do contexto social e familiar permitiu identificar a frequência de queixas de Incontinência Urinária (IU) no pós-parto, muitas vezes vividas em silêncio, por vergonha ou desvalorização do problema. A nível profissional e formativo, a abordagem desta temática ao longo do percurso académico e da prática clínica, evidenciou a relevância do Pavimento Pélvico (PP) na saúde da mulher e a necessidade de uma intervenção preventiva mais estruturada.

Embora esta área seja maioritariamente desenvolvida por outros profissionais de saúde, considera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), pela continuidade e proximidade dos cuidados prestados ao longo do ciclo gravídico-puerperal, detém competências que lhe permitem assumir um papel relevante na educação para a saúde, na prevenção da IU e na promoção da qualidade de vida da mulher, nomeadamente através da identificação de fatores de risco, da capacitação para o autocuidado e da implementação de intervenções promotoras de saúde.

Para a construção deste RE foi realizada a pesquisa nas bases de dados científicas (CINAHL, MedLine e Scielo), pesquisa livre e em literatura cinzenta. De acordo com a metodologia PRISMA foi possível desenvolver um diagrama, sendo então incluídos 42 artigos científicos. A metodologia de pesquisa encontra-se descrita no Apêndice I.

O PP da mulher é uma estrutura anatómica composta por fibras musculares que envolvem e dão suporte aos órgãos pélvicos, mantendo a postura, a posição anatómica dos órgãos reprodutivos internos femininos, o controlo muscular voluntário dos esfíncteres anal e vesical e a saúde sexual e, quando devidamente fortalecido, contribui para a prevenção de disfunções pélvicas. Durante a gravidez estes músculos servem de suporte ao feto e, durante o parto, auxiliam na sua passagem¹⁻³.

Existem fatores que podem levar a alterações na musculatura do PP, conduzindo à sua disfunção. A gravidez e o parto são considerados os maiores fatores de risco, não

só devido à ação hormonal que provoca relaxamento muscular, como também à laceração do períneo no parto, episiotomia e compressão do útero sobre a bexiga³. A gravidez, pelas alterações anatómicas e fisiológicas, pode aumentar a probabilidade de aparecimento de IU, sendo esta umas das consequências mais frequentes da disfunção do PP⁴.

De acordo com a *International Continence Society*, a IU é definida como a perda involuntária de urina⁵. A prevalência varia de acordo com os diferentes contextos e populações estudadas, podendo atingir 47,2% de mulheres ao longo da vida, 51% durante a gravidez e 53,6% até 5-10 anos após o parto²⁰⁻²³. Em Portugal, estima-se que afete cerca de 20% da população portuguesa com mais de 40 anos, com maior prevalência entre as mulheres⁶. Num estudo realizado a 237 mulheres do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa entre 2013 e 2014, 51,84% relataram IU durante a gravidez e 34,60% no pós-parto, podendo esta permanecer até vários anos após o parto⁴.

Perante o impacto da IU no ciclo gravídico-puerperal, torna-se pertinente enquadrar esta problemática à luz da teoria das transições de Afaf Meleis. Esta permite compreender como as mulheres vivenciam as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais associadas à gravidez, parto e pós-parto, delineando o quadro conceptual e interligando com as intervenções do EEESMO em cada Contexto Clínico (CC)^{7,8}.

Desta forma foram definidos os seguintes objetivos para o presente RE:

- Identificar estratégias de prevenção da IU, nomeadamente através do fortalecimento do PP;
- Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO na promoção da saúde do PP e na prevenção da IU;
- Descrever criticamente as atividades desenvolvidas nos diferentes CC.

O presente RE encontra-se estruturado de forma a refletir o percurso formativo desenvolvido. Inicia-se com a introdução, onde é contextualizada e justificada a pertinência da temática, e apresentados os conceitos e objetivos do relatório. Segue-se o enquadramento teórico, que fundamenta as temáticas e intervenções desenvolvidas, bem como o referencial teórico de enfermagem. Posteriormente, é apresentado o percurso de desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, organizado por contextos de estágio. Por fim, nas considerações finais, é realizada uma reflexão global sobre a concretização dos objetivos propostos, as dificuldades e limitações encontradas, os contributos do trabalho para a valorização da Enfermagem e a identificação de projetos futuros passíveis de continuidade e implementação na prática clínica.

II. Enquadramento Teórico

II.1. Pavimento Pélvico

O PP, sendo uma estrutura anatómica complexa constituída por fibras musculares que envolvem e suportam o conteúdo pélvico, pode ser dividido em quatro compartimentos: Anterior ou urinário (bexiga, colo da bexiga e uretra); médio ou genital (vagina e útero); posterior (reto, canal anal, sigmoide e reto); peritoneal (fáscia endopélvica e membrana perineal)^{1-3,9}.

O PP desempenha várias funções essenciais ao organismo feminino, sendo crucial para a manutenção da saúde e funcionalidade do sistema músculo-esquelético e reprodutivo. Além de proporcionar suporte aos órgãos pélvicos, o PP está diretamente envolvido no controlo dos esfíncteres, no movimento e na estabilização da pelve e da coluna vertebral, bem como na função sexual. O PP também desempenha um papel fundamental durante o trabalho de parto, ao sustentar o feto e facilitar a passagem do mesmo pelo canal de parto. Por fim, o PP ainda tem influência na respiração, aumentando a eficiência respiratória e reduzindo a resistência ao respirar^{2,3,10,11}.

A gravidez constitui um processo fisiológico complexo, caracterizado por múltiplas alterações no corpo feminino, incluindo hipervolemia, alterações hormonais e aumento do peso corporal inerente ao desenvolvimento fetal. Destacam-se as funções da progesterona e da relaxina, hormonas que promovem o aumento da flexibilidade nas articulações e ligamentos, sendo essenciais para a adaptação do corpo à gestação e ao parto^{3,9}.

As mudanças estruturais e hormonais associadas à gravidez e ao parto constituem um dos maiores fatores de risco na disfunção do PP. Entre os fatores de risco obstétricos associados ao parto vaginal, destacam-se, um RN grande para a idade gestacional, o período expulsivo prolongado, o uso de oxitocina, a realização de episiotomia e o parto vaginal assistido por fórceps ou ventosa⁹⁻¹⁴.

Para além destes, outros fatores relacionados com as características maternas e a história reprodutiva da mulher, como a multiparidade, a menopausa e o excesso de peso, têm igualmente sido associados a maior probabilidade de risco de disfunção do PP^{9-13,15}.

Relativamente ao tipo de parto, um estudo realizado na China indica que, embora a cesariana esteja associada a menor probabilidade de aparecimento de IU quando comparada com o parto vaginal, pode também estar relacionada a maior probabilidade de alterações da força muscular do PP em repouso¹².

Estudos epidemiológicos demonstram que as disfunções do PP constituem um problema de saúde frequente entre as mulheres e são frequentemente subdiagnosticadas^{10,11,14}. As disfunções do PP podem manifestar-se sob diversas formas, sendo as mais comuns o prolapso dos órgãos pélvicos, IU e fecal, dispareunia, obstipação, disúria e dor lombar^{1-3,9-15}.

II.2. Incontinência Urinária

A IU é definida pela literatura como a perda involuntária de urina, afetando principalmente mulheres^{5,17-19}. Esta pode ser classificada em três condições diferentes: a IU de esforço, caracterizada pela perda de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir ou levantar pesos; a IU de urgência, associada a uma necessidade súbita e intensa de urinar, frequentemente acompanhada de sintomas como o aumento da frequência e noctúria; e a IU mista, que combina características dos dois tipos anteriores^{5,17-19}.

Existem diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento de IU, incluindo o envelhecimento, a obstipação, problemas psicológicos, multimedicação, a presença de comorbidades, alterações cognitivas, limitações motoras, cirurgias ginecológicas e/ou pélvicas, a menopausa, tabagismo e/ou consumo de álcool, a ingestão de bebidas com cafeína e o sedentarismo¹⁷⁻²⁰.

A gravidez e o parto são, também, fatores de risco devido às alterações anatómicas e fisiológicas associadas. A prevalência da IU em mulheres grávidas varia entre 0,7% e 35%, sendo mais frequente no terceiro trimestre da gestação e diminuindo significativamente no pós-parto^{4,17,21}.

Da mesma forma que no caso das disfunções pélvicas a história obstétrica encontra-se significativamente associada ao desenvolvimento de IU^{4,20-22,24}. Verifica-se uma maior prevalência de IU em mulheres com partos vaginais, sobretudo instrumentados, podendo atingir valores até 73,1%, quando comparados com partos distócicos por cesariana, 42,6%²². De forma consistente, um estudo realizado em Espanha demonstrou que a ocorrência de IU é mais frequente em mulheres com parto vaginal, 81,1%, enquanto a cesariana apresentou um efeito protetor²⁰. Adicionalmente, o número de partos relaciona-se diretamente com a gravidade dos sintomas, aumentando de forma proporcional^{20,22}.

A evidência científica demonstra ainda que a IU continua a ser uma condição frequentemente subvalorizada, associada a baixos níveis de literacia e a uma reduzida

procura de cuidados de saúde^{17,19,21,25}. Um estudo realizado na Turquia entre março e setembro de 2020, com 255 grávidas, verificou que 66,1% das mulheres com IU não procuraram os cuidados de saúde, sendo que 62,8% nunca foram abordados sobre os exercícios do PP e 83,5% não os praticavam²¹. De forma semelhante, um estudo realizado no Irão entre 2020 e 2021 demonstrou que apenas 11,1% das mulheres com IU procuraram previamente cuidados de saúde, sendo a não procura associada a fatores como as barreiras no acesso aos serviços de saúde, a idade e destacando-se a vergonha como principal fator limitador²⁵.

Esta realidade é reforçada por um estudo realizado no Egito, que evidenciou que a maioria das mulheres apresentava conhecimentos insuficientes sobre a IU (63,4%) e sobre os exercícios do PP (61,5%), verificando-se práticas inadequadas em 71,5% dos casos. Destacou ainda, que a principal fonte de informação foi a internet, 77,2%, enquanto apenas 39% referiram obter informação junto de profissionais de saúde, evidenciando o reduzido papel destes na educação para a saúde nesta área²⁶.

Esta subvalorização é corroborada por um estudo realizado em Espanha (Valência) entre 2022 e 2023, no qual se verificou uma discrepância entre a perceção das mulheres (25,9%) e a presença dos sintomas (53,6%)²⁰. Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do EEESMO, visto que, num estudo realizado no Porto entre 2013 e 2014, 48,5% das mulheres relataram que não foram abordadas com esta temática da IU e os seus sintomas durante a vigilância pré-natal⁴.

Para além da elevada prevalência, a IU apresenta um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres^{11,14,17-20}. Um estudo observacional realizado em Espanha, entre 2021 e 2022, demonstrou que 55,8% das 1446 mulheres apresentavam IU, sendo a disfunção do PP com maior impacto na vida das mulheres¹¹. De forma semelhante, outro estudo realizado, também, em Espanha, evidenciou que cerca de metade das mulheres apresentavam pelo menos uma disfunção do PP entre 5 a 10 anos após o primeiro parto, sendo a IU a mais frequente¹⁴.

Por fim, destaca-se, através de um estudo realizado no Porto, que a IU de esforço constitui o tipo mais prevalente, tanto na gravidez (82,11%), como no pós-parto (64,9%), contrastando com a IU de urgência e mista com percentagens entre os 17,88% na gravidez e os 9,76% a 15,85% no pós-parto⁴. De forma consistente, um estudo realizado em Espanha demonstrou que, mesmo vários anos após o parto, a IU de esforço permanece o tipo mais frequente (64,9%), seguida da IU mista (19,7%) e da IU de urgência (9,2%)²⁰.

II.2.1. Implicações da Incontinência Urinária na vida da mulher

Embora raramente constituam condições fatais, as disfunções do PP podem comprometer de forma significativa a qualidade de vida das mulheres, com repercussões na função sexual, na vida social e no bem-estar psicológico¹⁰. Neste contexto, a IU assume particular relevância enquanto uma das manifestações mais prevalentes das disfunções do PP, afetando de forma multidimensional aspetos físicos, psicológicos, sociais, sexuais e socioeconómicos^{11,14,17-20,23,27-34}. Esta condição é ainda considerada um problema de saúde pública, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelo impacto significativo nas diferentes dimensões da vida da mulher e pelos custos económicos associados³⁵.

Fisicamente, a IU pode comprometer a realização das atividades de vida diárias, incluindo o desempenho profissional e a prática de atividade física. Muitas mulheres referem desconforto durante esforços como correr, rir ou levantar pesos, o que condiciona a sua capacidade de manter rotinas habituais instituídas na sua vida anteriormente. Paralelamente, os distúrbios do sono são comuns, sintomas como a noctúria interferem na qualidade do sono, podendo levar a fadiga e à redução dos níveis de energia ao longo do dia^{23,27-29,32,36}.

Perante estas limitações, é frequente as mulheres adotarem algumas estratégias de adaptação, nem sempre adequadas ao que deveria ser realizado. Existe normalmente uma redução da ingestão de líquidos para evitar episódios de perda urinária, o que pode causar desidratação e aumentar o risco de infeções do trato urinário, bem como o uso de produtos absorventes. Da mesma forma, o receio de episódios de IU durante a realização de exercício físico, bem como o constrangimento associado, leva muitas mulheres a evitar ou modificar a prática de atividade física. Esta redução tem implicações relevantes, uma vez que priva estas mulheres dos benefícios físicos e psicológicos associados ao exercício físico^{23,27-29,32,36}.

Para além das repercussões físicas e comportamentais, a IU está associada a um impacto psicológico significativo. As mulheres experienciam, frequentemente, sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade e tristeza, associados à perda de controlo urinário. Este impacto revela-se particularmente evidente no período pós-parto, onde, apesar da tendência para a normalização da condição, muitas mulheres relatam alterações

emocionais negativas, incluindo sentimentos de insegurança, isolamento e insuficiência^{27,30,34,35,37}.

Importa, também, salientar que a IU é frequentemente percebida como uma consequência natural do envelhecimento ou do parto, o que contribui para a sua normalização e consequente subvalorização. Esta percepção, frequentemente reforçada pelo meio envolvente, conduz a uma menor procura de cuidados de saúde^{30-34,38}.

No domínio social, a IU pode condicionar significativamente a participação em atividades sociais, conduzindo ao isolamento. O receio de episódios de IU em público, aliado a sentimentos de embaraço, leva muitas mulheres a evitar interações sociais, incluindo o convívio com familiares e amigos^{27,31,34,36}.

No que respeita à dimensão sexual, a IU está associada a alterações em múltiplos domínios, incluído o desejo, a excitação, o orgasmo e a satisfação global. Para além disso, o receio de existir IU durante a relação sexual constitui um fator determinante para a intimidade ser evitada, com impacto negativo nas relações interpessoais^{33,34}.

II.3. Intervenções do EEESMO

Para além do impacto direto da IU na qualidade de vida das mulheres, importa considerar a intervenção do EEESMO na sua abordagem. Apesar da existência de intervenções eficazes, a evidência demonstra que muitas mulheres não recebem o apoio e informação adequados, quer pela reduzida procura de cuidados de saúde, quer por limitações na resposta do próprio sistema de saúde. Este cenário é agravado pela normalização da IU, a baixa literacia em saúde e a percepção de que os sintomas poderão resolver-se espontaneamente^{30,31,34,38-40,51}.

Para além destas barreiras, a abordagem clínica continua frequentemente centrada nos sintomas físicos, desvalorizando dimensões igualmente relevantes, como a função sexual. A literatura evidencia que a sexualidade continua a ser pouco explorada, apesar do impacto significativo que a IU pode ter na intimidade e nas relações interpessoais. Neste sentido, torna-se essencial que o EEESMO desenvolva competências que permitam abordar esta dimensão de forma sistemática e sensível, ao longo dos diferentes períodos do ciclo de vida da mulher^{31,33}.

As lacunas na abordagem das disfunções do PP são evidentes, quer ao nível da prática clínica dos profissionais de saúde, quer da literacia das mulheres. Verifica-se, com frequência, uma intervenção reativa, centrada na presença de sintomatologia ou

desencadeada por iniciativa da própria mulher. Apenas cerca de 25% dos profissionais de saúde referem realizar rastreio sistemático da IU, o que contribui para a sua subidentificação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta realidade tem sido associada a constrangimentos como a limitação de tempo nas consultas, a escassez de recursos, a insuficiente formação dos profissionais de saúde e a priorização de aspetos relacionados com a saúde imediata da mãe e do Recém-Nascido (RN)^{16,35,39-43,51,52}.

A evidência científica demonstra ainda que os profissionais de saúde apresentam níveis apenas moderados de conhecimento e de prática relativamente à abordagem da IU, mantendo-se reduzida a utilização de instrumentos estruturados de avaliação e o acompanhamento após o início do tratamento, o que pode comprometer a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados. Ainda assim, o interesse manifestado pelos profissionais em aprofundar conhecimentos nesta área constitui uma oportunidade de melhoria para reforçar a capacitação do EEESMO^{42,43}.

Neste contexto, a avaliação do PP assume um papel fundamental na abordagem da IU, devendo ser integrada no processo de enfermagem. Uma avaliação estruturada permite identificar alterações específicas da função muscular, orientando na tomada de decisão clínica e possibilitando a definição de intervenções individualizadas e ajustadas às necessidades de cada mulher^{39,44}.

A avaliação inclui uma anamnese centrada na sintomatologia principal, nos fatores de risco, nos hábitos de vida e no impacto dos sintomas na vida da mulher. Inclui também, um exame físico do PP, com avaliação em repouso e em movimento, palpação vaginal e análise funcional da musculatura. Esta avaliação permite analisar parâmetros como a força, a resistência, a capacidade de sustentação, o relaxamento, a presença de tensão e a coordenação muscular^{39,44}.

De igual modo, instrumentos como o diário miccional permitem caracterizar o padrão miccional e adequar as intervenções, embora permaneçam subutilizados na prática clínica, utilizados por apenas 14,3% dos profissionais. No que se refere à avaliação funcional da musculatura do PP são utilizados instrumentos como a escala de Oxford para a avaliação da força muscular e da análise do tempo de contração para a resistência, dados essenciais para adequar a intervenção à disfunção identificada e acompanhar a evolução clínica^{39,42,44}.

Com base na avaliação, as intervenções devem ser individualizadas, integrando o treino da musculatura do PP como estratégia de primeira linha na prevenção e no

tratamento da IU. Trata-se de uma intervenção não invasiva, segura, de baixo custo e com eficácia demonstrada na redução dos episódios de IU^{35,37,45,46}.

Para além da componente teórica, o treino supervisionado do PP, nomeadamente através dos exercícios de Kegel, constitui uma estratégia fundamental no tratamento da IU^{35,46,48,50}. A evidência demonstra que a reabilitação do PP através de exercícios específicos pode reduzir os episódios de IU entre 54% e 72%, com valores de 61% a 91% na melhoria ou tratamento da sintomatologia da IU³⁶. Um estudo demonstrou que após 8 semanas de um programa de exercícios de Kegel, a percentagem das mulheres que referiam perdas urinárias várias vezes por dia diminuiu de 49,7% para 36%, sugerindo uma redução da frequência e da gravidade da sintomatologia⁵⁰.

A implementação do treino da musculatura do PP durante a gravidez e no pós-parto assume particular relevância, por permitir contrariar as alterações hormonais e estruturais que se identificam como fatores de risco. A evidência sugere que esta intervenção contribui para a redução da IU no pós-parto, com benefícios observados aos 3 e 6 meses, reforçando a importância de uma abordagem precoce, centrada na promoção da saúde e na prevenção, potencialmente mais eficaz do que uma abordagem tardia orientada apenas para o tratamento dos sintomas^{35,48,49,53}.

Neste sentido, um estudo realizado na Noruega demonstrou que a participação num programa regular de exercícios do PP durante a gravidez, associou-se a uma menor prevalência de IU aos 3 meses após o parto, observando-se valores de 28% no grupo de intervenção e de 38% no grupo de controlo⁵³.

A evidência sugere ainda que programas estruturados de treino, realizados pelo menos duas vezes por semana durante 12 semanas, contribuem significativamente para a melhoria da função do PP, sendo também apontado que o treino deverá manter-se por um período superior a 6 semanas para produzir benefícios na prevenção da IU no pós-parto^{37,49}.

O treino deve ser ajustado à disfunção identificada. Nos casos de hipotonia, privilegia-se o treino de força muscular, recorrendo-se a exercícios de sustentação na diminuição da resistência e ao treino abdomino-pélvico na falta de coordenação, e estratégias de relaxamento nos casos de hipertonia^{39,44}.

Para além do treino da musculatura do PP, as intervenções comportamentais assumem um papel central na abordagem da IU, incluindo estratégias como o treino vesical, a modificação de hábitos miccionais e a adoção de estilos de vida saudáveis. O

treino vesical revela-se particularmente eficaz na redução dos episódios de IU, devendo ser mantido durante um período mínimo de 6 semanas^{36,41}.

Estas intervenções têm como objetivo reduzir os episódios de IU através da reeducação da bexiga e da melhoria do controlo voluntário, sendo frequentemente utilizadas em associação com o treino da musculatura do PP, potenciando os seus efeitos terapêuticos^{36,41}.

A eficácia destas intervenções está associada à adesão das mulheres, sendo a regularidade da prática determinante para a obtenção de melhores resultados clínicos^{35,40,52}. No entanto, a continuidade da realização das intervenções por parte das mulheres constitui um desafio, observando-se que, apesar de 96,2% das mulheres referirem intenção de continuar os exercícios após o parto, apenas 76,7% os realizavam aos 3 meses e 32,4% aos 6 meses³⁸.

Um estudo identificou que, entre as mulheres que integraram uma intervenção por EEESMO, 64,8% referiram ter recebido explicação sobre a realização dos exercícios do PP, comparativamente a 37,9% no grupo de controlo, e 50% relataram adesão ao treino, face a 38,4% no grupo de controlo⁴³. No mesmo estudo, a IU no pós-parto foi reportada por 44,3% das mulheres no grupo de intervenção e por 54% no grupo de controlo, reforçando a importância do acompanhamento por parte do EEESMO⁴³. Para além da melhoria da sintomatologia, estas intervenções contribuem para a capacitação das mulheres, promovendo a sua autonomia e autoeficácia na gestão da condição clínica^{35,40,43,50}.

Neste âmbito, destaca-se a intervenção do EEESMO na educação para a saúde, no ensino da contração correta da musculatura do PP e na promoção da adesão ao tratamento, através do reforço positivo e de acompanhamento regular e individualizado, promovendo simultaneamente a autogestão da IU e a participação ativa da mulher no controlo da sua condição. Neste sentido, a relação terapêutica estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher revela-se determinante para o sucesso do tratamento^{35,36,38,39,41,43,44,48,52}.

A implementação de protocolos estruturados na consulta de enfermagem, nomeadamente em contexto de CSP, permite não só melhorar os sintomas e a qualidade de vida das mulheres, bem como melhorar o acesso aos cuidados, reduzindo a necessidade de referenciação para cuidados de maior diferenciação^{35,36,39,41,44,48,51}.

Num estudo realizado com mulheres no pós-parto, apenas 12,14% referiam prática de exercícios da musculatura do PP, sendo essa prática mais provável entre mulheres com maior conhecimento sobre os exercícios e com 4 ou mais consultas de

vigilância pré-natal, o que reforça a importância da educação para a saúde e do acompanhamento profissional⁵².

Face a estas limitações, têm surgido novas estratégias de intervenção, nomeadamente através do recurso a tecnologias digitais. As aplicações móveis que promovem a adesão aos exercícios do PP e à autogestão da IU têm demonstrado potencial na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres. Contudo, persistem desafios relacionados com a adesão e com o nível de literacia de quem usa este tipo de plataformas, evidenciando a importância da orientação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde^{36,47}.

Paralelamente, a evidência sugere que uma intervenção por parte dos profissionais, realizada em grupo poderá constituir uma estratégia complementar de baixo custo, com potencial para ampliar o acesso às intervenções e favorecer a motivação das mulheres através do apoio entre pares, nomeadamente durante a gravidez⁵⁴.

Importa salientar que a eficácia das intervenções não se reflete apenas na redução dos sintomas, mas também na melhoria global da qualidade de vida das mulheres. A diminuição dos episódios de IU, associada ao aumento da confiança e da autonomia, traduz-se numa maior participação nas atividades diárias, sociais e íntimas. Assim, a abordagem do EEESMO deve ser entendida como um processo integrado, sistemático e centrado na pessoa, orientado não só para o controlo sintomático, mas também para a capacitação da mulher e para a promoção do seu bem-estar global^{41,50}.

II.4. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis na década de 1960 durante o seu doutorado, originou-se a partir da investigação dos processos envolvidos nas transições de papéis, como o tornar-se mãe ou pai, com um foco inicial no planeamento familiar. A partir dessa base, Meleis ampliou a sua pesquisa para compreender as intervenções que podem facilitar as transições e os fatores que contribuem para a dificuldade em realizar transições saudáveis^{55,57}.

Esta teoria constitui um referencial teórico particularmente pertinente para a prática de enfermagem, centrando-se nos processos de mudança experienciados pelos indivíduos perante alterações no estado de saúde, nos papéis sociais e/ou no ciclo de vida. Segundo Meleis, a transição é o processo de mudança de um estado estável para outro,

exigindo das pessoas a aquisição de novos conhecimentos, a modificação de comportamentos e uma reconfiguração da definição de si mesmas^{7,55-57}.

As transições assumem especial relevância para a enfermagem por corresponderem a períodos de maior vulnerabilidade, mas também de potencial de crescimento, reorganização e desenvolvimento. Meleis identifica quatro tipos de transições particularmente relevantes para a enfermagem: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. Estas transições podem ocorrer de forma isolada ou simultânea e afetar indivíduos, pares ou famílias, influenciando a mudança comportamental e promovendo a adaptação^{7,56,57}.

No contexto da saúde materna e obstétrica, a gravidez, o parto e o pós-parto constituem predominantemente transições desenvolvimentais, uma vez que se associam a mudanças próprias no ciclo de vida da mulher e à aquisição de novos papéis. Em simultâneo, estas transições podem integrar uma dimensão situacional, atendendo à reorganização das rotinas, das relações conjugais e familiares, da percepção de si e das responsabilidades inerentes à parentalidade^{7,56,57}.

Desta forma, a transição para a maternidade e para a parentalidade ultrapassa a dimensão exclusivamente biológica, correspondendo a um processo onde existem transformações físicas, emocionais, relacionais e identitárias, influenciadas por múltiplos fatores, como a experiência do parto, o apoio social, o contexto familiar, o estado de saúde, o *stress* e a confiança da mulher nas suas capacidades. Meleis evidencia que o tornar-se mãe constitui uma das transições desenvolvimentais mais estudadas em enfermagem, implicando preparação psicossocial durante a gravidez, aprendizagem progressiva após o nascimento e consolidação do papel materno^{4,57}.

Contudo, no decurso destas transições desenvolvimentais e situacionais, podem emergir condições que interferem negativamente com a adaptação da mulher e comprometem a vivência saudável do ciclo gravídico-puerperal. É neste âmbito que a IU pode ser compreendida, à luz da Teoria das Transições, como uma transição de saúde-doença^{7,29,57}.

Embora a gravidez e o parto constituam processos fisiológicos, as alterações anatómicas, hormonais e funcionais que lhes estão associadas representam os fatores de risco mais relevantes para a existência de disfunções do PP e, consequentemente, o aumento da prevalência de IU. Nesta perspetiva, a IU traduz uma alteração do estado de saúde que exige da mulher um processo de adaptação física, emocional, social e

comportamental, justificando o seu enquadramento como uma transição saúde-doença integrada no processo de transição para a maternidade^{4,29,57}.

Assim, a intervenção do EEESMO assume particular relevância, uma vez que a enfermagem tem como foco intervenções que facilitem transições saudáveis. A avaliação de enfermagem deverá, por isso, ser contínua e orientada para a identificação de necessidades, vulnerabilidades, recursos e significados atribuídos pela mulher à experiência vivida, devendo iniciar-se precocemente, idealmente desde a vigilância pré-natal⁵⁷.

Concluindo, a Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui o referencial conceptual que sustenta a compreensão da intervenção do EEESMO na promoção da saúde do PP e prevenção da IU, favorecendo a autonomia e adaptação saudável da mulher, orientando simultaneamente para a prática e reflexão crítica ao longo dos CC^{29,57}.

III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre

O percurso académico prático decorreu entre o dia 24 de fevereiro de 2025 até ao dia 13 de fevereiro de 2026 integrando diferentes contextos da prática clínica na área de saúde materna e obstétrica. Este percurso teve principal foco a intervenção na promoção do PP enquanto estratégia preventiva da IU.

De forma a desenvolver e adquirir competências comuns e específicas do EEESMO foi elaborado previamente um Projeto de Intervenção Formativa (PIF), definindo objetivos específicos e orientado para as atividades a desenvolver em cada CC. No início de cada CC, o PIF era partilhado, realizado um diagnóstico de situação e, em colaboração com a Enfermeira Supervisora Clínica (SC) e a Enfermeira responsável por cada contexto, reformulado de forma a ir ao encontro das necessidades específicas de cada serviço, dos profissionais de saúde e das utentes.

Ao longo dos diferentes CC foram desenvolvidas atividades direcionadas para a educação para a saúde, capacitação das mulheres e incentivo à adoção de comportamentos promotores da saúde do PP. As intervenções realizadas basearam-se na evidência científica mais recente, permitindo uma prática fundamentada e ajustada às necessidades identificadas em cada contexto, promovendo simultaneamente a evolução pessoal e profissional, a autonomia, a reflexão crítica sobre a prática e a consolidação das competências de mestre, comuns e específicas do EEESMO.

O estágio profissional dividiu-se em 6 contextos: CSP (150 horas), Exames Especiais na área da Ginecologia e Gravidez de Alto Risco (70 horas), Internamento de Grávidas (150 horas), Internamento de Puérperas (150 horas) e Urgência Obstétrica e Bloco de Partos (BP) (520 horas).

Foram então definidos objetivos e atividades transversais aos CC, à exceção do CC dos Exames Especiais na área de ginecologia e dos Exames na Gravidez de Alto Risco, que tiveram a duração de 1 semana, sendo o período de integração e adaptação, bem como os objetivos específicos, ajustados. Estes objetivos transversais incluíram:

- 1) Integrar a equipa multidisciplinar das unidades/serviços de saúde onde irão decorrer os CC:** Atingido através do conhecimento da estrutura física, organizacional e funcional do serviço, apresentação à equipa multidisciplinar e conhecimento dos protocolos instituídos, rotinas e métodos de trabalho.

2) Implementar/Reformular o plano de projeto nos diferentes CC: O PIF previamente definido foi sendo reformulado e aplicado ao longo de cada contexto, analisando previamente a viabilidade das atividades propostas em equipa.

3) Identificar as necessidades dos profissionais de saúde, da mulher/casal e do RN, com vista à melhoria das intervenções de enfermagem: Atingido através de reuniões informais com a Enfermeira Responsável do CC, Enfermeira SC e a equipa com vista à realização dos diagnósticos de situação e planeamento adequado.

4) Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados: Conseguido através da prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade, incluindo consultas de planeamento familiar e período preconcecional, acompanhamento durante o período pré-natal, vigilância do Trabalho de Parto (TP), cuidados especializados no período pós-natal, acompanhamento no climatério, intervenções nos processos de saúde/doença ginecológica, bem como cuidados dirigidos a mulheres em idade fértil.

5) Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da temática do fortalecimento do PP na prevenção da IU: Conseguido pela apresentação dos objetivos do CC à equipa multidisciplinar, conversando informalmente com o SC sobre as atividades a realizar, e com a equipa sobre a temática, avaliando a receptividade ao tema. Foi realizada, também, uma preleção dirigida aos estudantes do 2º Curso de MESMO da ESSCVP-Lisboa, abordando o tema “Cuidados ao Pavimento Pélvico/Incontinência Urinária” (Anexo I), centrada nas estratégias de prevenção da IU e na aplicação de práticas de intervenção do EEESMO fundamentadas em evidência científica, promovendo a reflexão crítica e reforçando a consciência sobre a relevância do PP na futura prática profissional.

6) Participar em atividades científicas na área de Enfermagem de Saúde Materna: A participação em atividades científicas constituiu uma oportunidade de aprofundamento e partilha de conhecimentos:

- Comunicação Livre “Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido – Intervenção Precoce do Especialista de Saúde Materna e Obstétrica” – II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem (Anexo II), com esta apresentação foi partilhada a evidência científica atual sobre a importância da intervenção precoce do EEESMO na promoção da amamentação exclusiva, sensibilizando os profissionais para a monitorização adequada da perda ponderal do RN e reforçando estratégias de apoio à díade mãe-bebé. Esta

participação permitiu ainda desenvolver competências de comunicação científica e estimular a reflexão crítica sobre a prática clínica nesta área.

- XXVI Congresso Nacional e X Internacional: Desafios na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira (Anexo III), com o objetivo, entre outros, de promover a reflexão sobre a saúde mental perinatal, sensibilizar para o papel do EEESMO em contextos de crise humanitária, debater a autonomia profissional em Portugal, incentivar a partilha de conhecimento científico e valorizar as boas práticas em ESMO.
- Curso Luto Perinatal: Vivência e Curas de Famílias e Profissionais (Anexo IV), com o objetivo de aprofundar a compreensão do luto perinatal, sensibilizar para o impacto emocional nas famílias e nos profissionais de saúde, explorar estratégias de apoio eficazes e fomentar espaços de reflexão e partilha de experiências. Foi realizada uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Apêndice II).
- Curso em Reabilitação do PP para Enfermeiros (Anexo V), com o objetivo de aprofundar conhecimentos teórico-práticos na área da reabilitação do PP, desenvolver competências específicas na avaliação e intervenção especializada, promovendo cuidados baseados na evidência científica. Foi realizada uma análise SWOT (Apêndice III).
- Jornadas de Enfermagem da Saúde da Mulher Unidade Local de Saúde (ULS) de Santa Maria – Cuidar da Mulher em Tempos de Mudança (Anexo VI), com o objetivo de atualizar conhecimentos científicos, refletir sobre os desafios atuais da prática clínica, partilhar experiências profissionais e promover a melhoria contínua dos cuidados prestados em contextos de transformação social e organizacional.
- Curso Básico de Suturas (Anexo VII), com o objetivo de consolidar conhecimentos teórico-práticos na realização de técnicas de sutura, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas essenciais à prática clínica do EEESMO. Foi realizada uma análise SWOT (Apêndice IV).

O grau de mestre em Enfermagem pressupõe a aquisição de conhecimentos altamente especializados, sustentados na evidência científica, que fundamentam uma prática avançada, reflexiva e crítica. Estas competências permitem ao enfermeiro analisar as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, tomar decisões clínicas

fundamentadas, resolver situações complexas e imprevisíveis, bem como contribuir para a investigação, inovação e transformação dos contextos de prática profissional⁵⁸.

Ao longo do percurso de aquisição de competências foi possível desenvolver competências de gestão em todos os CC, uma vez que todos os supervisores clínicos exerciam funções de chefia de equipa, assumindo responsabilidades na organização do serviço, gestão de recursos humanos, distribuição dos locais de trabalho e das utentes, bem como situações imprevistas inerentes à prática clínica.

No CC de Internamento de Grávidas, a Enfermeira SC desempenhava funções como segundo elemento na coordenação do serviço, o que permitiu compreender os processos de gestão de horários, organização das escalas, trocas de turno e gestão de ausências de enfermeiros. Por outro lado, no CC de CSP a supervisora clínica assumia funções de responsável de algumas Unidades de Saúde, sendo ainda responsável pela formação em serviço o que proporcionou uma visão abrangente da gestão organizacional e do desenvolvimento profissional contínuo.

Assim, considero que as competências de mestre foram amplamente desenvolvidas ao longo do percurso académico e nos diferentes CC⁵⁸:

- 1) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde:** Através da prestação de cuidados especializados em diferentes CC, como: nos CSP, em consultas de vigilância da gravidez, planeamento familiar, período pré concecional e intervenções de educação para a saúde, com particular enfoque na promoção do PP; no internamento de grávidas e puérperas, através da vigilância clínica, cuidados no pós-parto, apoio à amamentação e cuidados ao RN; e no BP, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), vigilância do TP e monitorização materno-fetal.
- 2) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos:** Dinamizando sessões de educação para a saúde dirigidas às utentes, com foco na prevenção da IU e promoção do fortalecimento do PP (Apêndice V), a reflexão crítica sobre a prática orientada pelos referenciais ético-deontológicos, assegurando autonomia, dignidade e tomada de decisão informada, a realização de sessões de formação em serviço sobre o PP na prevenção da IU (Apêndice VI, Apêndice VII e Apêndice VIII) e a realização de um Manual do Curso de Preparação

para o Parto e Parentalidade (CPPPP) para ser entregue às utentes com algumas informações importantes de diversas temáticas (Apêndice IX).

3) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de forma proativa em equipas e projetos: Através da elaboração da Instrução de Trabalho sobre a Referenciação da Mulher com Incontinência Urinária (Apêndice X), a realização de sessões de formação dirigidas a profissionais, promovendo a padronização de práticas, a articulação entre serviços e a capacitação da equipa para uma intervenção especializada (Apêndice VI, Apêndice VII, Apêndice VIII) e a dinamização do Dia do Pai (Apêndice XI) e do Dia Mundial da Incontinência Urinária (Apêndice XII), com divulgação através das redes sociais, de forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem (Apêndice XIII).

4) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada: Através da comunicação livre no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem (Anexo II), participação em eventos científicos e em diversos cursos relevantes para a área da saúde materna e obstétrica (Anexo III, Anexo IV, Anexo V, Anexo VI, Anexo VII). Através, também, da preleção dirigida aos estudantes do 2º Curso de MESMO da ESSCVP-Lisboa (Anexo I), com avaliação no final da aula numa perspectiva de melhoria (Apêndice XIV) e a realização de um artigo científico a aguardar publicação, na revista Recien - A Prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal (Anexo VIII), o resumo do artigo encontra-se em Apêndice XV.

O desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista assenta na aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e práticas que permitem atuar de forma autónoma, responsável e ética em qualquer contexto de cuidados de saúde⁵⁹.

Ao longo do percurso de aquisição de competências foi possível consolidar as competências comuns do Enfermeiro Especialista através da integração em equipas multidisciplinares, da análise crítica das necessidades das mulheres, dos RN e da família, da implementação de intervenções baseadas em evidência científica e da participação ativa em processos de gestão e organização dos cuidados.

Assim, considero que as competências comuns do Enfermeiro Especialista foram amplamente desenvolvidas ao longo do meu percurso académico e nos diferentes CC⁵⁹:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: Desenvolvendo uma prática ética, legal e centrada na pessoa, tendo em conta os seus valores, crenças e cultura, e sustentando as intervenções realizadas em evidência científica e no

conhecimento e experiência desenvolvida (A1.1, A2.1). Em todas as intervenções ao longo dos CC, foi solicitado o consentimento informado às mulheres/família, explicando a necessidade de cada intervenção e o objetivo da mesma (A2.1). Foram realizadas colheitas de notas de campo apenas após o consentimento informado da mulher, explicando em que consistia o RE e o objetivo do mesmo, salvaguardando sempre a privacidade e confidencialidade (A1.3, A2.1). Existiu uma participação ativa na discussão com as equipes multidisciplinares, contribuindo para definir as melhores estratégias para a mulher, RN e/ou família, discutindo também com estes e adaptando a informação ao grau de literacia de cada um, respeitando a autonomia, a decisão informada e promovendo uma relação terapêutica de confiança (A1.1, A1.2, A1.3, A2.1, A2.2). No âmbito do projeto foi existindo uma procura por parte das equipes sobre as intervenções mais adequadas e sobre a realização de educações para a saúde, evidenciado a confiança na capacidade de decisão fundamentada (A1.2, A1.3, A2.2).

2. Domínio da melhoria contínua da qualidade: Através da análise crítica individual e com a equipa multidisciplinar e da realização de um diagnóstico de situação, foram identificadas oportunidades de melhoria, definindo prioridades e estratégias adequadas ao CC, com foco na qualidade e segurança dos cuidados (B2.2, B3.1, B3.2). Neste âmbito, foi elaborada uma instrução de trabalho para uniformização da referenciação da mulher com IU, foram dinamizadas sessões de formação dirigidas à equipa multidisciplinar, incentivando à atualização de conhecimentos e uniformização dos cuidados. Na realização de cursos e participação em jornadas e congressos, foi possível um desenvolvimento profissional contínuo incorporando posteriormente a evidência recente na prática clínica (B1.1, B1.2, B2.1, B2.2, B2.3). Da mesma forma, a realização de uma comunicação livre num contexto científico de forma a apresentar aos profissionais de saúde os resultados encontrados e a participação ativa em reuniões de serviço e do departamento, enquanto espaços de análise crítica e definição de estratégias de melhorias, contribuiu para a consolidação de uma cultura institucional orientada para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (B 1.1, B1.2, B2.2, B3.1, B3.2).

3. Domínio da gestão de cuidados: No desenvolvimento deste domínio, foram desenvolvidas competências de organização, planeamento e priorização dos cuidados no início de cada turno e as alterações a este planeamento ao longo do turno sempre que se considerasse relevante (C2.1). A avaliação contínua da situação clínica da mulher, do RN e/ou da família permitiu reajustar prioridades e garantir respostas

adequadas e seguras (C2.1). Paralelamente, e ao longo de todos os CC, existiu uma gestão responsável de recursos materiais, assegurando a sua adequada utilização e disponibilidade futura (C2.1). Em contextos de maior exigência clínica, como o BP, onde frequentemente são necessárias respostas rápidas e decisões imediatas, foi possível desenvolver a capacidade de distinguir e priorizar situações urgentes e emergentes (C2.1). A delegação adequada dos cuidados e articulação eficaz com a equipa permitiram otimizar o tempo e recursos, mantendo a segurança e a qualidade dos cuidados (C1.1, C1.2, C2.1, C2.2). A elaboração de uma instrução de trabalho (Apêndice X) e a dinamização de sessões de formação aos profissionais de saúde (Apêndice VI, Apêndice VII, Apêndice VIII) contribuíram igualmente para a clarificação dos circuitos de prestação de cuidados e uniformização da informação (C1.1, C1.2). O acompanhamento próximo quer com SC com funções de coordenação da equipa, quer com SC que eram elementos da gestão do serviço permitiram compreender a importância da distribuição estratégica dos profissionais pelos diferentes postos de trabalho e da articulação entre decisões clínicas e organizacionais (C2.1, C2.2).

4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Ao longo dos diferentes CC, foram rentabilizadas todas as oportunidades de aprendizagem, desenvolvendo um percurso de aprendizagem intencional, crítico e progressivo, sustentado na reflexão sobre a prática, no autoconhecimento e na integração entre conhecimento científico e experiência clínica (D1.1, D2.3). A realização de diagnósticos de situação permitiu avaliar necessidades específicas e orientar estratégias de desenvolvimento ajustadas a cada CC (D2.1, D2.2). A pesquisa autónoma e contínua da evidência científica foi um alicerce na tomada de decisão, permitindo responder de forma fundamentada às diversas situações clínicas (D2.1, D2.2, D2.3). A realização de uma *scoping review* (Apêndice XV) aprofundou a capacidade de análise crítica e síntese do conhecimento, reforçando a articulação entre investigação e prática clínica (D2.1, D2.2, D2.3). Paralelamente, a elaboração de um póster científico, para apresentar como comunicação livre (Anexo II), possibilitou a partilha do conhecimento produzido e o contacto com outras perspetivas profissionais (D2.1, D2.2, D2.3). A dinamização de sessões de formação (Apêndice VI, Apêndice VII, Apêndice VIII) e da sessão de educação para a saúde (Apêndice V) incluiu a avaliação final pelos participantes (Apêndice XVI, Apêndice XVII, Apêndice XVIII, Apêndice XIX), favorecendo a melhoria contínua do desempenho ao longo dos CC

(D1.1, D2.1, D2.2, D2.3). Foram desenvolvidas competências de autoconsciência e adaptabilidade, reconhecendo limites pessoais, consciencializando a influência da postura dos profissionais nas relações com as utentes e/ou famílias e com a equipa multidisciplinar, gerindo emoções, atuando eficazmente num ambiente de pressão (D1.1, D1.2). Este percurso traduziu-se numa evolução consistente da autonomia, capacidade crítica e segurança na tomada de decisão, contribuindo para a consolidação de uma identidade profissional enquanto futura EEESMO, alicerçada na evidência científica, na responsabilidade e no compromisso com a excelência dos cuidados (D1.1, D1.2).

III.1. Contextualização do serviço: Cuidados de Saúde Primários

Este CC decorreu no período de 27 de fevereiro a 4 de abril de 2025, num total de 150h, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa ULS. Esta encontra-se sediada num edifício que congrega, adicionalmente, 2 Unidades de Saúde Familiar, 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Serviço de Atendimento Permanente e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhada, abrangendo uma população estimada de cerca de 90 000 habitantes.

Os utentes são provenientes, maioritariamente, da comunidade local ou provisórios, com ou sem médico de família atribuído. O método de trabalho utilizado privilegia uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, assegurando cuidados a todos os utentes inscritos na unidade, independentemente de estarem atribuídos a listas médicas ou não, o que favorece uma resposta mais eficaz e adaptada às necessidades identificadas na população.

A UCC dispõe de três salas de enfermagem, organizadas por áreas de intervenção: saúde materna, saúde escolar e reabilitação. Complementando estas estruturas, existe ainda um espaço destinado à amamentação e um ginásio partilhado pelas áreas de intervenção da saúde da mulher e da reabilitação. A prestação de cuidados abrange todas as fases do ciclo vital, incluindo RN, crianças, grávidas, adultos e idosos. O horário de funcionamento decorre de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 18h00.

A equipa multidisciplinar da unidade é composta por três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e dois EEESMO. A intervenção é complementada, sempre que

necessário, pelo contributo de um nutricionista, um assistente social, um psicólogo e um cardiopneumologista.

Na área de saúde materna são disponibilizadas diversas consultas, nomeadamente: amamentação, pré-natal, revisão do puerpério, planeamento familiar, menopausa e pré-concepcional. Adicionalmente, são promovidos programas de massagem ao RN e sessões de preparação para o parto e parentalidade.

No decurso da primeira semana, procedeu-se à consulta do manual interno de normas e instruções de trabalho existentes na UCC, com vista à integração e adequação às práticas estabelecidas.

III.1.1. Diagnóstico de Situação

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião de carácter informal com a Enfermeira SC, na qual foi partilhado o PIF. Após a análise crítica do mesmo, procedeu-se à negociação e adequação das atividades inicialmente propostas, tendo em consideração as necessidades do serviço previamente identificadas pelos intervenientes presentes na reunião (2 EEESMO e a Enfermeira responsável pelas várias unidades de saúde).

Nesta reunião, para além da análise das atividades previstas no PIF, procedeu-se também à reflexão sobre a dinâmica da UCC, os recursos disponíveis e o calendário de atividades/dias comemorativos que poderiam ser estrategicamente mobilizados como oportunidades de intervenção e sensibilização em saúde. Esta análise permitiu enquadrar algumas atividades que, embora não estivessem inicialmente contempladas no PIF, se revelaram pertinentes face ao CC.

Verificou-se, assim, a necessidade de adaptação das atividades do PIF, tendo em conta que todas as intervenientes presentes na reunião consideraram que a disponibilização de vários folhetos sobre diferentes temáticas não constituía uma estratégia facilitadora para as utentes que frequentavam o CPPPP e, por outro lado, já estaria disponível na unidade de saúde um folheto elaborado por outras colegas, recentemente, sobre o PP na prevenção da IU.

Assim, de forma a evitar a duplicação de recursos e a tornar a informação mais integrada, optou-se por reformular esta atividade, integrando a temática do PP e da prevenção da IU no Manual do CPPPP. Esta opção permitiu sistematizar os conteúdos de

forma estruturada e reforçar a informação abordada nos momentos de educação para a saúde.

Também se encontrava inicialmente previsto no PIF a elaboração de um vídeo sobre a não normalização da IU e a importância da procura de cuidados de saúde. Após a análise das condições existentes na unidade, nomeadamente a ausência de suporte audiovisual na sala de espera, esta estratégia foi ajustada.

Deste modo, os conteúdos previstos para o vídeo foram integrados na promoção do Dia da IU. Embora esta atividade não estivesse inicialmente prevista no PIF, foi enquadrada como uma oportunidade pertinente de sensibilização, permitindo manter o objetivo de promover a literacia em saúde e reforçar a importância da procura atempada de cuidados.

Ainda no âmbito da análise do calendário, foi identificada a proximidade do Dia do Pai, o que permitiu integrar uma atividade alusiva a esta data. Apesar de não estar contemplada no PIF, esta atividade foi considerada adequada ao contexto da UCC, por possibilitar a valorização do envolvimento do pai/companheiro no processo de transição para a parentalidade e reforçar uma abordagem centrada na família.

Ao longo do CC, e apesar de esta questão não ter sido inicialmente abordada na reunião de diagnóstico de situação, tornou-se progressivamente evidente a existência de dificuldades na referenciação e acompanhamento da mulher com IU. Esta perceção resultou da observação da prática clínica, da participação nas consultas e da articulação informal com a equipa, permitindo identificar uma necessidade concreta de intervenção neste âmbito.

Assim, embora a elaboração de uma instrução de trabalho para uniformizar a referenciação da mulher com IU não estivesse prevista no PIF, esta atividade foi integrada posteriormente por se revelar pertinente para o contexto. A sua elaboração permitiu responder a uma necessidade emergente do serviço, contribuindo para clarificar o circuito de encaminhamento, apoiar na tomada de decisão dos profissionais de saúde e favorecer a continuidade dos cuidados prestados à mulher com IU.

III.1.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e atividades definidas para os CSP que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados.

Atividade: Prestação de cuidados especializados à mulher, família e RN no contexto de cuidados na comunidade.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece um dever para com a comunidade, a intervenção do EEESMO orienta-se para a promoção da saúde, prevenção da doença e para a resposta adequada às necessidades da população. Neste contexto, compete ao EEESMO conhecer as necessidades da comunidade em que se insere, orientar a população na procura de soluções para os problemas de saúde identificados e colaborar com outros profissionais na implementação de programas que respondam a essas necessidades, garantindo cuidados especializados à mulher, à família e ao RN⁶¹.

No âmbito das consultas de planeamento familiar (41) e pré concecional (2) foi possível desenvolver a competência 1. A prestação de cuidados a mulheres de diferentes faixas etárias e contextos socioculturais exigiu intervenções individualizadas, centradas nos diferentes objetivos de cada mulher. Neste contexto, tive oportunidade de realizar consultas de educação para a saúde no âmbito da saúde sexual, prestei a informação adequada sobre os diferentes métodos contraceptivos, favorecendo uma tomada de decisão informada (1.1). Tive ainda a oportunidade de colocar e remover implantes contraceptivos, mobilizando conhecimentos técnico-científicos, assegurando assim cuidados especializados (1.1). Simultaneamente, ao longo das consultas, desenvolvi a capacidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher através da avaliação da sua situação de saúde, nomeadamente os antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, hábitos de vida, fatores de risco e possíveis contraindicações aos métodos contraceptivos escolhidos (1.2). No decurso das consultas, contactei com mulheres que apresentavam disfunções sexuais, o que exigiu uma abordagem sensível e individualizada, valorizando a escuta ativa e a criação de um ambiente de confiança (1.3). Procurei, igualmente, promover um espaço facilitador da comunicação, de esclarecimento de dúvidas e da identificação de necessidades, reforçando a valorização da saúde sexual enquanto dimensão integrante dos cuidados de enfermagem e sensibilizando para a importância da vigilância em saúde e da procura atempada de cuidados perante sinais ou sintomas sugestivos de infeção (1.3).

No âmbito das consultas de vigilância pré-natal (85) foi possível desenvolver a competência 2. A prestação de cuidados integrou intervenções de enfermagem

especializadas dirigidas à promoção de estilos de vida saudáveis, à preparação para o parto e parentalidade e à capacitação da grávida/casal para a vivência saudável da transição para a maternidade, revelando-se particularmente importante a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2.1). Em contexto de consulta, realizei a vigilância da grávida, nomeadamente através da avaliação de parâmetros maternos e fetais, identificação de queixas, necessidades e expectativas, o que permitiu adequar as intervenções de enfermagem (2.1). Paralelamente, nas sessões do CPPPPP dinamizei momentos de educação para a saúde, reforçando a literacia em saúde, a autonomia e a participação ativa da grávida/casal no processo de cuidar (2.1). Foi ainda possível realizar a avaliação sistematizada da grávida, a identificação de fatores de risco, de sinais e sintomas de alarme (2.2). Esta intervenção permitiu uma atuação antecipatória, orientada para a identificação precoce de desvios à evolução fisiológica da gravidez e para a referência atempada sempre que a situação o exigia (2.2). Ao longo das consultas existiu sempre o esclarecimento de dúvidas, a gestão de desconfortos associados à gravidez, o suporte emocional e a promoção de estratégias facilitadoras da adaptação às alterações físicas, emocionais e sociais inerentes a este período (2.3). No âmbito de uma consulta por perda gestacional, foi ainda possível mobilizar intervenções dirigidas ao suporte emocional da grávida e à promoção de estratégias facilitadoras da adaptação à situação vivida, face às alterações emocionais significativas evidenciadas neste CC, tendo sido realizada a referência para a psicóloga disponível neste contexto (2.3).

No âmbito das consultas de revisão do puerpério (9) foi possível desenvolver a competência 4. A prestação de cuidados integrou intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à promoção da saúde da mulher, do RN e da família durante o período pós-natal, favorecendo a adaptação aos novos papéis e à transição para a parentalidade, revelando-se, novamente, particularmente importante a Teoria das Transições de Afaf Meleis (4.1; 4.3). No contexto da consulta realizei a avaliação da puérpera, nomeadamente no que respeita à avaliação obstétrica, mas também, ao bem-estar emocional materno e às novas adaptações ao período pós natal (4.1; 4.2; 4.3). Paralelamente, e existindo um programa de promoção de aleitamento materno, bem como uma consulta criada diretamente para o aleitamento materno, desenvolvi intervenções dirigidas ao esclarecimento de dúvidas, observação da mamada e apoio à mulher neste processo (4.1; 4.3). Foi ainda possível realizar a avaliação do RN, incluindo a realização da colheita para o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, o que permitiu identificar precocemente alterações e intervir ou referenciar sempre que necessário (4.2).

No âmbito das consultas de climatério/menopausa (5) foi possível desenvolver a competência 5. A prestação de cuidados integrou intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à promoção da saúde da mulher, ao apoio no processo de transição e adaptação à menopausa, ao diagnóstico precoce de alterações associadas ao climatério e à prestação de cuidados ajustados às necessidades identificadas, revelando-se particularmente pertinente a Teoria das Transições de Afaf Meleis (5.1; 5.2; 5.3). Assim, tive a oportunidade de acompanhar mulheres que apresentavam alterações de humor e alterações físicas associadas ao climatério, o que exigiu uma abordagem individualizada, centrada nas necessidades, percepções e experiências de cada mulher (5.1; 5.3). À luz da Teoria das Transições, a menopausa pode ser compreendida como uma transição desenvolvimental, marcada por mudanças físicas, emocionais e identitárias, que requerem adaptação e reorganização por parte da mulher (5.1; 5.3). Neste sentido, em contexto de consulta, desenvolvi a escuta ativa, o apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e educação para a saúde, abordando de forma sistematizada as possíveis alterações associadas à menopausa, nomeadamente quando a mulher não relacionava as queixas apresentadas com esta fase do ciclo de vida (5.1; 5.3). Paralelamente, realizei uma avaliação sistematizada das queixas apresentadas, abordando de forma intencional os vários sintomas e alterações frequentemente associados à menopausa, nomeadamente quando a mulher não relacionava a sintomatologia com esta fase do ciclo de vida, o que permitiu identificar precocemente alterações (5.2). Promovi ainda o aconselhamento relativamente a estratégias facilitadoras da adaptação, incluindo orientações sobre estilos de vida saudáveis, sono, alimentação, exercício físico, sexualidade e gestão dos sintomas, favorecendo uma vivência mais informada, consciente e adaptativa deste processo de transição (5.1; 5.3).

No âmbito das consultas de saúde da mulher foi possível desenvolver a competência 6. A prestação de cuidados integrou intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à promoção da saúde ginecológica, ao diagnóstico precoce e à prevenção de complicações relacionadas com alterações do aparelho génito-urinário (6.1; 6.2; 6.3). Em contexto de consulta, tive oportunidade de realizar citologias em meio líquido e em lâmina, mobilizando conhecimentos técnico-científicos no âmbito do rastreio e promoção da saúde ginecológica, contribuindo para a identificação precoce de alterações e para a capacitação da mulher na adoção de comportamentos promotores de saúde (6.1). Paralelamente, acompanhei mulheres com queixas ginecológicas e génito-urinárias, nomeadamente candidíase, infeções urinárias e dispareunia, o que exigiu uma

abordagem individualizada, centrada na avaliação das queixas, antecedentes, fatores de risco e impacto da sintomatologia no bem-estar físico, emocional e sexual da mulher (6.2; 6.3). Neste âmbito, desenvolvi intervenções de escuta ativa, esclarecimento de dúvidas, educação para a saúde e orientação sobre medidas facilitadoras da adaptação e gestão da sintomatologia, promovendo uma participação informada da mulher no seu processo de saúde/doença (6.1; 6.3). Sempre que a situação o exigia, existia referência médica posterior, assegurando a articulação com outros profissionais e a continuidade dos cuidados, com vista à adequada vigilância, diagnóstico e tratamento das situações identificadas (6.2; 6.3).

No âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher no contexto da comunidade foi possível desenvolver a competência 7. A prestação de cuidados integrou intervenções de enfermagem especializadas dirigidas às mulheres em idade fértil, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (7.1; 7.2; 7.3). Em contexto de consulta individual e nas sessões do CPPPP em grupo, desenvolvi intervenções de educação para a saúde, aconselhamento no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, promoção de estilos de vida saudáveis e capacitação para a parentalidade (7.1; 7.2). Estas intervenções favoreceram ainda estratégias de capacitação da mulher/casal, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a participação informada da mulher/casal no seu processo de cuidar (7.1). A abordagem realizada permitiu esclarecer dúvidas, antecipar necessidades e reforçar estratégias de adaptação, promovendo uma vivência mais segura e consciente dos processos reprodutivos e parentais (7.2). Da mesma forma, ao longo da prestação de cuidados na comunidade, as intervenções desenvolvidas contribuíram para a minimização de fatores de risco associados à morbi-mortalidade materno-fetal, através da promoção da vigilância em saúde, da capacitação da mulher/casal e da valorização da intervenção precoce perante sinais de alarme ou necessidades identificadas (7.3). Estas intervenções permitiram consolidar uma prática orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao grupo-alvo no contexto comunitário (7.3).

Objetivo específico: Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da temática do fortalecimento do PP na prevenção da IU.

Atividade: Apresentar os objetivos do CC à equipa multidisciplinar das unidades de saúde;

Conversa informal com a SC sobre a temática, os objetivos do PIF e as atividades a realizar;

Análise em equipa da aplicabilidade das atividades propostas;

Conversa informal com a equipa sobre o tema;

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Estas atividades centraram-se maioritariamente na articulação com a equipa multidisciplinar, na apresentação e adequação do projeto ao CC e na sensibilização dos profissionais de saúde (Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre). Constituíram ainda, um contributo indireto para a operacionalização da competência 7, ao facilitarem a conceção, planeamento e adequação de intervenções comunitárias dirigidas ao grupo-alvo, mulheres em idade fértil (7.1; 7.2).

Objetivo específico: Uniformizar a referenciação da mulher com IU.

Atividade: Elaboração da instrução de trabalho (Apêndice X).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Esta atividade favoreceu a uniformização da resposta dos profissionais perante a mulher com IU, facilitando a identificação, encaminhamento e continuidade dos cuidados. Neste sentido, poderá ser articulada com a competência 6, nomeadamente no que respeita ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com alterações do aparelho génito-urinário e à prestação de cuidados à mulher com este tipo de disfunção (6.2; 6.3). A elaboração da instrução de trabalho implicou a análise do circuito de referenciação existente e a definição de orientações facilitadoras da atuação profissional, promovendo uma resposta mais estruturada, atempada e ajustada às necessidades da mulher com IU (6.2; 6.3). Simultaneamente, esta atividade contribuiu para reforçar a articulação entre profissionais e a continuidade dos cuidados, com potencial impacto na adaptação da mulher à sua situação de saúde e no acesso a cuidados diferenciados (6.3).

Objetivo específico: Promover a procura de cuidados de saúde na mulher com fatores de risco para as disfunções do PP.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP;

Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre a não normalização da IU na mulher;

Promoção do Dia da IU (Apêndice XII).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO no âmbito da promoção da saúde, do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações ao longo do ciclo de vida da mulher (1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 6.1; 6.2; 7.1; 7.2). Estas intervenções permitiram sensibilizar a mulher e a família para a importância da valorização precoce dos fatores de risco associados às disfunções do PP e à IU, promovendo uma maior consciencialização sobre a necessidade de procurar os cuidados de saúde (1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 6.1; 6.2; 7.1; 7.2). Paralelamente, favoreceram a desconstrução da ideia de que a IU constitui uma consequência normal do ciclo de vida da mulher, reforçando a importância da literacia em saúde, da tomada de decisão informada e da adoção de comportamentos preventivos (1.1; 2.1; 4.1; 5.1; 6.1; 7.1). A promoção desta temática no contexto comunitário permitiu ainda reforçar o papel do EEESMO na capacitação da mulher/casal, na identificação precoce de necessidades e na prevenção de complicações associadas às disfunções do PP, contribuindo para a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados (1.2; 2.2; 4.2; 5.2; 6.2; 7.2).

Objetivo específico: Sensibilizar a mulher/família sobre a importância do fortalecimento do PP.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP;
Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre a importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU;
Elaboração do Manual do CPPPP com a temática do PP e prevenção da IU (Apêndice IX).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO no âmbito da promoção da saúde, do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações ao longo do ciclo de vida da mulher (1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 6.1; 6.2; 7.1; 7.2). A realização de momentos de educação para a saúde dirigidos à mulher/casal sobre os fatores de risco para as disfunções do PP e sobre a importância do seu fortalecimento na prevenção da IU permitiu promover a aquisição de conhecimentos e reforçar a consciencialização para a adoção de estratégias promotoras da saúde do PP (1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 6.1; 6.2; 7.1; 7.2). Estas intervenções favoreceram a capacitação da mulher, ao valorizarem o fortalecimento do PP como estratégia preventiva integrada

nos cuidados de saúde prestados (1.1; 2.1; 4.1; 5.1; 6.1; 7.1). A elaboração do Manual do CPPPP permitiu sistematizar esta informação e disponibilizar um recurso de apoio no âmbito da preparação para o parto e parentalidade, reforçando os conteúdos abordados nas intervenções presenciais e promovendo a autonomia da grávida na integração destas estratégias no seu dia a dia (2.1; 2.2; 7.1; 7.2).

Objetivo específico: Promover estratégias de prevenção da IU, bem como do fortalecimento do PP à mulher.

Atividade: Identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU na realização das consultas;

Identificação de necessidades de educação ao longo da realização das consultas;

Realização da colheita de dados integrada na consulta;

Instruir a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Orientação sobre a realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Acompanhamento na realização de exercícios para fortalecimento do PP;

Resumir a informação sobre os exercícios de fortalecimento do PP;

Questionar a mulher sobre quando vão ser realizados e com que frequência;

Esclarecer dúvidas que possam existir.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO no âmbito do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e da prestação de cuidados ajustados às necessidades identificadas na mulher (1.2; 1.3; 2.2; 2.3; 4.2; 4.3; 5.2; 5.3; 6.2; 6.3; 7.2). A identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU, das necessidades de educação ao longo da realização das consultas e a colheita de dados integrada na consulta permitiram uma abordagem individualizada, orientada para a identificação precoce de fatores de risco e de necessidades específicas de intervenção (1.2; 2.2; 4.2; 5.2; 6.2; 7.2). Paralelamente, a instrução, orientação e acompanhamento da mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP possibilitaram a implementação de intervenções ajustadas, também, às necessidades identificadas, promovendo a capacitação da mulher e a integração de estratégias preventivas no seu dia a dia (1.3; 2.3; 4.3; 5.3; 6.3). O reforço da informação, as questões colocadas de forma a entender em que momento e com que frequência irão ser realizados os exercícios e o esclarecimento de dúvidas contribuíram para consolidar conhecimentos, favorecer a adesão às orientações fornecidas e apoiar a

mulher na incorporação destas estratégias de autocuidado, com o objetivo de prevenir o aparecimento da IU e promover a saúde do PP (1.3; 2.3; 4.3; 5.3; 6.3).

Objetivo específico: Dinamizar atividades alusivas ao “Dia do Pai”;

Atividade: Divulgação do “Dia do Pai” (Apêndice XI);

Elaboração de pequenas recordações para cada pai.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Embora o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO se centre predominantemente na mulher e no RN, reconhece a relevância dos conviventes significativos em momentos específicos do processo reprodutivo. Contudo, o pai/companheiro surge maioritariamente enquanto elemento relacional e de apoio à mulher, e não como foco autónomo de intervenção, sendo referido de forma mais explícita em situações como a vivência de disfunções sexuais e fertilidade, o TP, as alterações do RN e o luto. A dinamização de atividades alusivas ao “Dia do Pai” contribuiu para valorizar o envolvimento do pai no processo de transição para a parentalidade, numa perspetiva sustentada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, e ao reforçar uma abordagem centrada na família. A divulgação do “Dia do Pai” e a elaboração de pequenas recordações para cada pai permitiram reconhecer e valorizar a importância da figura paterna, promovendo a sua participação. Simultaneamente, esta iniciativa favoreceu a humanização dos cuidados e a visibilidade do papel do EEESMO na promoção de intervenções sensíveis à dimensão familiar e à importância dos conviventes significativos no processo de cuidar.

III.1.3. Resultados Obtidos

O CC na UCC proporcionou experiências práticas relevantes para o meu percurso formativo enquanto futura EEESMO, permitindo a mobilização de conhecimentos teóricos para a prática clínica e o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados especializados.

Ao longo deste CC, as atividades desenvolvidas permitiram obter resultados relevantes ao nível da promoção da saúde, da capacitação da mulher/família e da identificação precoce das alterações associadas às disfunções do PP. Desta forma, no total de 76 mulheres acompanhadas, a temática do PP e da IU foi abordada junto de 68 mulheres. Destas, 9 apresentavam IU e 1 incontinência fecal.

Importa salientar que, entre as 9 mulheres com IU, apenas 1 referiu espontaneamente essa sintomatologia, tendo as restantes sido identificadas no decurso da abordagem estruturada realizada em consulta. Este dado evidencia a tendência para a subvalorização e não verbalização, reforçando a importância da intervenção proativa do EEESMO na identificação precoce destas situações.

Durante as consultas, foi ainda possível registar informalmente algumas verbalizações das mulheres, que demonstram a forma como esta problemática é vivida e percecionada. Entre as expressões mais significativas destacam-se:

- “Sinto vergonha”;
- “É normal, conheço mais pessoas que também sofreram do mesmo depois do parto”;
- “Nunca falaram disto comigo”;
- “Ninguém me tinha explicado isso”.

Estas afirmações evidenciam sentimentos de constrangimento, normalização da IU, a reduzida abordagem desta temática ao longo da vigilância em saúde e a ausência de informação adequada, reforçando a necessidade de integrar esta problemática nas consultas de enfermagem.

Por outro lado, a valorização da saúde sexual enquanto dimensão integrante dos cuidados especializados permitiu identificar necessidades relacionadas com disfunções sexuais e situações de infeções sexualmente transmissíveis, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e reforçando a importância da vigilância em saúde e da procura de cuidados.

Embora o acompanhamento da mulher/casal em situação de perda gestacional exija uma intervenção importante por parte do EEESMO, as competências associadas a esta temática foram desenvolvidas de forma mais expressiva noutro CC, tendo neste contexto existido apenas oportunidade de participar numa consulta nesta área. Apesar disso, nesta consulta foram evidentes as alterações emocionais significativas, que exigiram uma intervenção e apoio especializado, reforçando a complexidade e a importância desta área.

Ao nível organizacional, destaca-se a elaboração da instrução de trabalho (Apêndice X) para a referenciação da mulher com IU e do Manual do CPPPP (Apêndice IX). Ambos constituíram contributos relevantes para a uniformização de práticas e sistematização da informação.

Paralelamente, iniciativas como a promoção do Dia da IU (Apêndice XII) e do Dia do Pai (Apêndice XI) reforçaram uma abordagem mais integradora, centrada na

mulher e na família. Estas atividades permitiram valorizar dimensões frequentemente menos exploradas na prática clínica e contribuíram para a visibilidade da intervenção do EEESMO no contexto comunitário.

No âmbito da promoção do Dia da IU (Apêndice XII), foi ainda enviado um email para publicação da iniciativa nas redes sociais da ULS (Apêndice XIII), com o objetivo de ampliar a divulgação da temática, sensibilizar a comunidade para a importância da prevenção e valorização precoce da IU e reforçar a visibilidade do papel do EEESMO na promoção da saúde do PP.

A sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância desta temática contribuiu para reforçar a visibilidade da intervenção do EEESMO na promoção da saúde do PP e na prevenção da IU. Esta temática era bastante valorizada pela Enfermeira SC, que manifestou interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver novas estratégias de intervenção neste âmbito. Esta receptividade revelou-se facilitadora na implementação das atividades propostas e permitiu criar condições para a continuidade de intervenções futuras dirigidas à promoção da saúde do PP e à prevenção da IU.

III.1.4. Ganhos em Saúde

A educação para a saúde e o acompanhamento realizado ao longo das consultas favoreceram a valorização da saúde do PP, o esclarecimento de dúvidas e a integração de estratégias preventivas no dia a dia da mulher, aspetos que a evidência associa à melhoria da adesão e da eficácia das intervenções^{35,36,38,39,41,43,44,48,52}.

A valorização da saúde sexual neste contexto revelou-se, igualmente, pertinente, considerando que as infeções sexualmente transmissíveis continuam a representar um importante problema de saúde pública e que, na União Europeia, os casos notificados de várias IST continuaram a aumentar, reforçando a necessidade de uma intervenção preventiva, educativa e sensível por parte do EEESMO⁶².

A evidência científica demonstra que os exercícios para o fortalecimento do PP, enquanto intervenção de primeira linha, segura e não invasiva, pode contribuir para a redução dos episódios de IU, para a melhoria da sintomatologia e para a promoção da qualidade de vida da mulher^{35,36,41,50}.

A identificação precoce de fatores de risco e de sintomas sugestivos de disfunções do PP constitui igualmente um ganho em saúde, favorecendo intervenções mais precoces, orientadas e ajustadas às necessidades identificadas. Desta forma existe uma continuidade

dos cuidados, melhoria no acesso a respostas adequadas e pode reduzir o impacto físico, emocional, social e sexual associado à IU^{35,36,39,41,44,48,51}.

De igual modo, a sistematização da informação disponibilizada à mulher/casal e a uniformização da referenciação da mulher com IU apresentam potencial para melhorar a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados. A evidência sugere que protocolos estruturados, materiais educativos claros e o acompanhamento profissional regular podem contribuir para melhores resultados clínicos e maior adesão às intervenções^{35,36,39,41,44,47,48,51,52,54}.

De igual modo, os ganhos em saúde neste contexto não dependem apenas das intervenções desenvolvidas, mas também da existência de dotações seguras ajustadas às necessidades da população. De acordo com o Parecer n.º 43/2019, nos CSP é preconizada a existência de 1 EEESMO por cada 500 nascimentos na área de abrangência da UCC e de 1 EEESMO por cada 200 nascimentos para atividades articuladas com a Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados⁶³.

Neste sentido, e em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO, a integração deste favorece intervenções mais precoces, individualizadas e significativas, com potencial impacto na capacitação da mulher/família, na prevenção de complicações, na melhoria da experiência de cuidados e na promoção de transições saudáveis ao longo do ciclo de vida⁶⁴.

III.2. Contextualização do serviço: Exames Especiais de Ginecologia

Este CC decorreu no período de 7 de Abril a 11 de Abril de 2025, num total de 35h, num hospital de nível III da grande Lisboa, integrado numa ULS. O serviço de Ginecologia pode ser dividido em 4 áreas funcionais distintas, nomeadamente as consultas externas, os exames especiais, o bloco operatório e o serviço de internamento de ginecologia, assegurando respostas a diversas situações clínicas.

As utentes são maioritariamente provenientes da área de referência da Grande Lisboa e Vale do Tejo, apresentando uma significativa diversidade sociocultural. São igualmente encaminhadas mulheres de outras regiões do país, particularmente em situações que exigem cuidados especializados ou diferenciação técnica, reforçando o papel da instituição enquanto unidade de referência na área da saúde da mulher.

A possibilidade de contactar com as diferentes áreas do serviço constituiu uma mais valia formativa, permitindo uma compreensão integrada das intervenções realizadas

à mulher, desde a avaliação diagnóstica até à eventual abordagem cirúrgica. A observação participada destas intervenções favoreceu a perceção da articulação entre as diferentes valências, bem como a compreensão da continuidade e complexidade dos cuidados prestados num contexto hospitalar diferenciado.

O bloco operatório e o serviço de ginecologia encontram-se fisicamente próximos, o que permite uma articulação eficiente entre os cuidados cirúrgicos e o internamento. Por outro lado, as consultas externas e a unidade de exames especiais localizam-se num piso distinto, distantes entre si, exigindo uma coordenação mais rigorosa dos cuidados prestados e dos recursos humanos existentes.

A unidade de exames especiais dispõe de uma sala de procedimentos, uma sala de consulta pré-procedimento e de uma sala de espera, não possuindo um espaço físico dedicado ao recobro, pelo que a monitorização pós-procedimento é realizada na sala de procedimentos. Apesar desta limitação estrutural, a equipa multidisciplinar procura, diariamente, implementar estratégias que garantam a segurança, a vigilância adequada e a orientação da utente para a alta, assegurando simultaneamente a qualidade e humanização dos cuidados prestados.

III.2.1. Diagnóstico de Situação

Considerando tratar-se de um CC com duração de uma semana e o seu carácter ser predominantemente observacional, não foi realizado um diagnóstico de situação formal. No entanto, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira SC, com o objetivo de conhecer a organização funcional do serviço, a tipologia das utentes assistidas e as principais intervenções desenvolvidas no contexto dos exames especiais de ginecologia.

Neste contexto, identificou-se como principal necessidade a observação participada das diferentes etapas do percurso da utente, desde a admissão e preparação pré-procedimento até à monitorização e orientação para a alta, de forma a compreender a especificidade da intervenção do EEESMO neste contexto. Paralelamente, revelou-se importante conhecer a articulação entre a unidade de exames especiais, as consultas externas, o bloco operatório e o internamento de ginecologia, atendendo à complementaridade existente entre estas valências.

Embora a intervenção no âmbito da IU não estivesse inicialmente prevista no PIF para este contexto específico, ao longo do CC surgiu a oportunidade de abordar esta

temática junto de uma mulher que apresentava sintomatologia sugestiva. Esta situação permitiu integrar o projeto de forma ajustada à realidade da prática clínica, através de uma intervenção educativa individualizada, centrada na valorização da sintomatologia, na desconstrução da normalização da IU e na sensibilização para a procura de cuidados de saúde.

Deste modo, as atividades desenvolvidas neste CC corresponderam ao objetivo inicialmente definido para este contexto, centrando-se na observação participada, na análise crítica das práticas e na compreensão do percurso da mulher em Exames Especiais de Ginecologia. Adicionalmente, a identificação de uma situação de IU permitiu integrar a temática do projeto numa intervenção educativa individualizada, ajustada às necessidades concretas da mulher. Esta oportunidade, embora não prevista inicialmente no PIF para este contexto, reforçou a importância da proatividade do EEESMO na identificação de necessidades não verbalizadas, na abordagem sensível de problemáticas frequentemente desvalorizadas e na promoção de uma intervenção especializada, individualizada e centrada na mulher.

III.2.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e as atividades definidas para os Exames Especiais de Ginecologia que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Assistir nos exames complementares de diagnóstico desenvolvendo competências específicas do EEESMO.

Atividade: Observação participada na realização de exames complementares de diagnóstico.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A observação participada na realização de exames complementares de diagnóstico permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO no âmbito dos processos de saúde/doença ginecológica, particularmente ao nível da promoção da saúde ginecológica, do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e da prestação de cuidados à mulher nesta área (6.1; 6.2; 6.3). A possibilidade de acompanhar a mulher em diferentes contextos do serviço, nomeadamente nas consultas, na unidade de exames especiais, no bloco operatório e na cirurgia de ambulatório/pequena cirurgia, permitiu compreender de forma mais integrada

o seu percurso de cuidados, bem como a articulação existente entre as diferentes valências (6.1; 6.2). Por outro lado, a observação das intervenções desenvolvidas ao longo das várias etapas favoreceu a compreensão da intervenção do EEESMO na vigilância clínica, na preparação da mulher para os procedimentos, na monitorização após a sua realização, no esclarecimento de dúvidas e na orientação para a continuidade dos cuidados e para a alta (6.2; 6.3). Este contexto possibilitou, ainda, uma análise mais aprofundada da resposta prestada à mulher em processos de saúde/doença ginecológica, reforçando a importância da identificação precoce de alterações, da intervenção precoce e da articulação entre profissionais e serviços na promoção de cuidados seguros e individualizados (6.2; 6.3).

Objetivo específico: Sensibilizar a mulher com IU para a importância da valorização da sintomatologia e da procura de cuidados de saúde.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher com IU;

Realização de momentos de educação para a saúde à mulher sobre a não normalização da IU na mulher.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A realização de momentos de educação para a saúde dirigidos à mulher com IU permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO no âmbito da promoção da saúde ginecológica, do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e da prestação de cuidados à mulher com alterações do aparelho génito-urinário (6.1; 6.2; 6.3). Estas intervenções permitiram sensibilizar a mulher para a importância da valorização da sintomatologia apresentada e da não normalização da IU, promovendo uma maior consciencialização sobre a necessidade de procurar cuidados de saúde (6.1; 6.2). Por fim, favoreceram o esclarecimento de dúvidas e a identificação de necessidades, reforçando a importância da vigilância em saúde e da referência adequada perante esta problemática (6.2; 6.3).

III.2.3. Resultados Obtidos

O CC em Exames Especiais de Ginecologia constituiu uma experiência formativa relevante. A permanência na sala de procedimentos onde eram realizadas histeroscopias revelou-se particularmente significativa, uma vez que, não sendo utilizada analgesia/anestesia ao longo do procedimento, se tornou evidente o papel do EEESMO na implementação de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Neste âmbito,

destacou-se o recurso à aromaterapia, utilizada como estratégia promotora de conforto e apoio à mulher durante a realização do procedimento.

Paralelamente, ao surgir a oportunidade de intervir junto de uma mulher com IU, foi desenvolvida uma intervenção individualizada e ajustada às necessidades identificadas. A identificação desta situação foi desencadeada pela observação do uso de um penso higiénico fora do período menstrual, o que motivou a exploração da temática em conversa terapêutica e permitiu reconhecer a presença de sintomatologia compatível com IU.

No decurso dessa conversa, a mulher referiu apresentar queixas de IU há cerca de 17 anos, com início após um parto instrumentado por ventosa, sem nunca ter partilhado esta situação com ninguém, incluindo o marido.

Esta situação permitiu desenvolver uma intervenção de educação para a saúde centrada na valorização da sintomatologia, na desconstrução da sua normalização e na sensibilização para a importância da procura de cuidados de saúde. Contudo, o tempo disponível após a realização do procedimento não permitiu o desenvolvimento de outras intervenções.

Esta experiência evidenciou, uma vez mais, a tendência para a ocultação e subvalorização da IU, bem como a importância da intervenção do EEESMO na criação de um espaço terapêutico promotor da escuta, de esclarecimento de dúvidas e de orientação inicial perante necessidades identificadas.

Reforçou, igualmente, a perceção de que muitas mulheres não verbalizam esta problemática junto dos profissionais de saúde, o que torna particularmente relevante a introdução desta temática por iniciativa do EEESMO, de forma sensível e integrada nos diferentes contextos de cuidados.

Apesar de pontual, esta intervenção constituiu um resultado relevante deste CC, ao permitir integrar a temática do projeto num contexto de curta duração e natureza predominantemente observacional.

Este contexto permitiu, ainda, reconhecer o valor da intervenção do EEESMO nas diferentes etapas do percurso da mulher em ginecologia, nomeadamente na preparação para os procedimentos, na promoção do conforto, no esclarecimento de dúvidas, no apoio emocional e na orientação para a continuidade dos cuidados. Considerando que a presença dos EEESMO se verificava de forma mais evidente no contexto das consultas, foi possível refletir sobre a mais-valia da sua presença nas restantes valências do serviço.

III.2.4. Ganhos em Saúde

Este CC reforçou a necessidade de uma abordagem mais sistemática e proativa da IU por parte dos profissionais de saúde. A evidência científica demonstra que esta problemática permanece frequentemente dependente da verbalização espontânea da mulher, o que contribui para a sua subidentificação. Neste sentido, a intervenção do EEESMO assume particular relevância, ao possibilitar a introdução sensível desta temática nos diferentes contextos de cuidados^{31,40}.

A utilização de aromaterapia na sala de procedimentos permitiu reconhecer a importância dos métodos não farmacológicos na promoção do conforto da mulher submetida a histeroscopia. A evidência sugere que este tipo de intervenção pode contribuir para a redução da dor e da ansiedade em procedimentos invasivos, em contextos ginecológicos semelhantes, tratando-se de uma estratégia não invasiva, segura e facilitadora da humanização dos cuidados. Neste sentido, a sua utilização poderá traduzir-se em ganhos em saúde ao nível do conforto, da tolerância ao procedimento e da experiência global da mulher durante a prestação de cuidados⁶⁵.

Este CC permitiu ainda refletir sobre a relevância das dotações seguras enquanto condição estrutural para a qualidade e segurança dos cuidados nos Exames Especiais de Ginecologia. Apesar de não existir, no Parecer n.º 43/2019, uma dotação específica definida para este contexto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) enquadra as dotações seguras como um elemento essencial à adequação, segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo estas ser ajustadas à complexidade dos cuidados, à organização funcional dos serviços e às necessidades das utentes⁶³.

Neste sentido, num contexto em que a vigilância pré e pós-procedimento, a monitorização clínica, o conforto e a orientação para a alta assumem particular relevância, a presença de EEESMO em número adequado constitui uma mais-valia para a identificação precoce de complicações, para a continuidade dos cuidados e para a humanização da experiência da mulher, traduzindo-se, indiretamente, em ganhos em saúde⁶³.

Esta reflexão é, também, sustentada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO, os quais reconhecem que este constitui uma peça-chave do sistema de qualidade e detém conhecimentos, competências e capacidade de inovação essenciais à prestação de cuidados especializados, significativos e de qualidade⁶⁴.

III.3. Contextualização do serviço: Exames na Gravidez de Alto Risco

Este CC decorreu no período de 14 de Abril a 17 de Abril de 2025, num total de 35h, num hospital de nível III da grande Lisboa, integrado numa ULS. Esta instituição é reconhecida por ser uma referência na prestação de cuidados especializados, ensino e investigação científica.

As utentes que recorrem a esta instituição são, maioritariamente, provenientes da área de referência da Grande Lisboa e Vale do Tejo, caracterizando-se por uma elevada diversidade sociocultural. São ainda encaminhadas grávidas de outras regiões do país e de UCC, sobretudo em situações de risco obstétrico elevado, ou que exigem avaliação especializada e monitorização diferenciada. Esta dinâmica evidencia a centralidade do serviço na prestação de cuidados obstétricos de elevada complexidade.

O serviço dispõe de instalações modernas e organizadas para responder às necessidades das utentes e da equipa multidisciplinar. Inclui uma sala de espera, vários gabinetes médicos e casas de banho separadas para as utentes e profissionais de saúde. No entanto, apenas existe uma sala de enfermagem, onde também são realizadas as consultas de enfermagem. Esta configuração exige uma gestão cuidadosa da privacidade das utentes e da logística diária, encontrando-se em curso a intenção de criar um espaço específico para as consultas de enfermagem, com vista a otimizar a organização do serviço, reforçar a confidencialidade e promover a qualidade e humanização dos cuidados prestados.

A equipa é composta por vários médicos especialistas em Obstetrícia, 3 enfermeiras generalistas e 1 enfermeira chefe, MESMO. Esta configuração encontra-se em processo de reformulação, com o objetivo de reforçar o serviço com mais EEESMO, potenciando a prestação de cuidados diferenciados e a supervisão clínica.

III.3.1. Diagnóstico de Situação

Considerando tratar-se de um CC com duração de uma semana e com caráter predominantemente observacional, não foi realizado um diagnóstico de situação formal. Ainda assim, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira SC, com o objetivo de conhecer a organização funcional do serviço, a tipologia das utentes e as principais intervenções desenvolvidas no serviço.

Neste contexto, foi apresentada a dinâmica dos cuidados prestados, nomeadamente no que respeita à observação de consultas médicas, realização de

ecografias, consultas de enfermagem, monitorização fetal e intervenções de educação para a saúde. Esta reunião permitiu compreender a complexidade dos cuidados prestados à grávida em situação de risco obstétrico, bem como a necessidade de uma articulação eficaz entre a equipa multidisciplinar.

Após a partilha e análise do PIF com a Enfermeira SC, verificou-se que a atividade inicialmente proposta para este contexto se encontrava adequada à duração, ao carácter predominantemente observacional do CC e à dinâmica do serviço, não tendo sido identificada necessidade de reformulação. Assim, o PIF foi integrado no percurso formativo previsto, privilegiando a observação participada, a análise crítica das práticas e a realização de intervenções de educação para a saúde sempre que oportuno.

Paralelamente, foram identificados alguns aspetos relevantes do contexto, nomeadamente a necessidade de um espaço mais adequado para a realização das consultas de enfermagem, de forma a reforçar a privacidade, a organização do serviço e a qualidade dos cuidados prestados. Foi ainda referida a necessidade de reforçar o número de EEESMO no serviço, reconhecendo-se a sua importância num contexto que exige uma vigilância diferenciada, um acompanhamento especializado e educação para a saúde ajustada às necessidades da grávida/casal.

III.3.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e as atividades definidas para os Exames na Gravidez de Alto Risco que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Assistir nos exames de gravidez de alto risco desenvolvendo competências específicas do EEESMO.

Atividade: Observação participada na realização de exames na gravidez de alto risco.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A observação participada ao longo deste CC permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO na prestação de cuidados especializados à grávida/casal durante o período pré-natal, particularmente ao nível da promoção da saúde, do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações (2.1; 2.2; 2.3). A possibilidade de acompanhar a grávida nas consultas médicas, na realização de ecografias, nas consultas de enfermagem, realizando, também, a monitorização fetal permitiu compreender de forma mais aprofundada a especificidade da vigilância na

gravidez de alto risco e a complexidade dos cuidados prestados neste contexto (2.1; 2.2). Da mesma forma, as intervenções desenvolvidas ao longo do CC permitiram identificar a importância do papel do EEESMO na avaliação da grávida, na identificação de fatores de risco e sinais de alarme, na monitorização do bem-estar materno-fetal, no esclarecimento de dúvidas e na promoção de estratégias facilitadoras da adaptação à situação que está a ser vivenciada (2.2; 2.3). Neste contexto, a intervenção mais relevante incide na educação para a saúde de forma a capacitar a grávida/casal e na promoção de uma vivência mais informada e segura do processo gravídico num contexto de risco obstétrico (2.1; 2.3). Por fim, este contexto permitiu compreender a complexidade emocional inerente à comunicação de possíveis diagnósticos ou de diagnósticos graves por parte da equipa médica, nomeadamente em situações que podem evoluir para interrupção da gravidez. A observação destas circunstâncias reforçou a importância do EEESMO no suporte emocional à grávida/casal, na criação de um espaço de escuta, no esclarecimento de dúvidas e na promoção de intervenções sensíveis e ajustadas à situação vivida (2.3).

III.3.3. Resultados Obtidos

O CC dos Exames na Gravidez de Alto Risco revelou-se particularmente marcante pelo contacto com situações clínicas complexas, muitas delas raras, em que a vigilância da gravidez se encontrava frequentemente associada à necessidade de avaliação diferenciada, à incerteza diagnóstica e à possibilidade de evolução desfavorável para a gravidez.

Destacou-se a observação de situações em que eram comunicadas suspeitas diagnósticas ou diagnósticos graves, muitos deles com evolução para uma Interrupção Médica da Gravidez (IMG). Estas circunstâncias evidenciaram a exigência técnica, ética e emocional inerente a este CC, bem como o impacto que este tipo de comunicação assume para a grávida/casal.

A observação destas situações permitiu reconhecer a importância de uma abordagem sensível, individualizada e ajustada à vulnerabilidade emocional da mulher/casal, particularmente em momentos de maior incerteza e sofrimento.

Simultaneamente, tornou-se evidente a necessidade de profissionais com competências diferenciadas para acompanhar estas situações, não apenas na dimensão clínica, mas também na dimensão relacional e emocional do cuidado.

Por fim, este CC permitiu ainda refletir sobre a relevância do reforço da presença do EEESMO, considerando a especificidade dos cuidados prestados e a complexidade das situações acompanhadas.

III.3.4. Ganhos em Saúde

Em consonância com o anteriormente exposto, este contexto reforçou a necessidade de uma abordagem mais estruturada e proativa perante situações de elevada complexidade obstétrica. A evidência demonstra que, em contextos de suspeita de um diagnóstico grave e possível evolução para IMG, a experiência da mulher/casal é profundamente influenciada pela forma como a informação é transmitida e pelo apoio disponibilizado ao longo do processo. Neste enquadramento, a intervenção do EEESMO assume particular relevância, ao favorecer uma abordagem sensível, individualizada e promotora de bem-estar emocional^{66,67}.

A literatura evidencia que a IMG se associa a repercussões emocionais significativas, podendo traduzir-se em necessidade de apoio e maior vulnerabilidade emocional. Neste sentido, o suporte emocional, a escuta ativa, o esclarecimento de dúvidas e a continuidade do acompanhamento constituem aspetos centrais para favorecer a adaptação à situação vivida e promover uma experiência de cuidados mais humanizada^{66,67}.

Importa ainda salientar que, de acordo com o Parecer n.º 43/2019 da OE, a consulta de ESMO deve ser assegurada por um EEESMO. Contudo, neste contexto, a reduzida presença destes profissionais condicionava a realização de uma vigilância de enfermagem mais consistente e continuada, tornando a prestação dos cuidados tendencialmente mais centrada na vertente médica. À data do CC, encontrava-se em elaboração um documento dirigido à Direção de Enfermagem, no qual era sinalizada a necessidade de reforço do número de EEESMO no serviço, reconhecendo-se a sua relevância para a qualificação e diferenciação da resposta prestada à grávida/casal^{63,64}.

III.4. Contextualização do serviço: Internamento de Grávidas

Este CC decorreu entre 28 de Abril e 3 de Junho de 2025, num total de 150h, num hospital de nível III da região da Grande Lisboa, integrado numa ULS. Esta instituição destaca-se pelo seu papel central na prestação de cuidados diferenciados, integrando a prática clínica à formação académica e investigação científica.

O serviço de Internamento de Grávidas é composto estruturalmente por 2 quartos individuais, destinados a situações de maior vulnerabilidade emocional, que exigem um acompanhamento diferenciado e maior privacidade, nomeadamente em casos de IMG, e 4 quartos com 4 camas cada, perfazendo um total de 18 unidades. Contudo, por motivos de gestão de recursos humanos, a lotação funcional encontra-se limitada a 14 unidades, o que implica uma articulação contínua entre os profissionais de saúde e os diferentes serviços de obstetrícia, face à diversidade e complexidade das situações clínicas existentes.

Existe ainda uma sala de reuniões, onde se realizam, 3 vezes por semana, reuniões multidisciplinares do departamento, com o objetivo de promover a partilha de informação entre as equipas multidisciplinares dos diferentes serviços, nomeadamente no que diz respeito à gestão de vagas disponíveis, à programação de internamentos e à organização de procedimentos que requerem cuidados mais diferenciados e uma articulação entre serviços mais eficiente. O serviço dispõe também de uma sala de enfermagem e de uma sala de observação, destinada à realização de pequenos procedimentos como, a maturação cervical através da colocação da sonda de *Foley*.

A equipa multidisciplinar é composta por 26 Enfermeiros, dos quais 20 são EEESMO, incluindo 2 elementos da coordenação do serviço, e 6 Enfermeiros Generalistas, encontrando-se 3 destes a frequentar o MESMO. A equipa médica encontra-se fisicamente presente no serviço durante a semana das 9h às 15h, estando garantido, no restante horário e aos fins-de-semana, o apoio de uma equipa médica de urgência. Sempre que necessário, o serviço conta ainda com o contributo de um dietista, um assistente social e um psicólogo.

As patologias e complicações mais frequentes das mulheres internadas são: pielonefrite, hiperémese gravídica, insuficiência cervical, acretismo placentar, placenta prévia, rotura prematura de membranas, hemorragias do 3º trimestre, restrição do crescimento fetal, oligoâmnios ou hidrâmnios e ameaça de parto pré-termo. Por outro lado, o internamento pode igualmente ocorrer no âmbito da Indução do Trabalho de Parto (ITP), bem como em situações de perda gestacional ou no contexto de IMG.

Para além da unidade de internamento, a equipa multidisciplinar integra ainda a unidade de consultas de vigilância da gravidez de alto risco, onde tive a oportunidade de realizar três turnos, dispondo de dois gabinetes de consulta de enfermagem e de gabinetes de consulta médica. A sala de monitorização de cardiotocografia (CTG) e um outro

gabinete de enfermagem encontram-se localizados numa área separada da unidade, implicando novamente uma articulação contínua e eficaz entre a equipa multidisciplinar.

Existe ainda uma sala partilhada para diferentes objetivos, onde são dinamizadas sessões de preparação para o parto e parentalidade, estas sessões são realizadas por vários profissionais do departamento, incluindo a equipa de enfermagem do internamento de grávidas, internamento de puérperas e BP, a assistente social e a nutricionista.

Por fim, a equipa integra também a unidade de consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), onde tive a oportunidade de realizar dois turnos, situada numa área fisicamente distante do restante departamento. A maioria dos profissionais de saúde do hospital são objetores de consciência, e portanto, estas consultas são asseguradas por um médico prestador de serviços, cuja saída se encontrava iminente, e por 2 enfermeiras que se revezavam entre si, constituindo uma equipa reduzida face à especificidade e exigência dos cuidados prestados.

III.4.1. Diagnóstico de Situação

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira SC e com a Enfermeira responsável do CC, na qual foi apresentado o funcionamento do serviço, a organização dos cuidados e as diferentes áreas funcionais deste contexto.

Tendo em conta a complexidade e diversidade das situações clínicas acompanhadas, foi considerada pertinente a realização de turnos nas diferentes áreas funcionais, nomeadamente no internamento de grávidas, nas consultas de vigilância da gravidez de alto risco e nas consultas de IVG. Esta organização permitiu uma compreensão mais abrangente do percurso da mulher e da articulação entre os diferentes contextos de cuidados.

No decurso desta reunião, e após apresentação do PIF, verificou-se que a sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem, inicialmente prevista, se mantinha pertinente neste contexto. Esta atividade foi considerada adequada face à importância da atualização de conhecimentos e da reflexão sobre a promoção da saúde do PP e a prevenção da IU durante a gravidez.

Paralelamente, foi identificado o CPPPP como uma oportunidade de intervenção relevante junto da grávida/casal. Embora esta atividade não estivesse inicialmente prevista no PIF, a sua integração foi considerada pertinente, por permitir abordar a

temática do fortalecimento do PP e da prevenção da IU num momento particularmente adequado à promoção da literacia em saúde, à preparação para o parto e à capacitação para o autocuidado.

Relativamente ao suporte informativo escrito dirigido às grávidas, encontrava-se inicialmente prevista a elaboração de um folheto informativo. No entanto, após análise com a equipa, esta atividade foi reformulada, optando-se pela elaboração de um marcador de livro. Esta estratégia foi considerada mais apelativa, simples, breve, fácil de guardar e adequada às grávidas, permitindo reforçar a informação transmitida nos momentos de educação para a saúde de forma acessível e funcional.

A participação em reuniões multidisciplinares do departamento foi também apontada como relevante, de forma a acompanhar a discussão de temáticas atuais da prática obstétrica, sustentadas na evidência científica mais recente, contribuindo para o aprofundamento de conhecimentos e para a reflexão crítica sobre os cuidados prestados.

Foram igualmente identificados aspetos organizacionais com impacto na dinâmica dos cuidados, nomeadamente a necessidade de articulação contínua entre as diferentes valências do serviço e mesmo com outros serviços do departamento, a limitação funcional da lotação do internamento e a exigência de respostas diferenciadas em situações de elevada complexidade obstétrica e emocional, como a perda gestacional.

Neste sentido, tornou-se evidente a relevância da presença do EEESMO no serviço, considerando a especificidade dos cuidados prestados e a necessidade de acompanhamento especializado da mulher/casal ao longo de todo o percurso.

III.4.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e as atividades definidas para o Internamento de Grávidas que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados.

Atividade: Prestação de cuidados especializados à mulher/casal nas diferentes áreas de atuação do serviço de Internamento de Grávidas.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A prestação de cuidados ao longo deste CC permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO na prestação de cuidados à

grávida/casal durante o período pré-natal, particularmente ao nível da promoção da saúde, do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e do apoio na adaptação à condição clínica (2.1; 2.2; 2.3).

No contexto das consultas de IVG, foi possível compreender os cuidados prestados à mulher num momento marcado por vulnerabilidade emocional, necessidade de esclarecimento e tomada de decisão. Neste âmbito, adotei uma postura empática e respeitadora da autonomia da mulher, promovendo uma decisão informada e esclarecida (2.1.4). O esclarecimento de dúvidas relativamente ao processo foi um dos pontos focais, com explicação do que iria acontecer e disponibilização de orientações e estratégias facilitadoras da vivência desse momento (2.2.10). Sempre que pertinente, foi ainda abordada a orientação sobre a sexualidade e métodos contraceptivos após o aborto (2.1.2), reforçando a importância de uma intervenção promotora de saúde e centrada nas necessidades da mulher. Este contexto permitiu reconhecer a importância da atenção ao bem-estar emocional e à saúde mental materna, atendendo à carga emocional frequentemente associada a este processo e à necessidade de uma intervenção sensível, individualizada e humanizada (2.1.7), reconhecendo a importância da vigilância da mulher ao longo do processo (2.2.9).

No contexto do internamento de grávidas, foi possível acompanhar mulheres e casais a vivenciar situações de IVG, IMG e perda gestacional, o que me permitiu contactar com uma das dimensões mais exigentes dos cuidados em saúde materna. Para além da vigilância clínica, da identificação de sinais de complicação e da monitorização da evolução do processo (2.2.9; 2.2.11), este contexto exigiu uma presença particularmente sensível e humanizada, centrada nas necessidades emocionais da mulher/casal (2.1.7). A prestação de cuidados implicou também a implementação de intervenções dirigidas à promoção da saúde da mulher durante e após o aborto (2.2.10), bem como intervenções ajustadas perante complicações pós-aborto (2.3.7), em articulação com outros profissionais sempre que necessário (2.3.9). Estas vivências foram marcantes do ponto de vista pessoal e formativo, por me confrontarem com o sofrimento, o silêncio e a vulnerabilidade associados à perda gestacional. Neste âmbito, tornou-se particularmente evidente a importância da escuta, da presença e do respeito pelo ritmo e pelas necessidades de cada mulher/casal, bem como da promoção de intervenções facilitadoras da adaptação à perda e à vivência do luto (2.3.8).

Para além destas situações, o internamento de grávidas permitiu acompanhar mulheres com diferentes patologias e complicações obstétricas, bem como mulheres em

TP ou submetidas a ITP, o que possibilitou contactar com intervenções orientadas para a promoção da saúde pré-natal e para a preparação para o parto e parentalidade (2.1.1; 2.1.8). Neste contexto, a vigilância clínica e a monitorização do bem-estar materno-fetal assumiram particular relevância, nomeadamente através da observação sistemática, da realização de CTG e da identificação precoce de sinais de risco ou de desvios à evolução esperada da gravidez (2.1.3; 2.2.1; 2.2.2). O acompanhamento de mulheres em ITP ou em TP permitiu reforçar a importância do esclarecimento de dúvidas, da promoção de decisões informadas no âmbito da saúde pré-natal e da orientação relativamente ao processo vivido (2.1.6), bem como da disponibilização de medidas de suporte dirigidas ao conforto e alívio dos desconfortos associados à gravidez e à evolução do TP (2.3.1).

Sempre que possível, foi também valorizada a preparação da mulher/casal para o parto, através da explicação da evolução expectável do processo, da promoção de estratégias facilitadoras da adaptação e do incentivo à participação do companheiro (2.1.8). Foi ainda possível contactar com a valorização do plano de parto enquanto instrumento promotor da expressão de preferências, expectativas e decisões da mulher/casal relativamente ao processo de nascimento (2.1.10), reforçando a importância de cuidados mais individualizados e centrados na mulher/casal.

O contacto com mulheres com patologia associada ou concomitante à gravidez exigiu ainda a adequação das intervenções às necessidades identificadas (2.3.3), bem como a cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez (2.3.4), reforçando a importância de uma resposta articulada, diferenciada e centrada na segurança e continuidade dos cuidados.

No contexto das consultas de vigilância da gravidez de alto risco, foi possível acompanhar mulheres com necessidades clínicas diferenciadas, o que exigiu uma avaliação e monitorização estruturada da gravidez (2.1.3). Neste âmbito, foi particularmente evidente a importância da identificação precoce de sinais e sintomas de risco (2.2.1), da vigilância do bem-estar materno-fetal (2.2.2; 2.2.6) e da adequação das intervenções perante desvios à gravidez fisiológica e ao padrão de adaptação à gravidez (2.2.4; 2.2.5). Paralelamente, o esclarecimento de dúvidas e a informação disponibilizada à grávida/casal favoreceram uma vivência mais informada do processo gravídico, promovendo decisões esclarecidas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6). A atenção ao impacto emocional associado à gravidez de alto risco permitiu ainda valorizar a relevância da vigilância da saúde mental materna e do bem-estar emocional (2.1.7), bem

como da promoção de intervenções que contribuíssem para uma adaptação mais segura e positiva à condição clínica vivenciada (2.2.8; 2.3.2).

Objetivo específico: Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da temática do fortalecimento do PP na prevenção da IU.

Atividade: Apresentar os objetivos do CC à equipa multidisciplinar;

Conversa informal com o Enfermeiro Supervisor Clínico sobre a temática, os objetivos do projeto e as atividades a realizar;

Análise em equipa da aplicabilidade das atividades propostas;

Conversa informal com a equipa sobre o tema;

Partilha de evidência científica atual sobre a temática em sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem (Apêndice VII).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Estas atividades centraram-se maioritariamente na articulação com a equipa multidisciplinar, na apresentação e adequação do PIF ao CC e na sensibilização dos profissionais de saúde, mobilizando maioritariamente Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre. Constituíram ainda, um contributo indireto para a operacionalização de competências específicas do EEESMO, ao promoverem a reflexão da equipa sobre intervenções dirigidas à grávida/casal no âmbito da promoção da saúde (2.1.1), da adoção de estilos de vida saudáveis (2.1.5), da capacitação para decisões informadas (2.1.6), da implementação de intervenções com vista a uma gravidez mais saudável (2.2.8) e da orientação sobre medidas de suporte facilitadoras do bem-estar e alívio de desconfortos durante a gravidez (2.3.1). Neste contexto, foi realizado um convite à equipa (Apêndice XX), elaborado um plano de sessão estruturado (Apêndice XXI) e dinamizada uma sessão de formação em modelo híbrido (Apêndice VI), com partilha de evidência científica atual sobre a temática.

Objetivo específico: Sensibilizar a mulher/casal sobre a importância do fortalecimento do PP.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/casal sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP;

Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/casal sobre a importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU;

Dinamização de uma sessão no CPPPP com a temática do fortalecimento do PP e prevenção da IU (Apêndice V);

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO durante o período pré-natal, particularmente no âmbito da concepção, planeamento e implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas à grávida/casal (2.1.1). A educação para a saúde sobre os fatores de risco para as disfunções do PP permitiu reforçar conhecimentos e sensibilizar para a adoção de estratégias promotoras de saúde e estilos de vida saudáveis (2.1.5), favorecendo simultaneamente a valorização de medidas preventivas de forma a contribuir para uma gravidez mais saudável (2.2.8). A abordagem da importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU permitiu ainda capacitar a grávida/casal para uma vivência mais informada do processo gravídico, promovendo decisões esclarecidas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6). Possibilitou integrar orientações relacionadas com medidas facilitadoras do bem-estar e do alívio de desconfortos durante a gravidez (2.3.1), enquadrando o fortalecimento do PP como estratégia promotora da saúde da mulher. A dinamização de uma sessão no CPPPP (Apêndice V), precedida da elaboração de um plano de sessão estruturado (Apêndice XXII), permitiu organizar e estruturar os conteúdos abordados, promovendo a partilha de informação e o esclarecimento de dúvidas.

Objetivo específico: Promover estratégias de prevenção da IU, bem como do fortalecimento do PP à mulher;

Atividade: Identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU ao longo do internamento;

Identificação de necessidades de educação ao longo do internamento;

Realização da colheita de dados no internamento;

Instruir a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Orientação sobre a realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Acompanhamento na realização de exercícios para fortalecimento do PP;

Resumir a informação sobre os exercícios de fortalecimento do PP;

Elaboração de um marcador de livro com a temática do PP e prevenção da IU para fornecer às mulheres (Apêndice XVI);

Questionar a mulher/família sobre quando vão ser realizados e com que frequência;

Esclarecer dúvidas que possam existir.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO no âmbito do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e da prestação de cuidados ajustados às necessidades identificadas na grávida durante o período pré-natal. A identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU, das necessidades de educação e a colheita de dados no internamento permitiram reconhecer precocemente alterações e desvios ao padrão de adaptação à gravidez (2.2.4; 2.2.5). A instrução, orientação e acompanhamento da mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP possibilitaram a implementação de intervenções com vista a potenciar uma gravidez mais saudável (2.2.8), integrando medidas de suporte facilitadoras do bem-estar e do alívio de desconfortos durante a gravidez (2.3.1). O reforço da informação, o esclarecimento de dúvidas e as questões colocadas sobre o momento e a frequência da realização dos exercícios favoreceram decisões mais informadas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6). A elaboração de um marcador de livro com a temática do PP e prevenção da IU constituiu um recurso complementar de apoio, facilitando a sistematização da informação transmitida e reforçando as intervenções de promoção da saúde desenvolvidas (2.1.1; 2.1.5).

III.4.3. Resultados Obtidos

O CC no Internamento de Grávidas revelou-se particularmente enriquecedor pela diversidade de situações clínicas acompanhadas e pela possibilidade de realizar turnos em diferentes áreas funcionais do serviço.

Ao longo deste CC, foi possível desenvolver e concretizar intervenções dirigidas à promoção da saúde do PP e à prevenção da IU, quer junto da equipa de enfermagem, quer junto da mulher/casal.

Neste âmbito, foi dinamizada uma sessão de formação em serviço online dirigida à equipa de enfermagem (Apêndice VI), onde participaram 23 enfermeiros, com uma avaliação no final da sessão (Apêndice XVII), com 19 respostas, cerca de 82,6%.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se, maioritariamente, uma classificação de nível máximo, ao nível da clareza da exposição e da capacidade de transmissão de conhecimentos (63,2%), da coerência e estruturação dos temas e da adequação dos métodos (73,7%), bem como da organização global da sessão e da correspondência às expectativas iniciais (73,7%). De forma global, as restantes respostas concentraram-se sobretudo na classificação 4, não se observando avaliações negativas.

Nas respostas abertas, os principais pontos fortes identificados foram a clareza e segurança na transmissão da informação, a pertinência da temática para a prática obstétrica e o conhecimento demonstrado pela formadora. Como aspetos de melhoria, foram sugeridos o reforço da componente prática, através da inclusão de exemplos fotográficos, da prática dos exercícios e da disponibilização do suporte visual da apresentação.

Foi igualmente dinamizada uma sessão no CPPPP com a temática do fortalecimento do PP e prevenção da IU (Apêndice V), com a participação de 19 elementos. Esta intervenção permitiu abordar a temática em contexto de grupo, reforçando a importância da educação para a saúde durante a gravidez e promovendo o esclarecimento de dúvidas num espaço de partilha entre grávidas/casal.

Foi realizada uma avaliação no final da sessão (Apêndice XVIII), com 100% das respostas. Verificou-se, maioritariamente, uma classificação de nível 5 na maioria dos parâmetros, destacando-se a linguagem acessível e a relevância do tema para o momento de gestação (94,7%), bem como o esclarecimento de dúvidas, a coerência e estruturação do tema e a adequação dos métodos à temática (89,5%). A capacidade de transmissão de conhecimentos foi classificada com o valor máximo por 84,2% dos participantes e o domínio e clareza da exposição por 78,9%. Após a sessão, 94,7% dos participantes referiram considerar importante a realização de exercícios de fortalecimento do PP, reforçando a pertinência da temática abordada. Nas respostas abertas, foram valorizadas a utilidade da sessão, a clareza da informação e a relevância do tema. Como oportunidades de melhoria, destacaram-se a disponibilização dos slides, o aumento do tempo da sessão e o aprofundamento de algumas situações específicas, como por exemplo no caso de hipertonia.

No contexto do internamento, foi ainda elaborado e distribuído um marcador de livro com a temática do PP e prevenção da IU, entregue a 34 mulheres, que verbalizaram a utilidade prática deste recurso, através de expressões como:

- “Vou guardar, porque assim é mais fácil lembrar-me de fazer”;
- “Assim fica mais fácil perceber o que devo fazer em casa”;
- “É útil ter esta informação por escrito”.

Estas verbalizações evidenciam a importância da disponibilização de suporte informativo escrito, enquanto estratégia facilitadora da compreensão, memorização e integração das orientações fornecidas no dia a dia da mulher.

A participação em reuniões multidisciplinares do departamento permitiu ainda acompanhar a discussão de temáticas relevantes para a prática obstétrica, sustentadas na evidência científica mais recente, tais como:

- “Episiotomia – o que há de novo?” (Anexo IX);
- “O Pós-Operatório da Cesariana – O essencial” (Anexo X);
- “Terapêutica da HTA crónica na gravidez – State of the art” (Anexo XI).

A participação nas reuniões contribui para o aprofundamento de conhecimentos e para a reflexão crítica sobre os cuidados prestados.

III.4.4. Ganhos em Saúde

As intervenções desenvolvidas neste CC permitiram perspetivar ganhos em saúde relevantes ao nível da capacitação da grávida/casal e da promoção de comportamentos preventivos dirigidos à saúde do PP. A educação para a saúde realizada no internamento e no contexto do CPPPP contribuiu para reforçar a importância do fortalecimento do PP e da prevenção da IU durante a gravidez, favorecendo uma maior consciencialização da mulher/casal e a valorização destas estratégias no quotidiano^{35,38,40,43,48,52}.

A disponibilização de suporte informativo escrito constituiu igualmente um aspeto relevante neste contexto. A evidência sugere que materiais educativos claros e estruturados, associados ao acompanhamento profissional, favorecem a compreensão da informação transmitida e a continuidade das estratégias preventivas no domicílio^{39,41,43,48,51}. Neste sentido, a utilização do marcador de livro permitiu reforçar a informação fornecida à mulher, através de um recurso prático, acessível e de fácil consulta, facilitando a memorização dos conteúdos abordados e a integração das orientações no dia a dia.

Ao nível da equipa de enfermagem, a partilha da evidência científica mais recente e a dinamização da sessão de formação em serviço poderão constituir uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados. A literatura continua a identificar limitações na abordagem da IU e das disfunções do PP, nomeadamente ao nível da formação profissional, da insegurança técnica e da limitação de tempo, fatores que condicionam a identificação precoce destas situações^{16,35,39-43,51,52}. Assim, a sensibilização da equipa poderá favorecer uma abordagem mais consistente e ajustada às necessidades da grávida/casal.

Este CC ficou particularmente marcado pelo acompanhamento de mulheres/casais em situação de perda gestacional e de IMG, circunstâncias que evidenciaram a relevância dos cuidados especializados num domínio do cuidar em que o ganho em saúde não se traduz na resolução da situação clínica, mas na forma como se fornecem as melhores estratégias para facilitar de alguma forma o processo vivenciado. A evidência demonstra que, perante a IMG, os pais valorizam particularmente a clareza da comunicação, a continuidade dos cuidados, a disponibilidade dos profissionais e o reconhecimento da perda enquanto experiência significativa, identificando estes elementos como determinantes para a forma como vivenciam e atribuem significado ao acontecimento^{66,67}.

Importa ainda referir que os ganhos em saúde neste contexto depende não apenas das intervenções desenvolvidas, mas também da existência de dotações seguras ajustadas à complexidade dos cuidados prestados. O Parecer n.º 43/2019 da OE estabelece, para o internamento de medicina materno-fetal, o rácio de 1 EEESMO para 3 grávidas em situação de alto risco e de 1 EEESMO para 6 grávidas em situação de médio risco. Num serviço marcado pela diversidade de patologias obstétricas, pela necessidade de vigilância contínua e pela exigência de respostas diferenciadas em situações de maior vulnerabilidade emocional, estes referenciais reforçam a importância da presença de EEESMO em número adequado⁶³.

III.5. Contextualização do serviço: Internamento de Puérperas

Este CC decorreu no período de 5 de Junho a 16 de Julho de 2025, num total de 150h, num hospital de nível II , integrado numa ULS da área metropolitana de Lisboa. Esta instituição presta cuidados de saúde diferenciados a nível distrital e articula-se com unidades de maior diferenciação (hospitais de nível III) quando necessário.

O serviço de internamento de puérperas é constituído estruturalmente por 4 quartos de 4 camas e 10 quartos individuais, perfazendo um total de 26 unidades. No entanto, devido ao encerramento rotativo de algumas maternidades da região de Lisboa, sendo esta uma delas, e por motivos de gestão hospitalar, os quartos mais distantes, normalmente 5 quartos individuais ou 1 quarto de 4, dependendo das situações clínicas, eram utilizados para vagas de outros serviços do hospital, como ginecologia ou diferentes tipos de cirurgia.

Neste serviço existe ainda uma sala de observação do RN, onde são realizados procedimentos como a colheita de sangue para análise, a pesagem do RN, a realização do

rastreio das cardiopatias e do rastreio auditivo e, quando necessário, a realização da aspiração gástrica.

A equipa multidisciplinar é composta por 19 Enfermeiros, dos quais 3 são EEESMO, incluindo 1 elemento da coordenação do serviço, e 16 Enfermeiros Generalistas, encontrando-se 1 a frequentar o MESMO. A equipa médica encontra-se fisicamente presente no serviço durante a semana das 9h às 16h, estando garantido, no restante horário e aos fins-de-semana, o apoio de uma equipa médica de urgência. Sempre que necessário, o serviço conta ainda com o contributo de um assistente social, um psicólogo e uma equipa de administrativos que também realiza o registo do RN.

As patologias e complicações mais frequentes das mulheres internadas incluem a pré-eclâmpsia, diabetes, diabetes gestacional e hipertensão. Por outro lado, nos RN os problemas mais comuns eram a hipoglicémia, a perda de mais de 10% do peso de nascimento e dificuldade na adaptação à mama, existindo ainda alguns casos com sinais de dificuldade respiratória transitória ou com necessidade de aspiração de secreções do parto.

III.5.1. Diagnóstico de Situação

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira em funções de gestão e Enfermeira SC, na qual foi apresentado o funcionamento do serviço, a organização dos cuidados e as principais necessidades identificadas neste contexto.

Atendendo à natureza do serviço e à proximidade do EEESMO com a mulher no período pós-parto, tornou-se evidente que o internamento de puérperas constitui um momento privilegiado para a promoção da saúde, prevenção de complicações e capacitação da mulher/casal, nomeadamente no que respeita à saúde do PP e à prevenção da IU.

No decurso da reunião inicial, e após apresentação do PIF, verificou-se que as atividades inicialmente propostas se mantinham pertinentes e adequadas ao contexto do Internamento de Puérperas, sendo reconhecida a pertinência de manter a formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem, na continuidade do trabalho desenvolvido noutros CC.

Relativamente à disponibilização de suporte informativo escrito, encontrava-se inicialmente prevista a elaboração e distribuição de folhetos informativos dirigidos às puérperas. Contudo, atendendo a motivos logísticos, nomeadamente o tempo disponível e a necessidade de pedidos institucionais específicos para validação e disponibilização de materiais escritos, esta atividade foi ajustada ao contexto.

Deste modo, foram privilegiadas intervenções individualizadas de educação para a saúde ao longo do internamento. Esta estratégia permitiu adequar a informação às necessidades identificadas em cada mulher, esclarecer dúvidas de forma personalizada e reforçar a valorização da sintomatologia, a não normalização da IU e a importância do fortalecimento do PP no período pós-natal.

Foram igualmente identificados aspetos organizacionais com impacto na dinâmica dos cuidados prestados, nomeadamente a utilização de camas/quartos do serviço por mulheres provenientes de outras áreas clínicas do hospital, em resultado do encerramento rotativo de maternidades da região e de decisões de gestão hospitalar. Esta situação exigia uma adaptação constante da equipa e uma articulação contínua na gestão dos cuidados, num contexto já marcado pela elevada rotatividade de puérperas e RN.

Tornou-se também evidente a importância de existir um reforço da equipa de enfermagem com EEESMO, considerando a especificidade dos cuidados prestados no puerpério, a necessidade de acompanhamento especializado da mulher/família e a importância de uma intervenção diferenciada em áreas como a amamentação, a adaptação ao pós-parto, a vigilância materna e neonatal e a promoção da saúde do PP.

III.5.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e as atividades definidas para o Internamento de Puérperas que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados.

Atividade: Prestação de cuidados especializados à mulher e família no Internamento de Puérperas.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A prestação de cuidados ao longo deste CC permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO na prestação de cuidados à

mulher/RN/família durante o período pós-natal, particularmente ao nível da promoção da saúde, do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e do apoio à adaptação ao puerpério e à transição para a parentalidade, revelando-se particularmente pertinente a Teoria das Transições de Afaf Meleis na compreensão deste processo e na orientação das intervenções desenvolvidas.

No contexto do Internamento de Puérperas, tornou-se particularmente evidente a complexidade do período pós-natal para a mulher, marcado pela recuperação física do parto, pela adaptação emocional ao puerpério e pela reorganização dos papéis familiares. Neste âmbito, foi possível informar, orientar e apoiar a mulher no autocuidado (4.2.1), vigiar o seu estado de saúde (4.2.3), identificar precocemente complicações pós-parto (4.2.4) e implementar intervenções com o objetivo de promover a saúde após o parto (4.2.5). Sempre que existiam complicações ou patologia associada e/ou concomitante, tornou-se necessário adequar as intervenções às necessidades identificadas (4.3.4; 4.3.5), em articulação com outros profissionais no tratamento destas situações (4.3.8; 4.3.9).

O foco no bem-estar emocional da puérpera permitiu valorizar a importância da promoção da saúde mental no puerpério e de uma parentalidade responsável (4.1.6), através da escuta, do apoio emocional e da disponibilização de medidas de suporte psicológico à mulher e conviventes significativos (4.3.1). Simultaneamente, foram desenvolvidas intervenções facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2), incluindo orientações relativas à sexualidade e contraceção no período pós-parto (4.1.3), favorecendo uma adaptação mais segura e positiva a esta transição.

No que respeita ao RN, a prestação de cuidados implicou a vigilância do seu estado de saúde (4.2.3), a identificação de alterações e a adequação das intervenções às necessidades observadas. Ao longo deste CC, foi possível acompanhar RN com hipoglicémia, perda ponderal superior a 10%, dificuldades na adaptação à mama, sinais de dificuldade respiratória transitória e necessidade de aspiração de secreções, o que exigiu uma resposta especializada, individualizada e articulada. Nestes contextos, foi fundamental apoiar a mulher/família perante alterações morfológicas e/ou funcionais do RN (4.3.6) e cooperar com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal (4.3.10).

A promoção e apoio ao aleitamento materno assumiram igualmente um lugar central na intervenção (4.1.4), tendo sido frequentemente necessário implementar medidas corretivas no processo de amamentação (4.3.3), nomeadamente perante dor, dificuldades na pega, insegurança materna ou necessidade de maior apoio técnico. Estes

momentos revelaram-se particularmente relevantes na promoção da confiança materna e na capacitação da mulher para os cuidados ao RN.

Ao nível da família, a proximidade à mulher/família permitiu informar, orientar e apoiar nos cuidados ao RN (4.2.1), bem como identificar e monitorizar alterações nos processos de transição e adaptação à parentalidade (4.2.2). Foram ainda valorizadas intervenções dirigidas ao apoio da mulher/família no período pós-natal e no exercício da parentalidade (4.1.5), reconhecendo-se a importância de adequar a informação, o acompanhamento e os cuidados às necessidades e vivências de cada família.

A preparação para a alta constituiu um momento central da intervenção, ao permitir reforçar a continuidade dos cuidados e a capacitação da mulher/família para o regresso a casa. Neste contexto, assumiram particular relevância a informação e orientação relativamente aos recursos disponíveis na comunidade para dar resposta às necessidades da puérpera e do RN após a alta (4.1.1), bem como os ensinamentos dirigidos ao crescimento, desenvolvimento e sinais de alarme no RN (4.1.2), à vigilância da recuperação puerperal, aos cuidados ao coto umbilical, à alimentação, ao padrão de eliminação e ao posicionamento seguro. Foram também valorizados os ensinamentos relacionados com o banho do RN, enquanto momento de cuidado, promoção do vínculo e capacitação parental (4.2.1; 4.2.2). Foram também realizados rastreios neonatais, nomeadamente o rastreio de cardiopatias congénitas críticas e o rastreio auditivo, o que permitiu reforçar a vigilância do estado de saúde do RN (4.2.3), a identificação precoce de alterações e a adequada orientação da família perante a necessidade de vigilância ou referenciação (4.3.6; 4.3.10).

Objetivo específico: Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da temática do fortalecimento do PP na prevenção da IU.

Atividade: Apresentar os objetivos do CC à equipa multidisciplinar;

Conversa informal com o Enfermeiro SC sobre a temática, os objetivos do projeto e as atividades a realizar;

Análise em equipa da aplicabilidade das atividades propostas;

Conversa informal com a equipa sobre o tema;

Partilha de evidência científica atual sobre a temática em sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem (Apêndice VII).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Estas atividades centraram-se maioritariamente na articulação com a equipa multidisciplinar, na apresentação e

adequação do PIF ao CC e na sensibilização dos profissionais de saúde, mobilizando sobretudo Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre.

Constituíram, ainda, um contributo indireto para a operacionalização de competências específicas do EEESMO, ao favorecerem a reflexão da equipa sobre intervenções dirigidas à mulher/família durante o período pós-natal, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde no puerpério (4.1.5; 4.1.6), da vigilância e prevenção de complicações maternas e neonatais (4.2.3; 4.2.4), do apoio ao autocuidado e aos cuidados ao RN (4.2.1) e da capacitação da mulher/família para uma vivência mais informada e segura deste período de transição (4.2.2).

Neste contexto, foi realizado um convite dirigido à equipa (Apêndice XXIII), elaborado um plano de sessão estruturado (Apêndice XXIV) e dinamizada uma sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem (Apêndice VII), com partilha de evidência científica atual sobre a temática. Esta atividade permitiu reforçar a importância da intervenção do EEESMO na promoção da saúde do PP, na prevenção da IU e na integração de orientações dirigidas ao bem-estar, recuperação pós-parto e adaptação da mulher ao puerpério (4.1.5; 4.2.5; 4.3.2), sensibilizando os profissionais para a pertinência de uma abordagem mais sistemática desta temática no período pós-natal.

Objetivo específico: Sensibilizar a mulher/casal sobre a importância do fortalecimento do PP.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/casal sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP;

Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre a importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU;

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO durante o período pós-natal, particularmente no âmbito da promoção da saúde da mulher/casal e da prevenção de complicações. A realização de momentos de educação para a saúde sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP permitiu reforçar conhecimentos e sensibilizar a mulher/casal para a importância da sua valorização no puerpério, enquanto dimensão relevante da recuperação pós-parto e da promoção da saúde da mulher (4.2.5; 4.3.2).

A abordagem da importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU permitiu ainda informar e orientar a mulher no âmbito do autocuidado (4.2.1),

favorecendo uma vivência mais informada e segura do período pós-natal e da transição para a parentalidade (4.2.2). Simultaneamente, estas intervenções contribuíram para sensibilizar a mulher/casal para a integração de estratégias promotoras da saúde do PP, integrando esta temática numa perspetiva de promoção da saúde e de parentalidade responsável (4.1.6).

Objetivo específico: Promover estratégias de prevenção da IU, bem como do fortalecimento do PP à mulher;

Atividade: Identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU ao longo do internamento;
Identificação de necessidades de educação ao longo do internamento;
Realização da colheita de dados no internamento;
Instruir a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP;
Orientação sobre a realização dos exercícios de fortalecimento do PP;
Acompanhamento na realização de exercícios para fortalecimento do PP;
Resumir a informação sobre os exercícios de fortalecimento do PP;
Questionar a mulher/família sobre quando vão ser realizados e com que frequência;
Esclarecer dúvidas que possam existir.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO durante o período pós-natal, particularmente no âmbito do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e da promoção da saúde da mulher. A identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU, das necessidades de educação e a realização da colheita de dados no internamento permitiram reconhecer precocemente alterações e adequar as intervenções às necessidades identificadas, com vista a potenciar a saúde da mulher após o parto (4.2.5).

A instrução, orientação e acompanhamento da mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP possibilitaram a implementação de intervenções facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2), favorecendo simultaneamente o autocuidado e a valorização do PP enquanto dimensão relevante da saúde da mulher no puerpério (4.2.1).

O reforço da informação, o esclarecimento de dúvidas e as questões colocadas sobre o momento e a frequência da realização dos exercícios contribuíram para uma vivência mais informada e segura do período pós-natal, promovendo a adaptação da mulher a esta fase e ao exercício da parentalidade (4.2.2). Deste modo, estas intervenções

permitiram integrar a prevenção da IU e o fortalecimento do PP como estratégias promotoras da saúde e do bem-estar da mulher no puerpério.

III.5.3. Resultados Obtidos

Ao longo deste CC, foi possível desenvolver intervenções dirigidas à promoção da saúde do PP e à prevenção da IU, quer junto da equipa de enfermagem, quer junto da mulher/casal. No contacto direto com as puérperas, foram identificadas 6 mulheres com queixas de IU já presentes desde a gravidez, o que reforça a importância de uma abordagem precoce e sistemática desta temática ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A identificação destas situações permitiu desenvolver intervenções individualizadas centradas no esclarecimento de dúvidas, na valorização da sintomatologia e na orientação para estratégias dirigidas ao fortalecimento do PP. Durante estes momentos de educação para a saúde, algumas mulheres verbalizaram expressões como:

- “Achei que isto passava sozinho”;
- “Disseram-me que era normal com a gravidez”;
- “Nunca ninguém me tinha explicado isto”;
- “Não sabia que os exercícios podiam ajudar”;
- “Não me sinto à vontade para falar sobre isto”;
- “Quando espirro ou me levanto, às vezes acontece”;
- “Comecei a notar isto ainda na gravidez”;
- “No dia a dia incomoda, mas fui deixando andar”;
- “Agora faz mais sentido para mim, obrigada”.

Estas verbalizações evidenciam a tendência para a normalização e subvalorização da sintomatologia, bem como o desconhecimento relativamente às estratégias de prevenção e intervenção, reforçando a pertinência da atuação do EEESMO neste contexto.

Foi, ainda, dinamizada uma sessão de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem (Apêndice VII), na qual participaram 9 enfermeiros, considerando a impossibilidade da realização da formação em formato online e presencial em simultâneo.

A avaliação da sessão contou com 7 respostas, evidenciando uma apreciação global muito positiva, com 100% de classificação máxima na maior parte dos parâmetros.

Relativamente à qualidade e adequação das instalações e à originalidade e criatividade, 57,1% atribuíram a classificação máxima e 42,9% a classificação 4. Quanto à duração da sessão, 71,4% atribuíram a classificação máxima e 28,6% a classificação 4. Nas respostas abertas, os principais pontos fortes identificados centraram-se na pertinência da temática, considerada relevante e pouco abordada. Como oportunidades de melhoria, foi sugerida a disponibilização do PowerPoint, a partilha de casos clínicos exemplificativos e a realização de uma formação com mais tempo ou mais dias.

A prestação de cuidados neste contexto permitiu ainda contactar com situações clínicas maternas e neonatais que exigiram vigilância diferenciada e resposta ajustada, nomeadamente num contexto de puerpério patológico. Estas situações reforçaram a importância do EEESMO na vigilância clínica, no apoio à mulher/RN/família e na promoção de cuidados sensíveis às necessidades identificadas no puerpério.

III.5.4. Ganhos em Saúde

As intervenções desenvolvidas neste CC permitiram perspetivar ganhos em saúde relevantes ao nível da promoção da saúde do PP e da prevenção da IU no período pós-natal. A identificação de mulheres com queixas de IU já presentes desde a gravidez reforçou a importância de uma abordagem precoce e sistemática desta temática, favorecendo a valorização da sintomatologia e a desconstrução da sua normalização no puerpério^{16,35,39-43,51,52}.

A educação para a saúde realizada junto da mulher/casal constituiu igualmente um aspeto relevante neste contexto. A evidência demonstra que o conhecimento sobre os fatores de risco, a compreensão da importância dos exercícios de fortalecimento do PP e o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde influenciam a adesão às estratégias preventivas e a continuidade da sua prática no domicílio^{35,38,40,43,48,52}. Neste sentido, os momentos de educação para a saúde desenvolvidos ao longo do internamento poderão contribuir para uma maior capacitação da mulher e para a adoção de comportamentos de autocuidado no período pós-natal.

Ao nível da equipa de enfermagem, a dinamização da sessão de formação em serviço poderá constituir uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados. A literatura continua a identificar limitações na abordagem da IU e das disfunções do PP, nomeadamente ao nível da formação profissional, da insegurança técnica e da limitação de tempo, fatores que condicionam a identificação precoce destas situações e favorecem

uma intervenção predominantemente reativa^{16,35,39-43,51,52}. Assim, a sensibilização dos profissionais poderá favorecer uma abordagem mais consistente e ajustada às necessidades da mulher no puerpério.

Ao nível da qualidade dos cuidados, importa ainda considerar que o Regulamento n.º 743/2019 da OE recomenda, nas unidades de internamento de puérperas, a existência de 1 EEESMO por cada 3 utentes em puerpério patológico e de 1 EEESMO por cada 6 utentes em puerpério normal. O mesmo regulamento refere ainda que estes serviços devem integrar, em complementaridade, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e enfermeiros de cuidados gerais, estando em processo a contratação de mais EEESMO⁶³.

III.6. Contextualização do serviço: Bloco de Partos

Este CC decorreu entre 19 de Setembro e 10 de Fevereiro de 2026, num total de 520h, num hospital de nível III da grande Lisboa, integrado numa ULS. Esta instituição integra cuidados de saúde especializados com uma forte vertente na formação académica e investigação científica.

O serviço do BP, com instalações recentes, é constituído estruturalmente por 2 blocos operatórios, 1 recobro com capacidade para 2 camas, 1 sala de observações (SO) com capacidade para 3 camas e 12 quartos individuais com casa de banho privativa, designados de salas de parto, por gestão de recursos humanos estão apenas disponíveis 8 salas de parto, existindo em muitos turnos a necessidade de ocupar mais salas de parto. Dividida fisicamente por uma porta automática, encontra-se o SUOG constituído por 2 gabinetes médicos, 1 sala de triagem e 1 sala de enfermagem, com 4 unidades, onde são realizados pequenos procedimentos como colheita de sangue para análise, administração de medicação e monitorização de CTG.

A equipa multidisciplinar é composta por 47 Enfermeiros, dos quais 22 são EEESMO, 11 em regime de prestação de serviços, incluindo 2 elementos da coordenação do serviço, e 25 Enfermeiros de Cuidados Gerais, encontrando-se 2 a frequentar o MESMO. A equipa médica encontra-se fisicamente presente no serviço durante as 24h, incluindo aos fins-de-semana. Sempre que necessário, o serviço conta ainda com o contributo de um assistente social e um psicólogo.

As equipas eram compostas por 5 EEESMO e 6 Enfermeiros Generalistas. A divisão de postos era realizada no início de cada turno, ficando 3 EEESMO responsáveis

pelas salas de parto, 1 EEESMO no SO e 1 EEESMO na urgência de ginecologia e obstetrícia, enquanto os enfermeiros generalistas se distribuíam entre o recobro, o SO e a urgência de obstetrícia e ginecologia, o bloco operatório e as salas de parto. Esta organização promovia o trabalho em equipa, existindo apoio e comunicação entre todos os profissionais de saúde, aspetos essenciais num contexto caracterizado por uma elevada complexidade clínica e imprevisibilidade constante.

III.6.1. Diagnóstico de Situação

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira SC e com a Enfermeira responsável pelo CC, na qual foi apresentado o funcionamento do serviço, a organização dos cuidados e as principais necessidades identificadas neste contexto.

Atendendo à especificidade do BP, tornou-se evidente tratar-se de um contexto de elevada complexidade clínica, exigência técnica e imprevisibilidade, no qual a intervenção do EEESMO assume particular relevância na vigilância da mulher ao longo do TP, parto e pós-parto imediato.

No decurso da reunião inicial, e após a apresentação do PIF, foi reconhecida a pertinência de desenvolver esta temática também neste contexto, atendendo à relação direta entre o parto e o risco de disfunções do PP e IU, verificando-se que as atividades inicialmente previstas se mantinham adequadas ao BP.

Relativamente ao suporte informativo escrito, encontrava-se inicialmente prevista a adequação e distribuição de um folheto informativo sobre os exercícios de fortalecimento do PP às mulheres sensibilizadas para a temática. Contudo, atendendo à necessidade de cumprimento de circuitos institucionais específicos, nomeadamente pedidos formais e submissão à Comissão de Ética, esta atividade foi ajustada ao contexto. Assim, privilegiou-se a intervenção educativa individualizada, com reforço verbal da informação, síntese dos conteúdos abordados e orientação sobre o momento e a frequência da realização dos exercícios.

Neste sentido, o roteiro de recolha de informação assumiu particular relevância, não apenas como instrumento orientador da colheita de dados, mas também como facilitador da intervenção educativa. A sua utilização permitiu identificar fatores de risco, sinais e sintomas sugestivos de IU, necessidades de educação para a saúde e lacunas na

abordagem prévia desta temática, favorecendo uma intervenção preventiva, estruturada e ajustada à realidade do BP.

Foram igualmente identificados aspetos organizacionais com impacto na dinâmica de prestação de cuidados, nomeadamente a limitação funcional do número de salas de parto disponíveis face à lotação estrutural do serviço, a elevada rotatividade das situações clínicas e a necessidade de articulação contínua entre os diferentes postos de trabalho. Esta realidade exigia uma gestão constante dos recursos humanos e materiais, bem como uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, de forma a garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, tornou-se também evidente a importância de uma dotação adequada de EEESMO, considerando a especificidade dos cuidados prestados neste contexto, a necessidade de vigilância diferenciada da mulher e/ou RN e a relevância de uma intervenção especializada ao longo do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

III.6.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista

De seguida, apresento os objetivos e as atividades definidas para o BP que foram atingidos ao longo do CC.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados.

Atividade: Prestação de cuidados especializados à mulher, família e RN na Sala de Partos e na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: A prestação de cuidados ao longo deste CC permitiu desenvolver competências específicas do EEESMO na prestação de cuidados à grávida, parturiente, puérpera, RN e mulher com patologia ginecológica no contexto do SUOG, particularmente ao nível da promoção da saúde, do diagnóstico precoce, da prevenção de complicações e do apoio aos processos de transição inerentes à gravidez, parto e pós-parto imediato, revelando-se particularmente pertinente a Teoria das Transições de Afaf Meleis na compreensão deste processo e na orientação das intervenções desenvolvidas.

No SUOG, foi possível prestar cuidados a grávidas e a mulheres com patologia ginecológica, num ambiente marcado pela necessidade de avaliação sucinta e adequada, vigilância clínica contínua e adequação das intervenções às necessidades identificadas.

Na vertente obstétrica, este contexto permitiu desenvolver competências relacionadas com a identificação precoce de sinais e sintomas de risco (2.2.1), a monitorização da gravidez e do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (2.1.3; 2.2.2; 2.2.6), bem como a adequação das intervenções perante desvios à gravidez fisiológica e ao padrão de adaptação à gravidez (2.2.4; 2.2.5). Por outro lado, o esclarecimento de dúvidas e a informação disponibilizada à grávida/casal favoreceram decisões mais esclarecidas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6), bem como a implementação de intervenções orientadas para a promoção de uma gravidez mais saudável (2.2.8) e para o alívio de desconfortos associados à gravidez (2.3.1).

Na vertente ginecológica, a prestação de cuidados neste contexto permitiu informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica e sobre os recursos disponíveis, favorecendo decisões mais esclarecidas relativamente ao seu percurso de cuidados (6.1.2; 6.1.3). Simultaneamente, a avaliação das queixas apresentadas possibilitou diagnosticar e monitorizar potenciais riscos e afeções do aparelho génito-urinário (6.2.1; 6.2.2), bem como planear, implementar e ajustar intervenções à situação clínica da mulher (6.2.3), em articulação com outros profissionais sempre que necessário (6.2.4). Foi possível orientar a mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama (6.3.1), desenvolver intervenções ajustadas às necessidades identificadas (6.3.2) e mobilizar medidas de suporte emocional e psicológico perante situações geradoras de maior vulnerabilidade, ansiedade ou desconforto (6.3.3). Sempre que existiam complicações associadas ou necessidade de tratamento diferenciado, tornou-se igualmente relevante a cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher (6.3.4; 6.3.5), reforçando a importância de uma resposta articulada, atempada e centrada nas suas necessidades.

Atendendo à especificidade do BP, a prestação de cuidados não se restringiu exclusivamente ao TP e parto, tendo também incluído a vigilância e acompanhamento de grávidas antes do parto e, em algumas situações, de puérperas no período pós-parto imediato, nomeadamente quando, por constrangimentos de gestão de vagas, estas permaneciam temporariamente neste contexto. Deste modo, a experiência desenvolvida permitiu mobilizar, de forma articulada, competências do período pré-natal, do TP e do período pós-natal.

No acompanhamento da grávida antes do parto, foi possível desenvolver competências relacionadas com a identificação precoce de sinais e sintomas de risco (2.2.1), a monitorização da gravidez e do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (2.1.3; 2.2.2; 2.2.6), bem como a adequação das intervenções perante desvios à gravidez fisiológica e ao padrão de adaptação à gravidez (2.2.4; 2.2.5). O esclarecimento de dúvidas e a informação disponibilizada à grávida/casal favoreceram decisões mais esclarecidas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6), bem como a implementação de intervenções orientadas para a promoção de uma gravidez mais saudável (2.2.8) e para o alívio de desconfortos associados à gravidez (2.3.1).

No que respeita ao TP e parto, assumiram particular relevância a atuação de acordo com o plano de parto da mulher (3.1.1), a garantia de um ambiente físico e emocional seguro (3.1.2) e a implementação de intervenções promotoras do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (3.1.3). A promoção da vinculação mãe/pai/RN (3.1.4), o apoio ao aleitamento materno (3.1.5) e a cooperação com outros profissionais na promoção, prevenção e controlo da dor (3.1.6) revelaram-se igualmente importantes na construção de uma experiência de parto mais positiva, segura e centrada nas necessidades da mulher/casal.

A vigilância da evolução do TP permitiu identificar e monitorizar o TP (3.2.1), o risco materno-fetal (3.2.2) e os desvios ao padrão normal da sua evolução (3.2.3), adequando as intervenções à situação clínica observada (3.2.5). Neste contexto, a realização e interpretação da monitorização materno-fetal, a avaliação da progressão do TP e a valorização de situações como distócias de ombros ou circulares cervicais exigiram uma maior atenção clínica e capacidade de decisão em tempo útil. Foi possível avaliar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP (3.2.4) e acompanhar a execução do parto em apresentação cefálica (3.2.6), reforçando a importância de uma intervenção tecnicamente competente e clinicamente sustentada.

Relativamente ao RN, foi possível assegurar a avaliação imediata e implementar medidas de suporte à adaptação à vida extrauterina (3.2.7), bem como identificar alterações morfológicas e funcionais e referenciar as situações que ultrapassavam a área de atuação autónoma (3.2.10). Sempre que necessário, tornou-se igualmente relevante a cooperação com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais (3.2.9).

Perante situações de maior complexidade, nomeadamente quando a evolução clínica conduzia à necessidade de cesariana emergente, tornou-se particularmente

relevante a cooperação com outros profissionais no tratamento de complicações da gravidez e do parto (3.3.5). Nestas circunstâncias, foi possível acompanhar a mulher desde a urgência ou da sala de partos até ao bloco operatório, assegurando a vigilância clínica, a monitorização e a continuidade dos cuidados até ao início da cesariana, o que permitiu compreender a importância da transferência segura (3.3.6). A prestação de cuidados nestes contextos exigiu ainda a implementação de medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e conviventes significativos (3.3.1), bem como intervenções ajustadas perante patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP (3.3.2).

No pós-parto imediato, e nas situações em que, por gestão de vagas, a mulher permanecia temporariamente no BP, foi possível prestar cuidados dirigidos à puérpera, nomeadamente ao nível do apoio no autocuidado (4.2.1), da vigilância do seu estado de saúde (4.2.3), da identificação precoce de complicações pós-parto (4.2.4) e da implementação de intervenções com vista a potenciar a sua saúde após o parto (4.2.5). Por fim, foram mobilizadas medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera e conviventes significativos (4.3.1), bem como intervenções facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2), reforçando a importância da continuidade dos cuidados e da adaptação da mulher ao puerpério no período imediatamente subsequente ao nascimento.

Objetivo específico: Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da temática do fortalecimento do PP na prevenção da IU.

Atividade: Apresentar os objetivos do CC à equipa multidisciplinar;

Conversa informal com o Enfermeiro SC sobre a temática, os objetivos do projeto e as atividades a realizar;

Análise em equipa da aplicabilidade das atividades propostas;

Conversa informal com a equipa sobre o tema;

Partilha de evidência científica atual sobre a temática em sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem (Apêndice VIII).

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Estas atividades centraram sobretudo na articulação com a equipa multidisciplinar e na sensibilização dos profissionais de saúde, mobilizando maioritariamente Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre. Constituíram ainda, um contributo indireto para a operacionalização de competências específicas do EEESMO, ao favorecerem a reflexão da equipa sobre intervenções dirigidas à mulher/casal durante o período pré-natal,

nomeadamente no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis na gravidez (2.1.5), da promoção de decisões esclarecidas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6), da implementação de intervenções com vista a potenciar uma gravidez saudável (2.2.8) e da orientação sobre medidas de suporte facilitadoras do bem-estar e do alívio de desconfortos durante a gravidez (2.3.1).

Atendendo à natureza preventiva da temática abordada e ao seu impacto esperado na recuperação da mulher após o parto, estas atividades permitiram também refletir sobre a importância da integração desta abordagem no período pós-natal, designadamente na promoção do autocuidado (4.2.1), na potenciação da saúde da mulher após o parto (4.2.5) e na implementação de estratégias facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2).

Neste contexto, a apresentação dos objetivos do EC à equipa multidisciplinar, a conversa informal com o Enfermeiro SC e com a restante equipa, bem como a análise conjunta da aplicabilidade das atividades propostas, permitiram enquadrar a pertinência da temática no contexto do BP.

Por outro lado, foi realizado um convite dirigido à equipa (Apêndice XXVI), elaborado um plano de sessão estruturado (Apêndice XXVII) e dinamizada uma sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem (Apêndice VIII), em modelo híbrido, com partilha de evidência científica atual sobre a temática. Esta atividade permitiu reforçar a importância da intervenção do EEESMO na promoção da saúde do PP, na prevenção da IU e na integração desta temática ao longo do percurso gravídico e no pós-parto.

Objetivo específico: Sensibilizar a mulher/casal sobre a importância do fortalecimento do PP.

Atividade: Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/casal sobre os fatores de risco para o enfraquecimento do PP;

Realização de momentos de educação para a saúde à mulher/família sobre a importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU;

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Atendendo à especificidade do contexto do BP, os momentos de educação para a saúde sobre o PP e a prevenção da IU eram desenvolvidos, sempre que possível, antes do parto, em períodos em que a mulher apresentava maior disponibilidade para a escuta e participação e em que a dor se encontrava controlada.

Estas intervenções permitiram sensibilizar a mulher/casal para os fatores de risco associados ao enfraquecimento do PP, enquadrando esta temática no âmbito da promoção

de estilos de vida saudáveis na gravidez (2.1.5) e da implementação de intervenções dirigidas à promoção de uma gravidez mais saudável (2.2.8).

A abordagem da importância do fortalecimento do PP na prevenção da IU favoreceu ainda o esclarecimento de dúvidas e a integração de decisões mais informadas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6), valorizando esta intervenção como estratégia preventiva, também, no período pós-parto. Assim, ao promover maior consciencialização sobre a saúde do PP, estas intervenções articulavam-se também com a promoção do autocuidado (4.2.1), com a potenciação da saúde da mulher após o parto (4.2.5) e com estratégias facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2).

Objetivo específico: Promover estratégias de prevenção da IU, bem como do fortalecimento do PP à mulher;

Atividade: Identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU ao longo do internamento;

Identificação de necessidades de educação ao longo do internamento;

Realização de colheita de dados através do roteiro informal (Apêndice XXVII);

Instruir a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Orientação sobre a realização dos exercícios de fortalecimento do PP;

Acompanhamento na realização de exercícios para fortalecimento do PP;

Resumir a informação sobre os exercícios de fortalecimento do PP;

Questionar a mulher/família sobre quando vão ser realizados e com que frequência;

Esclarecer dúvidas que possam existir.

Domínio de Competências Específicas⁶⁰: Atendendo à especificidade do contexto do BP, estas intervenções eram preferencialmente desenvolvidas antes do parto, em momentos em que a mulher apresentava maior disponibilidade para a escuta e participação ativa e em que a dor se encontrava controlada, favorecendo a compreensão da informação e a integração das orientações fornecidas.

As atividades desenvolvidas contribuíram para a operacionalização de competências específicas do EEESMO durante o período pré-natal, particularmente no âmbito da promoção da saúde, da prevenção de complicações e da capacitação da mulher para a adoção de estratégias promotoras da saúde do PP.

A identificação de sinais e sintomas sugestivos de IU, das necessidades de educação e a realização da colheita de dados permitiram uma abordagem individualizada,

orientada para a valorização precoce de fatores de risco e para a adequação das intervenções às necessidades identificadas (2.2.4; 2.2.5).

Nestas circunstâncias, foi possível instruir, orientar e acompanhar a mulher relativamente à realização de exercícios de fortalecimento do PP, enquadrando esta temática como estratégia promotora de estilos de vida saudáveis na gravidez (2.1.5), de uma gravidez mais saudável (2.2.8) e do alívio de desconfortos (2.3.1).

O esclarecimento de dúvidas e o reforço da informação sobre o momento e a frequência da realização dos exercícios favoreceram decisões mais informadas no âmbito da saúde pré-natal (2.1.6), integrando a prevenção da IU numa perspetiva preventiva e ajustada ao percurso reprodutivo da mulher.

Por outro lado, pela sua finalidade preventiva e pelo impacto esperado na recuperação da mulher após o parto, estas intervenções articulavam-se também com a promoção do autocuidado (4.2.1), com intervenções dirigidas à potenciação da saúde da mulher após o parto (4.2.5) e com estratégias facilitadoras da recuperação pós-parto (4.3.2).

III.6.3. Resultados Obtidos

O CC no BP revelou-se particularmente enriquecedor pela elevada complexidade clínica, imprevisibilidade e exigência técnica inerentes a este contexto, permitindo simultaneamente integrar a temática do projeto numa perspetiva preventiva e ajustada às oportunidades de intervenção existentes.

Neste âmbito, a impossibilidade de disponibilizar suporte informativo escrito às mulheres, por motivos institucionais relacionados com a necessidade de pedidos formais à Comissão de Ética, conduziu à adaptação das estratégias inicialmente previstas. Assim, recorreu-se ao seguimento de um roteiro de colheita de dados, o que permitiu abordar de forma mais sistematizada a temática do PP e da prevenção da IU no contexto do BP. Os dados obtidos foram ao encontro do exposto no enquadramento teórico, evidenciando a presença de fatores de risco associados às disfunções do PP e à IU, bem como a reduzida abordagem prévia desta temática junto das mulheres.

As respostas obtidas através do roteiro permitiram, ainda, identificar necessidades de educação para a saúde, nomeadamente ao nível do desconhecimento sobre a importância do fortalecimento do PP, da normalização da sintomatologia urinária e da ausência de informação prévia sobre estratégias preventivas. Estes dados reforçam a

pertinência da intervenção do EEESMO nesta área, mesmo num contexto predominantemente centrado no TP, parto e pós-parto imediato, ao evidenciar que a valorização do PP e a prevenção da IU continuam a necessitar de maior visibilidade e abordagem sistemática.

Deste modo, o roteiro constituiu não apenas um guia orientador de colheita de dados, mas também uma oportunidade de confirmação prática de que as necessidades identificadas na literatura se mantêm presentes na realidade clínica observada.

O roteiro de colheita de dados foi norteador no contacto com 16 mulheres permitindo identificar fatores de risco obstétricos e clínicos associados à disfunção do PP e à IU, bem como evidenciar lacunas na abordagem prévia desta temática durante a vigilância da gravidez. De forma global, as respostas obtidas foram ao encontro do descrito no enquadramento teórico, verificando-se reduzido conhecimento sobre a importância do PP e sobre estratégias de prevenção da IU. Apenas 1 mulher (6,3%) referiu conhecer os exercícios de fortalecimento do PP, por ter realizado uma consulta no setor privado, por aconselhamento de uma amiga.

Foi igualmente possível constatar que 11 mulheres (68,8%) já tinham experienciado perdas involuntárias de urina, sobretudo ao longo da gravidez, ao tossir, rir ou realizar esforços, sendo frequente a tendência para a normalização da sintomatologia e para a ausência de procura de cuidados. Estes dados reforçam a pertinência da intervenção do EEESMO nesta área, ao evidenciarem que as necessidades identificadas na literatura se mantêm presentes na realidade clínica observada.

Importa ainda referir que não foi possível aplicar o roteiro a um maior número de mulheres, atendendo à elevada rotatividade do serviço e à frequente lotação completa das salas, o que implicava uma gestão mais exigente dos cuidados e menor disponibilidade temporal para a realização deste tipo de intervenção.

Paralelamente, foi dinamizada uma sessão de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem (Apêndice VIII), com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a importância da promoção da saúde do PP e da prevenção da IU.

A avaliação da sessão de formação em serviço no BP evidenciou uma apreciação global positiva, com um total de 9 respostas. Ao nível da competência da preletora, destacou-se a classificação máxima atribuída à definição de objetivos no início da sessão (66,7%), bem como ao domínio e clareza da exposição e ao esclarecimento de dúvidas (ambos com 55,6% de classificações máximas). Relativamente à capacidade de

transmissão de conhecimentos, verificou-se uma distribuição próxima entre as classificações 4 (55,6%) e 5 (44,4%).

No que respeita aos conteúdos programáticos, a atualidade da temática foi o parâmetro mais valorizado, com 66,7% de classificações máximas. A coerência e estruturação dos temas obteve 55,6% de classificações máximas, enquanto 44,4% consideraram, também com a classificação máxima, que os temas permitiram atingir os objetivos definidos.

Quanto aos métodos utilizados, verificou-se uma apreciação favorável, com predominância das classificações 4 e 5 nos diferentes parâmetros. A originalidade e criatividade destacou-se com 55,6% de classificações máximas, enquanto os métodos adequados aos temas e o suporte informático apresentaram ambos 44,4% de classificações máximas.

Relativamente à organização da formação, a duração da sessão foi o parâmetro com maior percentagem de classificação máxima (55,6%). A correspondência às expectativas iniciais apresentou igual distribuição entre as classificações 4 e 5 (44,4%), e a organização global concentrou-se maioritariamente nas classificações 4 (33,3%) e 5 (44,4%). No que respeita à qualidade e adequação das instalações, predominou a classificação 4 (55,6%).

Nas respostas abertas, os principais pontos fortes identificados centraram-se na pertinência da temática para o contexto do BP, na atualidade e originalidade da sessão, no seu carácter interativo e no domínio do tema pela formadora. Como oportunidade de melhoria, foi sugerida a realização de mais tempo de formação.

III.6.4. Ganhos em Saúde

Neste contexto, os ganhos em saúde perspectivados relacionam-se sobretudo com a possibilidade de reforçar a qualidade e segurança dos cuidados prestados num serviço marcado por elevada complexidade clínica, imprevisibilidade e necessidade de vigilância contínua da mulher/feto/RN.

A especificidade do BP exige uma resposta especializada, capaz de integrar monitorização rigorosa, tomada de decisão rápida e adequação permanente das intervenções às necessidades identificadas, aspetos indissociáveis da intervenção do EEESMO. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

reforça, neste âmbito, a centralidade da melhoria contínua da qualidade, da gestão do risco e da criação de ambientes terapêuticos e seguros.

Ao nível organizacional, importa ainda considerar que o Regulamento n.º 743/2019 recomenda, no BP, a existência de 1 EEESMO por cada utente em TP ativo, em situação crítica e/ou com analgesia epidural, bem como de 1 EEESMO por cada 3 utentes em indução do TP, fase latente ou necessidade de vigilância materno-fetal frequente. Neste sentido, o contexto observado permitiu reconhecer a importância de aproximar a dotação existente destas recomendações, atendendo à exigência assistencial do serviço e ao impacto que a dotação adequada poderá ter na segurança, continuidade e diferenciação dos cuidados⁶⁷.

O processo associado à preparação da submissão à Comissão de Ética constituiu uma oportunidade formativa relevante, permitindo compreender os circuitos formais necessários à implementação de intervenções e projetos de investigação. Apesar de a submissão formal não se ter revelado necessária para a intervenção desenvolvida, a realização prévia de grande parte deste percurso permitiu reconhecer as etapas institucionais envolvidas, os documentos exigidos e os procedimentos a cumprir. Esta aprendizagem revelou-se particularmente significativa, por fornecer ferramentas úteis para o planeamento futuro de projetos mais estruturados na área da promoção da saúde do PP e da prevenção da IU no contexto obstétrico.

IV. Considerações Finais

A elaboração deste RE constituiu um processo de construção e consolidação de competências especializadas enquanto futura EEESMO, baseado na análise crítica entre a evidência científica, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a prática clínica. A problemática do PP na prevenção da IU revelou-se não apenas pertinente, mas estrutural na promoção da saúde da mulher, evidenciando a necessidade de uma intervenção do EEESMO na avaliação, orientação e implementação de estratégias preventivas ao longo do ciclo gravídico-puerperal e das múltiplas transições que marcam o percurso de vida da mulher.

A mobilização da Teoria das Transições permitiu enquadrar a gravidez, o parto e o pós-parto como processos dinâmicos e potencialmente vulneráveis, exigindo do EEESMO uma atuação preventiva e capacitadora. A IU não se circunscreve à dimensão física, mas integra determinantes psicológicos, sociais e culturais que influenciam a forma como a mulher vive e percebe as alterações do ser corpo e as mudanças no sociais e emocionais durante o seu ciclo de vida. Assim, a intervenção do EEESMO assume uma especial importância na promoção da literacia em saúde, autonomia e empoderamento, contribuindo para a vivência positiva das transições e para a melhoria sustentada da qualidade de vida.

Considera-se que os objetivos delineados foram atingidos tendo em conta a identificação de estratégias eficazes de prevenção da IU através da realização da *scoping review* e da transposição desses conhecimentos para a prática clínica. O desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO foi possível ao longo dos diferentes CC, com raciocínio clínico fundamentado, tomada de decisão baseada na evidência e implementação de cuidados individualizados e culturalmente sensíveis. A análise reflexiva das atividades desenvolvidas permitiu reconhecer os resultados obtidos e o impacto do percurso formativo no aprofundamento do pensamento crítico, na consolidação das competências e na responsabilização profissional.

O percurso apresentou algumas limitações, destacando-se a exigente gestão simultânea das responsabilidades académicas, profissionais e pessoais, que implicou um exercício constante de organização, priorização e resiliência. Nos diferentes CC, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos limitaram por vezes a implementação do PIF. Acresce ainda, a limitação temporal inerente aos CC que restringiu uma possível avaliação das intervenções realizadas, particularmente no que se

refere ao impacto a médio e longo prazo. Estas condicionantes reforçam a necessidade de investimento institucional e científico nesta temática, assim como a realização de estudos a nível nacional que permitam caracterizar a prevalência da IU, avaliar a eficácia das intervenções do EEESMO e fundamentar a implementação de políticas de saúde pública direcionadas à prevenção da IU e promoção da saúde do PP.

Apesar das limitações, os ganhos em saúde revelaram-se significativos e multidimensionais. Ao nível da mulher verificou-se maior consciencialização relativamente à importância do PP, promovendo a literacia em saúde e contribuindo para a desconstrução da ideia da IU como consequência inevitável da gravidez ou do parto. Ao nível profissional, reforçou a visibilidade do EEESMO enquanto agente privilegiado na prevenção de disfunções do PP, contribuindo para a valorização dos cuidados especializados e para a afirmação da Enfermagem enquanto disciplina científica autónoma, capaz de gerar ganhos efetivos em saúde. Ao nível organizacional, o desenvolvimento do projeto potenciou a reflexão sobre práticas instituídas, abrindo caminho à integração futura de intervenções preventivas mais estruturadas.

Enquanto futura EEESMO, pretendo dar continuidade à sensibilização dos profissionais de saúde para a relevância desta temática, contribuindo para a sua implementação estruturada na prática clínica. Tenho a intenção de realizar um estudo de investigação de forma a contextualizar os resultados obtidos com base na realidade nacional. No âmbito do meu contexto profissional, e tendo identificado lacunas na consulta de enfermagem nesta área, pretendo reforçar e desenvolver intervenções estruturadas do EEESMO que respondam a esta necessidade, promovendo cuidados preventivos, baseados na evidência e centrados na mulher.

Destaco igualmente a intenção de continuar a divulgar esta temática em contextos científicos e académicos, assim como colaborar na formação de futuros EEESMO, quer como supervisora clínica, quer através da apresentação desta área temática a estudantes do mestrado, sensibilizando a comunidade académica para os contributos desta área e promovendo a sua valorização e consolidação na prática de cuidados especializados.

Conclui-se, assim, que o percurso realizado ultrapassou a mera concretização de objetivos académicos, constituindo-se como um processo transformador que reforçou a consciência do papel do EEESMO na promoção da saúde da mulher. A prevenção da IU através do fortalecimento do PP afirma-se como uma dimensão essencial dos cuidados especializados, cuja continuidade e aprofundamento se assumem como compromisso ético e profissional no exercício futuro da especialidade.

V. Referências Bibliográficas

1. Ferreira CS, Fernandes DB, Frias AM. Preparação do Pavimento Pélvico Materno no Período Pré-parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. In: Frias AM, editor. Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto [internet]. Guarujá – São Paulo: Científica digital; 2023 [citado 2025 Nov 3]; p. 103-112. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com/231114907>
2. Bordoni B, Sugumar K, Leslie SW. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor. StatPearls [internet]. 2023 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482200/>
3. Pinto V, Esquível V. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 3]. 5(1). Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/205>
4. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. Revista Científica da Ordem dos Médicos [internet]. 2017 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7371>
5. International Continence Society (ICS). Urinary incontinence – symptom [internet]. International Continence Society; [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence>
6. Pacheco R. A incontinência urinária [Internet]. Unidade de Saúde Tâmega e Sousa; [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://www.ulsts.min-saude.pt/mais-saude/incontinencia-urinaria/incontinencia-urinaria-causas/>
7. Costa LG. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil [internet]. 2016 [citado 2025 Nov 3]; 15(3): 137-45. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com./index/181>
8. Meleis AI. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. 641p.
9. Quadros RA, Armelim B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RR. Análise dos efeitos dos exercícios do assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de eventos de incontinência urinária no pós-parto. In: Farias HP, Correia RR. Dimensões do Saber e o Diálogo Multidisciplinar. Epitaya E-Books; 2023 [citado 2025 Nov 3]; p. 247- 266. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/915/775>

10. Terefe AB, Gudeta TG, Mengistu GT, Sori SA. Determinants of Pelvic Floor Disorders among Women Visiting the Gynecology Outpatient Department in Wolkite University Specialized Center, Wolkite, Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International* [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35996749/>
11. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Martínez-Galiano JM. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health* [internet]. 2023 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10576367/>
12. Gao Q, Wang M, Zhang J, Qing Y, Yang Z, Wang X, et al. Pelvic floor dysfunction in postpartum women: A cross-sectional study. *PLOS ONE* [internet]. 2024 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11449369/>
13. Sheng X, Wang J, Shaw JM, Murtaugh MA, Nygaard IE. Pelvic floor support and symptoms one year postpartum in relation to excess body habitus before, during and after first vaginal birth. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34753814/>
14. González-Timoneda A, Vallés-Murcia N, Muñoz Esteban P, Torres López MS, Turrión Martínez E, Errandonea Garcia P, et al. Prevalence and impact of pelvic floor dysfunctions on quality of life in women 5–10 years after their first vaginal or caesarian delivery. *Heliyon* [internet]. 2025 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11799961/>
15. Beketie ED, Tafese WT, Assefa ZM, Berrie FW, Tilahun GA, Shiferaw BZ, et al. Symptomatic pelvic floor disorders and its associated factors in South-Central Ethiopia. *PLOS ONE* [internet]. 2021 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34197568/>
16. Bugge C, Strachan H, Pringle S, Hagen S, Cheyne H, Wilson D. Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 3]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35220939/>
17. Van Vuuren AJ, Van Rensburg JA, Jacobs L, Hanekom S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. *International Urogynecology Journal* [internet]. 2021 [citado 2025 Nov 6]; 32(3): 485–99. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33404801/>

18. Braga FC, Silva GR, Carvalho SO, Tavares CB, Santos ML, Sousa NL. Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. REAS [internet]. 2023 [citado 2025 Nov 6]; 23(7). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12592/7726>
19. Martins R, Nunes T, Menezes A. Incontinência Urinária Feminina e o Papel da Enfermagem. Repositório Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 6]. Disponível em: <http://repositorio.unirn.edu.br/jspui/bitstream/123456789/477/1/2022>
20. Serrano-Raya L, Esplugues A, Ferreros Villar I, Vallés-Murcia N, Muñoz Esteban P, Torres López MS, et al. Prevalence and Impact of Urinary Incontinence at 5–10 Years After a Singleton Birth. Journal of Clinical Medicine [internet]. 2026 [citado 2026 Mar 19]. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/15/1/252>
21. Parlas M, Bilgic D. Awareness of urinary incontinence in pregnant women as a neglected issue: a cross-sectional study. Malawi Medical Journal [internet]. 2024 [citado 2025 Nov 6]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/>
22. Wikander L, Kirshbaum MN, Waheed N, Gahreman DE. Association between obstetric history and urinary incontinence in a cohort of resistance-trained women. International Journal of Women's Health [internet]. 2022 [citado 2025 Nov 6]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9448274/>
23. Ramadan F. Urinary incontinence in older adult women: fighting a rising tide. Br J Community Nurs [internet]. 2025 [citado 2025 Nov 6]. Disponível em: [https://research.ebsco.com/Urinary incontinence in older adult women](https://research.ebsco.com/Urinary%20incontinence%20in%20older%20adult%20women)
24. Thomé BI, Assis GM, Souza GN, Moser ADL. Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. Cogitare Enferm [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 7]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a//?format=pdf&lang=pt>
25. Bahrami M, Mohammadi E, Noroozi M, Hosseini SA. Predictors of help-seeking behaviors in women with urinary incontinence. BMC Women's Health [internet]. 2022 [citado 2026 Jan 5]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm./PMC10403081>
26. Mostafa DA, Ahmed HI, Mohamed WA. Women's knowledge and practices regarding urinary incontinence. BMC Public Health [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 5]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12590743/>
27. Rodríguez-Almagro J, Martínez AH, Martínez-Vázquez S, Molina RA, Bermejo-Cantarero A, Martínez-Galiano JM. A qualitative exploration of the perceptions of women living with pelvic floor disorders and factors related to quality of life. J Clin

- Med [internet]. 2024 [citado 2026 Jan 5]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11012559/>
28. Yalazı RÖ, Demirci N. Determining the levels of pelvic floor disorders in women diagnosed with urinary incontinence: a mixed-method study. *Front Med* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 5]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11827048/>
 29. Campillos MN, González RM, Berlango J, Crespo R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. *Enferm Nefrol* [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 5]. Disponible em: <https://scielo.isciii.es/pdf/2255-3517-enefro-24-01-03.pdf>
 30. Fakari FR, Hajian S, Darvish S, Majd HA. Explaining factors affecting help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 6]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7805109/>
 31. Fu Y, Jackson C, Nelson A, Iles-Smith H, McGowan L. Exploring support, experiences and needs of older women and health professionals to inform a self-management package for urinary incontinence: a qualitative study. *BMJ Open* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 5]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335539/>
 32. Peinado-Molina RA, Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Impact and influence of urinary incontinence on physical activity levels. *Eur Urol Open Sci* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 7]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10485778/>
 33. Stafne SN, Ulven SK, Prøsch-Bilden T, Saga S. Pelvic floor disorders and impact on sexual function: a cross-sectional study among non-sexually active and sexually active women. *Sex Med* [internet]. 2024 [citado 2026 Jan 7]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11079667/>
 34. Gallego-Gómez C, Torres-Costoso A, Martínez-Vizcaíno V, Quezada-Bascuñán CA, Martínez-Bustelo S, Basco-López JÁ, et al. Women's perceptions of urinary incontinence during the postpartum period: systematic review of qualitative evidence. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2026 [citado 2026 Mar 19]. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12905965/>
 35. Lafuente Martínez A, Ahedo Vaquero A, Salvador Pérez N, Mesanza Pablos A, Sánchez Pérez L. Educación sanitaria en ejercicios de Kegel para mejorar la incontinencia urinaria en mujeres. *Nure Inv* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 7]. Disponible em: <https://www.nureinvestigacion.es/nure/article/2422/1078>
 36. Palmer SJ. Overview of urinary incontinence. *Br J Community Nurs* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 7]. Disponible em: <https://www.magonlinelibrary.com/>

37. Chen J, Luo J. Rehabilitation therapies in pelvic floor dysfunction for women. *Journal of Community Health Nursing* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://research.ebsco/Rehabilitationtherapiesinpelvicfloor>
38. Yount SM, Fay RA, Kissler KJ. Prenatal and postpartum experience, knowledge and engagement with Kegels: a longitudinal, prospective, multisite study. *Journal of Women's Health* [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8336225/>
39. Zhu Y, Cai W, Liu S, Zhang D, Luo D, Huang S, et al. Mobile app-based self-management of urinary incontinence in pregnant women: multicenter pragmatic randomized controlled trial. *J Med Internet Res* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 5]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12331131/>
40. Chen L, Liu S, Zhang D, Cai W. Sitting on the fence: a qualitative study of perceptions regarding pelvic floor muscle training among pregnant women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Sciences* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 13]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10667308/>
41. Cruz SS, Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Haas VJ, Kusumota L. Terapia comportamental em mulheres idosas com incontinência urinária: validação de conteúdo de um protocolo. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/145195/94626>
42. Vuuren AC, Rensburg JA, Hanekom S. Practitioner's knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence. *South African Journal of Physiotherapy* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10319925/>
43. MacArthur C, Bick D, Salmon V, Jones E, Hay-Smith J, Bishop J, et al. Antenatal pelvic floor muscle exercise intervention led by midwives in England to reduce postnatal urinary incontinence: APPEAL feasibility and pilot randomised controlled cluster trial. *BMJ Open* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 17]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11751916/>
44. Assis GM, Silva CPC, Martins G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/RThjy4rJzYstdZg5NdWbf8F/?lang=en>
45. Lu J, Zhang H, Liu L, Jin W, Gao J, Min M, et al. Meta-analysis of perinatal pelvic floor muscle training on urinary incontinence. *Western Journal of Nursing Research*

- [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0193945920960779>
46. Cuesta-Paredes M, Labata-Lezaun N, Orts-Ruiz C, López-de-Celis C, Estébanez-de-Miguel E. Effectiveness of exercise therapy for postpartum urinary incontinence: systematic review. *Journal of Clinical Medicine* [internet]. 2026 [citado 2026 Jan 13]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12842356/>
 47. Sousa FR, Gomes HF, Mello LF, Peres EM, Vellasques AP, Pires BMFB, et al. Clinical management of urinary incontinence in women by family health strategy nurses. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 9]. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1368/622>
 48. Ryhtä I, Axelin A, Parisod H, Holopainen A, Hamari L. Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: umbrella review and clinical guideline development. *JBI Evidence Implementation* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 15]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37849316/>
 49. Wang Y, Zhuo Y, Yan H, Zhao R. How important is the timing and duration of pelvic floor muscle training for preventing postpartum urinary incontinence? a meta-analysis. *International Urology and Nephrology* [internet]. 2026 [citado 2026 Jan 13]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12783279/>
 50. Abu Raddaha AH, Nasr EH. Kegel exercise training program among women with urinary incontinence. *Healthcare* [internet]. 2022 [citado 2026 Jan 17]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9777910/>
 51. Mohd Fauzey NF, Muda SM, Hasan H, Nusee Z, Basha MAMK. Knowledge, attitude and practice towards pelvic floor muscle training among childbearing women. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* [internet]. 2023 [citado 2026 Jan 17]. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/aiua/article/view/11298/10738>
 52. Senbeta MD, Derribow AB, Belay A, Terefe AB, Abera M. Pelvic floor muscle exercise practice and its determinants among postpartum women in Central Ethiopia: as a strategy for preventing pelvic floor disorders. *Scientific Reports* [internet]. 2025 [citado 2026 Jan 23]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/PMC12657854/>
 53. Johannessen HH, Frøshaug BE, Lysåker PJ, Salvesen KÅ, Lukasse M, Mørkved S, et al. Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum: follow up of a randomized controlled

- trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/aogs.14010>
54. Yang X, Zhang A, Sayer L, Bassett S, Woodward S. The effectiveness of group-based pelvic floor muscle training in preventing and treating urinary incontinence for antenatal and postnatal women: a systematic review. *International Urogynecology Journal* [internet]. 2022 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9206632/>
55. Guimarães MS, Silva LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro (br) [internet]. 2016 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://journaldedados.wordpress.com/conhecendo-a-teoria-das-transicaces-e-sua-aplicabilidade>
56. Oliveira AL, Gomes BF, Vargas CA, Venâncio GR, Teixeira KC, Martins LM, et al. Teorias de Enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade. Mato Grosso do Sul: Editora Inovar [internet]. 2021 [citado 2026 Jan 24]; p. 28-29. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642889/3/Livro%20-%20Teorias%20de%20enfermagem%20relevância%20para%20a%20prática%20profissional%20na%20atualidade.pdf>
57. Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 2010 [citado 2026 Jan 3]. Disponível em: https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
58. Regulamento n.º 705/2021. Diário da República. 2.ª série. 144 (2021-07-27) p. 122-129. [citado 2026 mar. 29]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/705-2021>
59. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República. 2.ª série. 26 (2019-02-06). [citado 2026 mar. 29]. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2019/02.pdf>
60. Regulamento n.º 391/2019. Diário da República. 2.ª série. 85 (2019-05-03). [citado 2026 mar. 29]. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2019/05.pdf>
61. Lei n.º 156/2015. D.R. I Série. 181 (2015-09-16). [citado 2025 nov 3]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
62. European Centre for Disease Prevention and Control. STI cases continue to rise across Europe [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2025 Feb 10 [citado 2026 Mar 17]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-continue-rise-across-europe>

63. Regulamento n.º 743/2019. Diário da República. 2.ª série. 184 (2019-09-25). [citado 2026 Mar 18]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/regulamento/743-2019>
64. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2021 [citado 2026 Mar 18]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf>
65. Bracken O, Woodsmith A, Newell M. Pharmacological and non-pharmacological interventions for pain control in outpatient hysteroscopy: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2025 Mar [citado 2026 Mar 18];306:35-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39787964/>
66. Heaney S, Tomlinson M, Aventin Á. Termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review of the healthcare experiences and needs of parents. BMC Pregnancy Childbirth [internet]. 2022 [citado 2026 Mar 18]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9137204/>
67. Damm MF, Lou S, Sandager P, Vogel I, Prinds C, Hvidtjoern D. A time/space bubble: Expectant parents' experience of birth after termination of pregnancy due to fetal anomaly in a midwifery-led, obstetric unit for prenatal loss. Midwifery [internet]. 2025 [citado 2026 Mar 18]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/S0266613824002729>

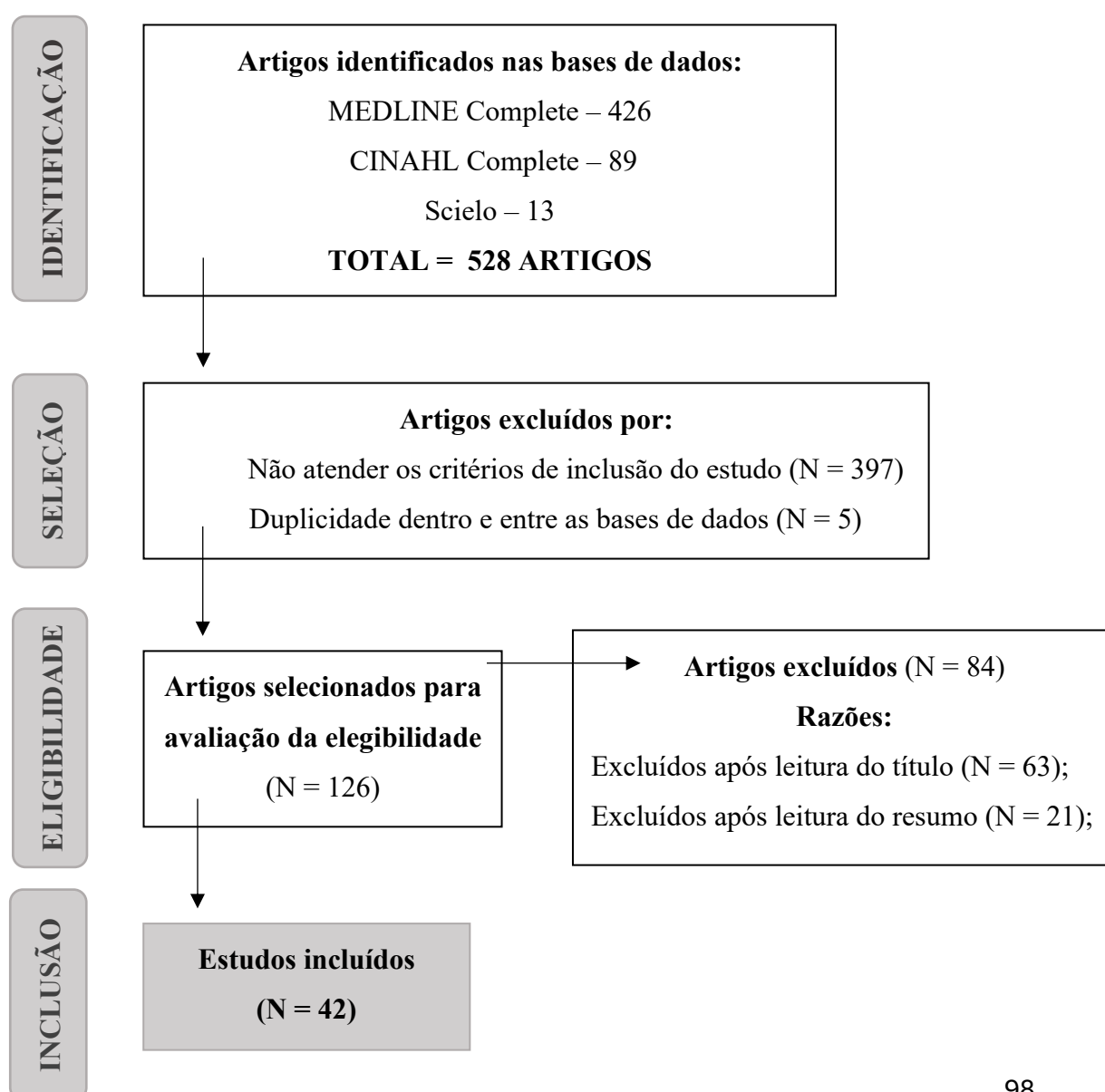
Apêndices

Apêndice I – Metodologia de Pesquisa do Relatório

Os descritores foram validados nos Descritores em Ciências da Saúde e no *Medical Subject Headings* e permitiram a elaboração das equações de pesquisa em português e inglês: [(Incontinência Urinária) AND (Diafragma Pélvico) AND (Mulheres) AND (Enfermagem)] e [(Urinary Incontinence) AND (Pelvic Floor) AND (Women) AND (Nursing)].

Como critérios de inclusão definiram-se os artigos publicados nos últimos 5 anos (Janeiro de 2021 a Janeiro de 2026) e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos científicos que abordavam outras doenças associadas e artigos científicos que não estavam diretamente relacionados ao tema principal em estudo.

Desta forma e de modo a identificar de forma clara as diferentes fases do processo de seleção de artigos científicos, foi elaborado um fluxograma PRISMA.



No âmbito da pesquisa livre utilizaram-se termos em linguagem natural como: Pavimento Pélvico, Incontinência Urinária e Teoria das Transições de Afaf Meleis. A literatura cinzenta consultada abrangeu o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, o Regulamento das Competências de Mestre, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO, documentos da Ordem dos Enfermeiros, da Associação Portuguesa de Urologia e da *International Continence Society*. Por fim, foi incluído um estudo observacional de 2017 por refletir a realidade do contexto português.

Apêndice II – Análise SWOT do Curso Luto Perinatal: Vivências e Curas de Famílias e Profissionais

ANÁLISE SWOT

FORÇAS

- Aquisição de conhecimentos sobre o Luto Perinatal;
- Exploração de estratégias de apoio eficazes;
- Promoção do autocuidado dos profissionais;
- Sensibilização para o impacto emocional nas famílias e nos profissionais de saúde;

FRAQUEZAS

- Curta duração da formação (2 horas);
- Distância para participação presencial (Porto);
- Menor proximidade relacional e menor oportunidade de interação imediata, inerente à participação em formato online;

AMEAÇAS

- Desvalorização do luto perinatal em alguns contextos;
- Abordagens inadequadas perante situações de perda;
- Rácios profissionais inadequados;
- Formação insuficiente dos profissionais nesta área;

OPORTUNIDADES

- Promoção de cuidados mais humanizados;
- Melhoria da comunicação e do apoio prestado às famílias;
- Sensibilização dos profissionais para a importância desta temática;
- Incentivo à construção e uniformização de protocolos de atuação em contexto de luto perinatal;

Apêndice III – Análise SWOT do Curso de Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros

ANÁLISE SWOT

FORÇAS

- Aquisição de conhecimentos aprofundados sobre o pavimento pélvico e as suas disfunções;
- Desenvolvimento de competências na avaliação e intervenção na pessoa com disfunções do pavimento pélvico;
- Inclusão de casos clínicos facilitadores da articulação entre teoria e prática;
- Modalidade *e-learning* facilitadora do acesso à formação;

FRAQUEZAS

- Conteúdos pouco direcionados para o âmbito específico do EEESMO;
- Abordagem centrada em áreas distintas da área de saúde materna e obstétrica;
- Ausência de componente prática presencial;
- Dificuldade de conciliação entre o curso, atividade profissional e estágio de especialidade;

AMEAÇAS

- Integração limitada de alguns conteúdos na prática do EEESMO;
- Sobrecarga formativa associada ao elevado volume de conteúdos;
- Rátios profissionais inadequados;
- Formação insuficiente dos profissionais nesta área;

OPORTUNIDADES

- Aplicação dos conhecimentos adquiridos na promoção da saúde do pavimento pélvico;
- Contributo para a melhoria da abordagem desta temática nos contextos de trabalho e estágio;
- Sensibilização das equipas multidisciplinares para a importância da reabilitação do pavimento pélvico;
- Incentivo ao desenvolvimento de formação mais específica para o EEESMO;

Apêndice IV – Análise SWOT do Curso Básico de Suturas

ANÁLISE SWOT

FORÇAS

- Aquisição de conhecimentos sobre o Luto Perinatal;
- Exploração de estratégias de apoio eficazes;
- Promoção do autocuidado dos profissionais;
- Sensibilização para o impacto emocional nas famílias e nos profissionais de saúde;

FRAQUEZAS

- Curta duração da formação (2 horas);
- Distância para participação presencial (Porto);
- Menor proximidade relacional e menor oportunidade de interação imediata, inerente à participação em formato online;

AMEAÇAS

- Desvalorização do luto perinatal em alguns contextos;
- Abordagens inadequadas perante situações de perda;
- Rácios profissionais inadequados;
- Formação insuficiente dos profissionais nesta área;

OPORTUNIDADES

- Promoção de cuidados mais humanizados;
- Melhoria da comunicação e do apoio prestado às famílias;
- Sensibilização dos profissionais para a importância desta temática;
- Incentivo à construção e uniformização de protocolos de atuação em contexto de luto perinatal;

Apêndice V – Sessão de Educação para a Saúde no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária



Fortalecimento do Pavimento Pélvico

Prevenção da Incontinência Urinária

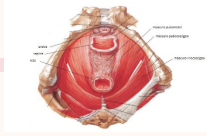
Realizado por:
Mariana Gonçalves Ruz

Orientado por:
EESMO
Professora Dora Carneiro

CS
LIBSQA

O que é o Pavimento Pélvico? 1-4

O pavimento pélvico é uma estrutura anatómica composta por fibras musculares que envolvem e suportam o conteúdo pélvico.



Mantém:

- Postura;
- Posição anatómica dos órgãos reprodutivos;
- Controlo muscular voluntário para micções e dejeções;
- Função sexual;

DURANTE A GRAVIDEZ ESTES MÚSCULOS SERVEM DE SUPORTE AO FETO E DURANTE O PARTO, AUXILIAM NA SUA PASSAGEM.

Quais os Fatores de Risco? 4

GRAVIDEZ E PARTO

- RN GRANDE PARA A IDADE GESTACIONAL;
- PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO;
- USO DE OXITOCINA;
- USO DE FÓRCEPS OU VENTOSA;



Quando devidamente fortalecido, o pavimento pélvico previne disfunções pélvicas.

Quais são as disfunções pélvicas? 1-4

- Prolapso dos órgãos pélvicos;
- Dor na relação sexual;
- Obstipação;
- Dor ao urinar;
- Dor lombar;
- Incontinência urinária;
- Incontinência fecal;

Incontinência Urinária 5-9

A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina, existindo 3 condições diferentes.

- IU de esforço;
- IU de urgência;
- IU mista;

Na população feminina com idades entre os 20 e os 59 anos, a prevalência varia entre 25% e 28%.

FATORES DE RISCO 6,8

- Aumento da idade/ menopausa;
- Obstipação;
- Condições médicas pré-existent;
- Alterações cognitivas/ dificuldades motoras;
- Cirurgias ginecológicas/pélvicas;
- Consumo de tabaco, álcool e/ou cafeína;
- Falta de atividade física;
- Gravidez e Parto;

↳ Prevalência entre 0,7% e 15%



Exercícios de Kegel 10,11

QUANDO FAZER?

Associar a uma rotina diária, por exemplo na altura de lavar os dentes ou colocar creme na cara.

COM QUE FREQUÊNCIA?

A prescrição destes exercícios deve ser individualizada. No entanto se não existir nenhuma condição clínica, e segundo a Associação Portuguesa de Urologia, deverão ser realizados 1 vez por dia, 10 ciclos, com intervalos de 20 segundos entre as contrações.

DOIS TIPOS DE CONTRAÇÕES

CONTRAÇÃO RÁPIDA: fundamental para o pavimento pélvico adaptar-se ao aumento da pressão intra-abdominal, como ocorre, por exemplo, durante a tosse ou o riso;

CONTRAÇÃO LENTA (manter durante 10 segundos): contribui para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico;



Exercícios de Kegel^{10,11}

COMO SABER QUE MÚSCULOS CONTRAIR?

1. **Comece a urinar:** Inicie o fluxo de urina normalmente.
2. **Pare o fluxo:** Tente interromper o fluxo de urina. **! NÃO VOLTE A REPETIR ESTE EXERCÍCIO !**
1. **Identifique os músculos:** Os músculos que contraem para parar a urina são os músculos do pavimento pélvico, que devem ser contraídos nos exercícios de Kegel.
2. **Verifique a contração:** Pode tentar inserir um dedo na vagina e tentar apertar o dedo com os músculos do pavimento pélvico, para confirmar se está a contrair os músculos certos.
3. **Não contraia outros músculos:** Evite contrair os músculos do abdômen, glúteos ou coxas, pois isso pode dificultar a identificação dos músculos do pavimento pélvico e pode não ser eficaz para os exercícios.
4. **Pode pedir ajuda:** Se tiver dificuldade em identificar ou contrair os músculos, consulte um Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.



NÃO ESPERE QUE OS SINTOMAS APAREÇAM. A SAÚDE COMEÇA DE DENTRO PARA FORA.

MAIS CONTROLO
MAIS CONFORTO
MAIS QUALIDADE DE VIDA

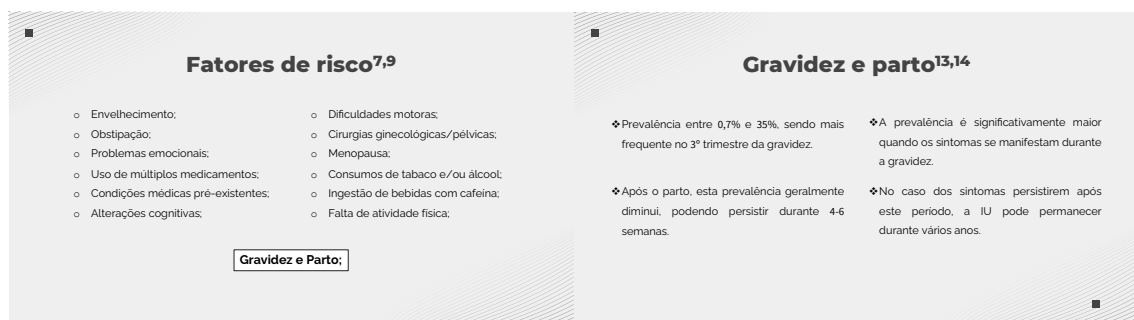
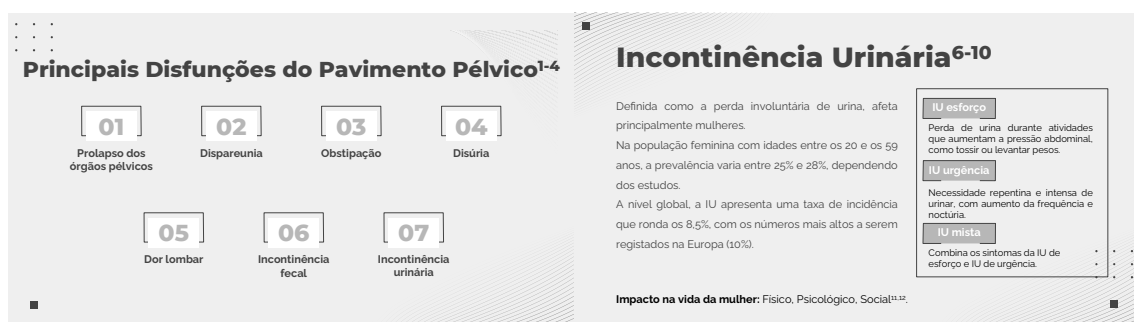
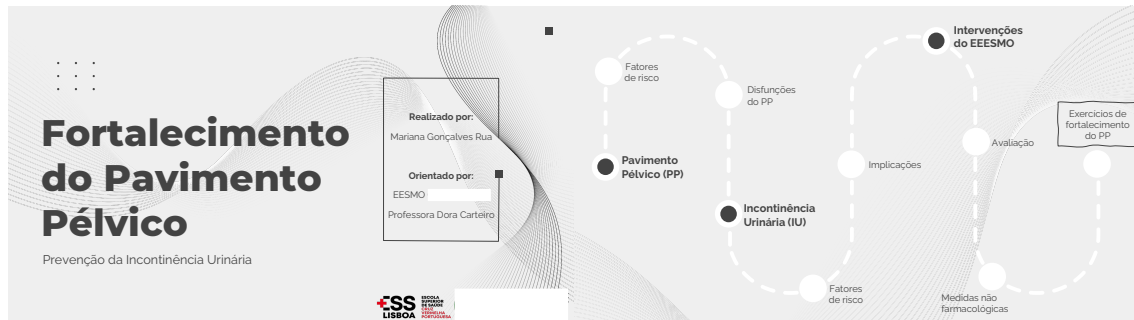
Referências Bibliográficas

1. Ferreira CS, Fernandes DS, Fries AM. Preparação do Pavimento Pélvico Materno no Período Pré-parto: Intervenções de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. In: Fries AM, editor. *Enfermagem Materna e Obstétrica e cuidar no parto e no pós-parto*. Guanabara - São Paulo: Científica digital; 2023. p. 105-112.
2. Bonfatti B, Sugumar K, Leslie SW. *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor*. StatPearls [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK462202/>
3. Pinho C. Eficácia e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Distúrbio do Pavimento Pélvico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://rpe.rea.pt/index.php/revista/article/view/285>
4. Quadros RA, Arnalim D, Nascimento MS, Sousa NM, Correia RM. Análise dos efeitos dos exercícios do assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de eventos de incontinência urinária no pós-parto. In: Farias MJ, Correia RM. *Diagnóstico do Saber e o Diálogo Multidisciplinar*. Epitafio: E-Books; 2023 [cited 2024 Nov 11]; p. 247-266. Available from: <https://portal.unb.br/cd/revista/index.php/revista/article/view/1175>
5. Van Veenen AJ, Van Rensburg JA, Jacobs L, Haverkorn S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. *International urogynecology journal* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 11]; 32(2): 485-98. Available from: <https://search.proquest.com/ergonomics/docview/264549412?pq-ri=1&db=vh&hlw=0>
6. Simões T, Silva C, Costa F. Incontinência Urinária Feminina. *Associação Portuguesa de Urologia* [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 11]; 12(4): 79-82. Available from: <https://openstigma.pt/wp-content/uploads/2018/12/1nc-artigo-fem.pdf>
7. Haggblom C, Wikström B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian journal of caring sciences* [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 11]; 21(2): 180-2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6724.2007.01489.x>
8. Braga FC, Silva GR, Carvalho SO, Taveira CB, Santos ML, Sousa ML. Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. *REAS* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 11]; 28(2): 287. Available from: <https://reavonline.com.br/index.php/revista/article/view/12392>
9. Martins R, Nunes T, Naves A. Incontinência Urinária Feminina e o Papel da Enfermagem. *Revista Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <http://revista.institucional.uern.br/index.php/revista/1249576/477>
10. Silveira TS, Cabral FD. Benefícios da prática dos exercícios de Kegel aplicada em gestantes. *REAS* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 11]; 28(2): 302-308. Available from: <https://reavonline.com.br/index.php/revista/article/view/12414>
11. Costa VT, Barbosa AC. A importância do fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação. *XXI Simpósio Internacional De Ciências Integradas Da Unesp* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.unesp.br/documentos/1285-the-importance-of-pelvic-floor-strengthening-during-pregnancy-a-literature-review/16>

Avaliação da Sessão



Apêndice VI – Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Grávidas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária



Gravidez e parto^{13,14}

❖ A prevalência da IU de esforço tanto na gravidez (82,11%), como no pós-parto (82,93%), contrasta com a IU de urgência e mista com percentagens entre os 17,88% na gravidez e os 9,76% a 15,85% no pós-parto.

❖ Torna-se claramente uma problemática que deverá ser abordada pelo EEESMO.

→ Num estudo realizado no Porto entre 2013 e 2014, 48,5% das mulheres relataram que não foram abordadas com esta temática da IU e os seus sintomas durante a vigilância pré-natal.

Intervenções do EEESMO

AVALIAÇÃO DA IU

→

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DO PP

Intervenções do EEESMO^{7,10,14,15}

➤ **Avaliação da Incontinência Urinária**
Diagnóstico (anamnese detalhada e exame físico):

Perineómetro


Posição ginecológica após repouso de 15 minutos, realiza 3 contrações com 30 segundos entre elas, considerando o valor médio entre as 3.

Cateter vaginal


Após esvaziamento da bexiga, a mulher coloca um penso (que foi pesado) e ingere 1L água e realiza exercícios que aumentam a pressão intra-abdominal. É avaliado por fim, novamente o peso do penso.

Padtest


3 contrações com intervalos de 1 minuto, considerando-se a contração que atingiu maior valor. Esta avaliação é realizada através da escala de Oxford modificada.

Avaliação manual


3 contrações com intervalos de 1 minuto, considerando-se a contração que atingiu maior valor. Esta avaliação é realizada através da escala de Oxford modificada.

Intervenções do EEESMO^{7,9,10,16,17}

Escala de Oxford Modificada

- 0 - Ausência de resposta muscular;
- 1 - Esboço de contração não sustentada;
- 2 - Presença de contração de pequena intensidade, mas que sustenta;
- 3 - Contração moderada, sentida com um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal;
- 4 - contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica;
- 5 - contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Medidas não farmacológicas

- o Perda de peso;
- o Redução de cafeína;
- o Redução de alimentos picantes;
- o Redução de frutas cítricas;
- o Redução de chá;
- o Redução de chocolate;
- o Aumento da ingestão de líquidos;
- o Fortalecimento da musculatura do PP;

Principal obstáculo: elevada taxa de desistência por parte das mulheres.
Benefícios evidentes a partir dos 3 meses.

Exercícios de Fortalecimento do PP¹⁸⁻²²

Exercícios de Kegel:

- 3 vezes por dia;
- Esvaziar a bexiga;
- Realizar as contrações;

➔ **Contrações rápidas:** adaptar-se ao aumento de pressão intra-abdominal;

➔ **Contrações lentas:** para fortalecimento do pavimento pélvico

→ Associação Portuguesa de Urologia: 10 segundos de contração, seguida de um relaxamento de 20 segundos, 10 ciclos, com um descanso de 1 minuto no final de cada série.

Uso de cones vaginais: funcionam como halteres, através do peso e gravidade:

★ Estes dois métodos combinados proporcionam uma resposta sensorial mais imediata e eficiente.

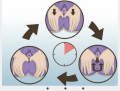
Exercícios de Fortalecimento do PP¹⁸⁻²²

Epi-No:

- Insuflado: exerce pressão sobre a parede vaginal (alongamento);
- Desinsuflado: sensação do nascimento do feto durante o parto;
- Promove: redução da IU, diminuição das lesões perineais associadas ao parto;

Massagem perineal:

- Durante a gestação para prevenir disfunções do PP e reduzir o risco de lesões perineais;
- 1 ou 2 vezes por semana, entre as 34-35 semanas de gestação;
- Inserção dos polegares lubrificados, realizando movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até que os tecidos distendam e manter durante 1 a 2 minutos;
- Na porção inferior da vagina massajar com movimentos em "U" durante 2 a 3 minutos;



A saúde começa de dentro para fora.



Referências Bibliográficas

1. Ferreira CS, Fernandes DB, Fries AM. Preparação do Pavimento Pélvico Materno no Período Pré-parto: intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. In: Fries AM, editor. Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto. Guanabara - São Paulo: Científica digital; 2023. p. 103-112.
2. Bordini B, Sugumar K, Leslie SW. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor. StatPearls [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK492000/>
3. Pinto V, Esquivel V. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 3]. 65(1). Available from: <https://rper.apes.pt/index.php/rper/article/view/205>
4. Quadros RA, Armelino B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RR. Análise dos efeitos dos exercícios do assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de eventos de incontinência urinária no pós-parto. In: Farias HP, Correia RR. Dimensões do Saber e o Diálogo Multidisciplinar. Epláya E-Books; 2023 [cited 2024 Nov 13]. p. 247- 256. Available from: <https://portal.eplaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/935/775>
5. Boeira JT, Silva YP, Furtanetto MG. O papel da fisioterapia pélvica na atenção primária à gestante: uma revisão integrativa. Fisioterapia Brasil [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 13]. 22(6): 912-925. Available from: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/4483/7505>

Referências Bibliográficas

6. Van Vuuren AJ, Van Rensburg JA, Jacobs L, Hanekom S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. International urogynecology journal [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 15]. 32(9): 485-99. Available from: <https://research.ebsco.com/c/pla337/search/details?form=2&43db-mdc>
7. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. Associação Portuguesa de Urologia [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 15]. Acta Urológica. 24(1): 79-82. Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/01/nc-urin-fem.pdf>
8. Häggglund D, Wadsten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. Scandinavian journal of caring sciences [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 15]. 21(3): 305-12. Available from: <https://research.ebsco.com/c/pla337/search/details?43db-mdc>
9. Braga FC, Silva GR, Carvalho SO, Tavares CB, Santos ML, Sousa NL. Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. RACS [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 15]. 23(7). Available from: <https://scs.uem.br/index.php/saude/article/view/9269>
10. Martins R, Nunes T, Menezes A. Incontinência Urinária Feminina e o Papel da Enfermagem. Repositório Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <http://repositorio.unirn.edu.br/ppu/handle/123456789/477>

Referências Bibliográficas

11. Alencar JM, Lira L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. Revista Salud Pública [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 15]. 21(4): 390-397. Available from: <https://www.scielo.org/pt/pdf/rsap/2019/v21n4/390-397.pdf>
12. Campilios MN, González RM, Berlango J, Crespo R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Enferm Nefrol. 2021; 24(1): 25-37. Available from: <https://scielo.scilites/pdf/enfnef/v24n1/2255-9517-enfnef-24-01-03.pdf>
13. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. Revista Científica da Ordem dos Médicos [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.admedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7177/5107>
14. Sabota DM, Bezerra KC, Vasconcelos JA, Bezerra LR, Oria MO, Vasconcelos C. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. Revista Brasileira da Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 6]. 71(3). Available from: <https://www.scielo.br/r/enfer/aCT2n687n3rnhN6E5S6SDPq/clang-0f6mformal.pdf>
15. Sanches PR, Ramos JG, Schmidt AP, Nickel SA, Chaves CM, Jr DP, Muller AF, Nohama P. Correlation between modified oxford scale and perineometry measurements in incontinent patients. Revista HCPA [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 17]. 30(2): 125-130. Available from: <https://www.ufmg.br/index.php/hcpa/article/view/15999/8894>
16. Neto AB, Gehlen I. A elaboração do projeto. In: Porto Alegre - Ed. Da UFRGS; 2018. p. 25-40.

106

Referências Bibliográficas

17. Teunissen DT, Stegeman MM, Bor HH, Lagro-Janssen TA. Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. *BMC urology* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://research.education.com/login.aspx?direct=true&db=med&AN=6063970&lang=pt&site=education.com>
18. Preda A, Moreira S. Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Revista científica da Ordem dos Médicos* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 17]. 32011: 721-726. Available from: <https://www.student.actamedicaporuguesa.com/vpp-content/uploads/2019/11/2019-2-63674-1-58.pdf>
19. Silveira TS, Cabral FD. Benefícios da prática dos exercícios de Kegel aplicada em gestantes. *REASE* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 17]. 7(12): 392-406. Available from: <https://periodicosase.por.br/rasee/article/view/3416/1341>
20. Costa EF, Barbosa AC. A importância do fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação. *XIX Simpósio Internacional De Ciências Integradas Da Unesp* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.unesp.br/ibic/importance-of-pelvic-floor-strengthening-during-pregnancy-a-literature-review/ibic>
21. Andrade AR, Pontes AF, Santos IC. Qual o efeito de exercícios de Kegel e do uso de cones vaginais para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico? *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 17]. 12(3). Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25475/22759>
22. Sousa IM. A Massagem Perineal Durante A Gravidez Na Prevenção Do Trauma Perineal. *IPorto: Escola Superior de Enfermagem do Porto*. 2021. 112 p.

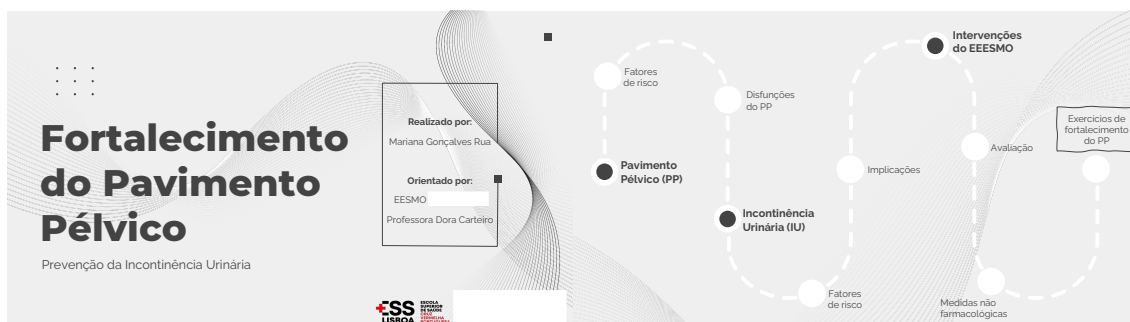
**OBRIGADA
pela vossa
presença !**

Alguma questão que queiram colocar?



Avaliação da sessão

Apêndice VII – Sessão de Formação em Serviço no Internamento de Puérperas com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária



Pavimento Pélvico¹⁻⁴

O PP (figura 1), é uma estrutura anatómica complexa constituída por fibras musculares que envolvem e suportam o conteúdo pélvico.

- Anterior ou urinário (bexiga, colo da bexiga e uretra);
- Médio ou genital (vagina e útero);
- Posterior (reto, canal anal e sigmoide);
- Peritoneal (fáscia endopélvica e membrana perineal);

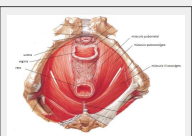


Figura 1: Vista inferior do pavimento pélvico com destaque aos músculos que compõem o músculo levantador do reto⁴

Funções do Pavimento Pélvico^{2,3}

01	02	03	04
Sistema respiratório	Sistema músculo-esquelético	Sistema Reprodutivo	Gravidez
↑ Eficiência respiratória; ↓ Resistência ao respirar.	Movimento e estabilização da pelve; Mantém a postura estabilizando a coluna vertebral.	Suporte dos órgãos pélvicos; Controlo dos esfíncteres; Apoio na função sexual.	Sustenta o feto; Facilita a passagem do feto no canal de parto.

Gravidez e Parto⁴

Com estimativas de que a cabeça fetal seja quatro vezes maior que o diâmetro do hiato urogenital, no período expulsivo existe um aumento de tensão dos músculos do PP (figura 2).

► MAIOR FATOR DE RISCO PARA AS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- RN grande para a idade gestacional (GIG)
- Período expulsivo prolongado
- Uso de Oxitocina
- Parto vaginal assistido por fórceps e/ou ventosa



Figura 2: Vista inferior do pavimento pélvico no período expulsivo⁴

► MAS PORQUÊ?

A GRAVIDEZ É UM PROCESSO FISIOLÓGICO COMPLEXO QUE PROVOCA INÚMERAS MUDANÇAS NO CORPO FEMININO⁵.

01 HIPERVOLÊMIA	02 CRESCIMENTO FETAL
COMO CONSEQUÊNCIA	
↑ Peso corporal; Alterações hormonais.	

Destacam-se as funções da **progesterona** e da **relaxina**, hormonas que promovem o aumento da flexibilidade nas articulações e ligamentos, sendo essenciais para a adaptação do corpo à gestação e ao parto^{1,6}.

Principais Disfunções do Pavimento Pélvico¹⁻⁴

01 Prolapso dos órgãos pélvicos	02 Dyspareunia	03 Obstipação	04 Disúria
05 Dor lombar	06 Incontinência fecal	07 Incontinência urinária	

Incontinência Urinária⁶⁻¹⁰

Definida como a perda involuntária de urina, afeta principalmente mulheres.

Na população feminina com idades entre os 20 e os 59 anos, a prevalência varia entre 25% e 28%, dependendo dos estudos.

A nível global, a IU apresenta uma taxa de incidência que ronda os 8,5%, com os números mais altos a serem registados na Europa (10%).

Impacto na vida da mulher: Físico, Psicológico, Social^{11,12}.

IU esforço

Perda de urina durante atividades que aumentam a pressão abdominal, como tossir ou levantar pesos.

IU urgência

Necessidade repentina e intensa de urinar, com aumento da frequência e noctúria.

IU mista

Combina os sintomas da IU de esforço e IU de urgência.

Fatores de risco^{7,9}

- Envelhecimento; - Obstipação; - Problemas emocionais; - Uso de múltiplos medicamentos; - Condições médicas pré-existentes; - Alterações cognitivas;	- Dificuldades motoras; - Cirurgias ginecológicas/pelvicas; - Menopausa; - Consumos de tabaco e/ou álcool; - Ingestão de bebidas com cafeína; - Falta de atividade física;
--	---

Gravidez e Parto:

Gravidez e parto^{13,14}

- Prevalência entre 0,7% e 35%, sendo mais frequente no 3º trimestre da gravidez. - Após o parto, esta prevalência geralmente diminui, podendo persistir durante 4-6 semanas.	- A prevalência é significativamente maior quando os sintomas se manifestam durante a gravidez. - No caso dos sintomas persistirem após este período, a IU pode permanecer durante vários anos.
--	--

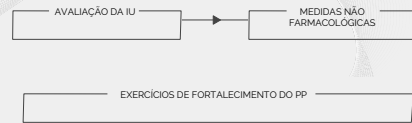
Gravidez e parto^{13,14}

❖ A prevalência da IU de esforço tanto na gravidez (82,11%), como no pós-parto (82,93%), contrasta com a IU de urgência e mista com percentagens entre os 17,88% na gravidez e os 9,76% a 15,85% no pós-parto.

❖ Torna-se claramente uma problemática que deverá ser abordada pelo EEESMO.

→ Num estudo realizado no Porto entre 2013 e 2014, 48,5% das mulheres relataram que não foram abordadas com esta temática da IU e os seus sintomas durante a vigilância pré-natal.

Intervenções do EEESMO



Intervenções do EEESMO^{7,10,14,15}

Avaliação da Incontinência Urinária

Diagnóstico (anamnese detalhada e exame físico):

Presença de lacerações vaginais;

Avaliação da força da musculatura do PP.

Perineómetro



Posição ginecológica após repouso de 15 minutos, realiza 3 contrações com 30 segundos entre elas, considerando o valor médio entre as 3.

Cateter vaginal



Padtest



Após esvaziamento da bexiga, a mulher coloca um penso (que foi pesado) e ingere 1L água e realiza exercícios que aumentam a pressão intra-abdominal. É avaliado por fim, novamente o peso do penso.

Avaliação manual



3 contrações com intervalos de 1 minuto, considerando-se a contração que atingiu maior valor. Esta avaliação é realizada através da escala de Oxford modificada.

Intervenções do EEESMO^{7,9,10,16,17}

Escala de Oxford Modificada

- 0 - Ausência de resposta muscular;
- 1 - Esboço de contração não sustentada;
- 2 - Presença de contração de pequena intensidade, mas que sustenta;
- 3 - Contração moderada, sentida com um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal;
- 4 - contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise pública;
- 5 - contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise pública.

Medidas não farmacológicas

- o Perda de peso;
- o Redução de cafeína;
- o Redução de alimentos picantes;
- o Redução de frutas cítricas;
- o Redução de chá;
- o Redução de chocolate;
- o Aumento da ingestão de líquidos;
- o Fortalecimento da musculatura do PP;

Principal obstáculo: elevada taxa de desistência por parte das mulheres;
Benefícios evidentes a partir dos 3 meses.

Exercícios de Fortalecimento do PP¹⁸⁻²²

Exercícios de Kegel:

- 3 vezes por dia;
- Esvaziar a bexiga;
- Realizar as contrações;



Contrações rápidas: adaptar-se ao aumento de pressão intra-abdominal;
Contrações lentas: para fortalecimento do pavimento pélvico

Associação Portuguesa de Urologia: 10 segundos de contração, seguida de um relaxamento de 20 segundos, 10 ciclos, com um descanso de 1 minuto no final de cada série.

Uso de cones vaginais: funcionam como halteres, através do peso e gravidade;



Estes dois métodos combinados proporcionam uma resposta sensorial mais imediata e eficiente.

Exercícios de Fortalecimento do PP¹⁸⁻²²

Epi-No:

- Insuflado: exerce pressão sobre a parede vaginal (alongamento);
- Desinsuflado: sensação do nascimento do feto durante o parto;
- Promove: redução da IU, diminuição das lesões perineais associadas ao parto;

Massagem perineal:

- Durante a gestação para prevenir disfunções do PP e reduzir o risco de lesões perineais;
- 1 ou 2 vezes por semana, entre as 34-35 semanas de gestação;
- Inserção dos polegares lubrificados, realizando movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até que os tecidos distendam e manter durante 1 a 2 minutos;
- Na porção inferior da vagina massajar com movimentos em "U" durante 2 a 3 minutos;



No puerpério^{14...}

Vulnerabilidade emocional: baby blues, ansiedade;
Autoimagem corporal alterada;
Medos e inseguranças quando à recuperação sexual e física.

Promover a recuperação física e emocional da puérpera:

- Apenas iniciar alguma intervenção quando a mesma demonstrar interesse e disponibilidade, respeitando sempre o ritmo da puérpera.

Educação para a saúde sobre a temática e a necessidade de procura de ajuda quando necessário;

- Promoção da autoestima e autocuidado;
- Apoio emocional e encaminhamento quando necessário;

Prevenir complicações perineais e disfunções do pavimento pélvico;

- O aconselhamento de exercícios do pavimento pélvico no pós-parto deve ser individualizada;
- Partos sem complicações, pode-se iniciar nas primeiras 48h e progredir para exercícios mais intensos, com reavaliação clínica, de forma leve e orientada e após 6 semanas.

A saúde começa de dentro para fora.



Referências Bibliográficas

1. Ferreira CS, Fernandes DB, Frias AM. Preparação do Pavimento Pélvico Materno no Período Pré-parto: Intervenções da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. In: Frias AM, editor. Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto. Guanaju - São Paulo: Científica digital; 2023. p. 103-112.
2. Bordon B, Sugumar K, Leslie SW. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor. StatPearls [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482020/>
3. Pinto V, Esquivel V. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 3]; 5(1). Available from: <https://rper.apet.pt/index.php/rper/article/view/205>
4. Quadros RA, Almeida B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RR. Análise dos efeitos dos exercícios do assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de eventos de incontinência urinária no pós-parto. In: Farias VP, Correia RR, Dimendios do Sabre e o Diálogo Multidisciplinar: Epitafio E-Books; 2023 [cited 2024 Nov 13]; p. 247- 266. Available from: <https://portal.epitafio.com.br/index.php/ebooks/article/view/3145/775>
5. Boeira JT, Silva YP, Furlanetto MG. O papel da fisioterapia pélvica na atenção primária à gestante: uma revisão integrativa. Fisioterapia Brasil [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 13]; 22(9): 942-945. Available from: <https://convergenciaseidol.com.br/index.php/fisioterapiaibrazil/article/view/4483/7595>

Referências Bibliográficas

6. Van Vuuren AJ, Van Rensburg JA, Jacobs L, Henskom S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. International urogynecology journal [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 15]; 31(3): 485-99. Available from: <https://research.ebsco.com/c/pdq39/search/details/0/mwz28k3db-mdc>
7. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. Associação Portuguesa de Urologia [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 15]. Acta Urológica. 24(1): 79-82. Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/apuro-fem.pdf>
8. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. Scandinavian journal of caring sciences [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 15]; 21(3): 305-12. Available from: <https://research.ebsco.com/c/pdq39/search/details/1/bef6aggu3db-mdc>
9. Braga FC, Silva GR, Carvalho SO, Tavares CB, Santos ML, Sousa NL. Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. REAS [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 15]; 23(7). Available from: <https://ojs.ufrn.br/index.php/rea/article/view/33592>
10. Martins R, Nunes T, Menezes A. Incontinência Urinária Feminina e o Papel da Enfermagem. Repositório Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <http://repositorio.unir.br/riopi/handle/123456789/477>

Referências Bibliográficas

11. Alencar JM, Lira L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Revista Salud Publica* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 15]; 23(4): 390-397. Available from: <https://www.scielo.br/rsp/pdf/rsp/2019/v23n4/299-297.pdf>
12. Campilhos MN, González RM, Berlango J, Crespo R. Incontinência urinária: causas y cuidados de enfermería. *Enferm Nefrol*. 2021; 24(1): 25-37. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/enfero/v24n1/2555-3517-enfero-24-01-03.pdf>
13. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos* [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://www.actamedicaporluguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7323/5307>
14. Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos JA, Bezerra LR, Onia MO, Vasconcelos C. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 9]; 71(9). Available from: <https://www.scielo.br/rbde/pdf/rbde/v71n09/21962-3414rbde-2018.pdf>
15. Sanchez PR, Ramos JG, Schmidt AP, Nickel SA, Chaves CM, Jr DP, Muller AF, Nishama P. Correlation between modified oxford scale and perineometry measurements in incontinent patients. *Revista HCPA* [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 17]; 30(2): 125-130. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/13999/8894>
16. Neto AB, Gehlen I. A elaboração do projeto. In: Porto Alegre - Ed. Da UFRGS; 2018. p. 25-40.

Referências Bibliográficas

17. Teunissen DT, Stegeman MM, Bor HH, Lagro-Janssen TA. Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. *BMC urology* [Internet]. 2015 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://www.biomedcentral.com/issn-1471-2268/doi-10.1186/s12958-015-0110-8>
18. Preda A, Moreira S. Incontinência Urinária do Estágio e Distúrbio Sexual Feminino: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Revista científica da Ordem dos Médicos* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 17]; 36(11): 721-726. Available from: <https://www.student.actamedicaporluguesa.com/wp-content/uploads/2019/11/12019-49274-1-PB.pdf>
19. Silveira TS, Cabral FD. Benefícios da prática dos exercícios de Kegel aplicados em gestantes. *REASE* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 17]; 7(12): 392-406. Available from: <https://periodicoeise.pro.br/reaase/article/view/3445/3141>
20. Costa EF, Barbosa AC. A importância do fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação. *XIX Simpósio Internacional De Ciências Integradas Da Uniaerp* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.uniaerp.br/the-importance-of-pelvic-floor-strengthening-during-pregnancy-a-literature-review/16>
21. Andrade AR, Pontes AF, Santos IC. Qual o efeito de exercícios de Kegel e do uso de cones vaginais para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico? *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 17]; 11(1). Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23975/23759>
22. Sousa RM. A Massagem Perineal Durante A Gravidez Na Prevenção Do Trauma Perineal. [Porto]: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2021. 112 p.

**OBRIGADA
pela vossa
presença !**

Alguma questão que queiram colocar?

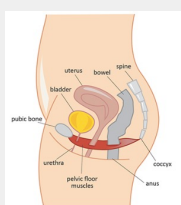


Avaliação da sessão

Apêndice VIII – Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos com o tema Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária



Anatomia Pelvipereineal



Pélvis
Estrutura músculo-esquelética composta pelos ossos da bacia e várias camadas de músculos, encerrada inferiormente pelo pavimento pélvico. O pavimento pélvico é atravessado por algumas estruturas como a uretra, o canal vaginal e recto.

Anatomia Pelvipereineal

Os músculos do **pavimento pélvico** são constituídos por **2 tipos de fibras musculares**:

Fibras tipo I (70%)
Capazes de realizar contrações durante longos períodos de tempo e apresentam elevada resistência à fadiga. Contribuem para a manutenção do tônus muscular, essencial para a continência.

Fibras tipo II (30%)
Capazes de contrações mais fortes, rápidas e eficazes, embora por curtos períodos de tempo. Resposta a aumentos de pressão intra-abdominal como: tosse, riso, espirros, etc.

Funções do Pavimento Pélvico

01

Sistema respiratório

- ↑ Eficiência respiratória;
- ↓ Resistência ao respirar;

02

Sistema músculo-esquelético

- Movimento e estabilização da pelve;
- Mantém a postura estabilizando a coluna vertebral;

03

Sistema Reprodutivo

- Suporte dos órgãos pélvicos;
- Controlo dos esfíncteres;
- Apoio na função sexual;

04

Gravidez

- Sustenta o feto;
- Facilita a passagem do feto no canal de parto;

Considerações anatomofisiológicas na gravidez, parto e pós-parto

Gravidez:

- **Expansão do útero:** afeta a forma do abdómen e a geometria da musculatura abdominal (diafragma, pavimento pélvico e abdominais);
- **Aumento da progesterona:** relaxamento ligamentar e instabilidade das articulações;
- **Produção de relaxina:** secretada desde o 1º trimestre da gravidez pelo corpo lúteo;
 - Degradação da elastina (resiliência e elasticidade muscular);
 - Modificação do colágeno (força e estabilidade dos tecidos);



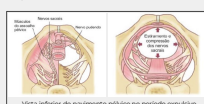
- Enfraquecimento dos ligamentos;
- Diminuição da tensão do tecido conjuntivo;
- Aumento da mobilidade nas estruturas anatómicas em geral

Considerações anatomofisiológicas na gravidez, parto e pós-parto

Parto:

- Descida da cabeça do feto: deformação dos músculos do pavimento pélvico e aumento da pressão durante várias horas;
- Danos mecânicos no pavimento pélvico e isquémia;
- Alongamento excessivo estimula a libertação de collagenase, aumentando a degradação de colágeno;
- O parto vaginal pode conduzir a roturas ligamentares;

Com estimativas de que a cabeça fetal seja quatro vezes maior que o diâmetro do hiato urogenital, no período expulso existe um aumento de tensão dos músculos do PP.



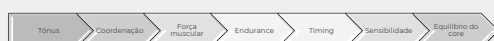
Considerações anatomofisiológicas no envelhecimento

- ↓ da espessura muscular dos esfíncteres;
- Alterações na proporção das fibras musculares: ↑ das fibras tipo I (lentas) e ↓ das fibras tipo II (rápidas);
- ↓ dos níveis de estrogénio na menopausa, ↓ da síntese de colágeno e ↑ da rigidez dos tecidos;
- ↓ do rácio entre fibras musculares e tecido conjuntivo;
- ↓ da sensação vesical e anal: incontinência urinária e fecal;
- Alterações degenerativas no SNC e SNP: alterações na função, coordenação e força muscular;



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Condição na qual os músculos do pavimento pélvico não funcionam adequadamente.



FATORES DE RISCO DE DISFUNÇÃO DO PP

MODIFICÁVEIS
• Obesidade: IMC > 25 Kg/m² e PA > 80 cm; • Obstipação; • Tabagismo: pode irritar o detrusor e desencadear IUU; reduz a produção de colágeno, provoca dano nervoso, diminui o fluxo sanguíneo e conduz ao desequilíbrio na reparação tecidual e formação de pontos-gatilho; • Sedentarismo; • Exercícios de elevado impacto; • Consumo de álcool e/ou cafeína: efeito diurético, a cafeína pode irritar o revestimento vesical;

FATORES DE RISCO DE DISFUNÇÃO DO PP

Gravidez e Parto: representam o maior risco para as disfunções do pavimento pélvico.

- Idade > 30 anos;
- Partos prévios;
- Parto vaginal distócico;
- Parto vaginal quando o feto está em posição occipito-posterior;
- 2ª fase do trabalho de parto com duração superior a 1h;
- Danos no esfíncter anal durante o parto;
- Peso do RN > 4 Kg;
- Perímetro cefálico do RN > 35,5 cm;



FATORES DE RISCO DE DISFUNÇÃO DO PP

Gravidez e Parto: representam o maior risco para as disfunções do pavimento pélvico.

- Idade > 30 anos;
- Partos prévios;
- Parto vaginal distócico;
- Parto vaginal quando o feto está em posição occipito-posterior;
- 2ª fase do trabalho de parto com duração superior a 1h;
- Danos no esfíncter anal durante o parto;
- Peso do RN > 4 Kg;
- Perímetro cefálico do RN > 35,5 cm;

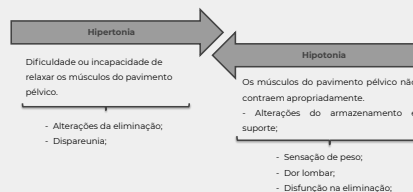


FATORES DE RISCO DE DISFUNÇÃO DO PP

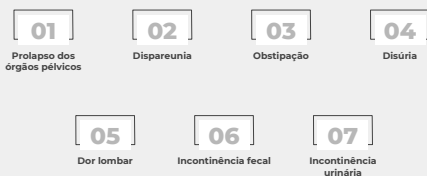
Medicamentos:

- Diuréticos: ↑ produção de urina;
- IECA: tosse;
- Antidepressivos, analgésicos opiáceos: interferir na contração do detrusor e causar/exacerbar obstipação;
- Antibióticos: diarreia;
- Bloqueadores alfa: diarreia, tosse e alterações urinárias;
- Antimuscarrínicos/anticolinérgicos: diarreia ou obstipação;
- Sedativos: afeta a capacidade de reconhecer a plenitude vesical;

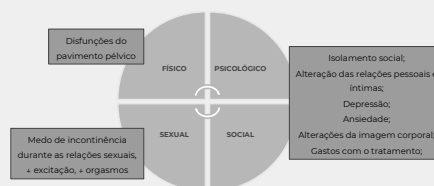
SINTOMATOLOGIA DE DISFUNÇÃO DO PP



Principais Disfunções do Pavimento Pélvico



IMPACTO BIOPSSICOSSOCIAL DA DISFUNÇÃO DO PP

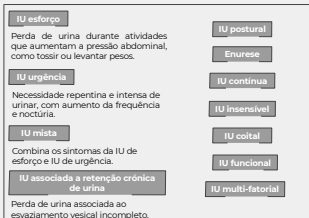


INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Definida como a perda involuntária de urina, afeta principalmente mulheres.

Na população feminina com idades entre os 20 e os 59 anos, a prevalência varia entre 25% e 28%, dependendo dos estudos.

A nível global, a IU apresenta uma taxa de incidência que ronda os 8,5%, com os números mais altos a serem registados na Europa (10%).



IU – NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

- Prevalência entre 0,7% e 35%, sendo mais frequente no 3º trimestre da gravidez.
- Após o parto, esta prevalência geralmente diminui, podendo persistir durante 4-6 semanas.
- A prevalência é significativamente maior quando os sintomas se manifestam durante a gravidez.
- No caso dos sintomas persistirem após este período, a IU pode permanecer durante vários anos.
- A prevalência da IU de esforço tanto na gravidez (82,1%), como no pós-parto (82,93%), contrasta com a IU de urgência e mista com percentagens entre os 17,88% na gravidez e os 9,76% a 15,85% no pós-parto.

Num estudo realizado no Porto entre 2013 e 2014, 48,9% das mulheres relataram que não foram abordadas com esta temática da IU e os seus sintomas durante a vigilância pré-natal.

Questionário rápido



<https://www.mindmatters.com/pt/home>

IU ESFORÇO VS IU URGÊNCIA

	IU ESFORÇO	IU URGÊNCIA
Fatores desencadeantes	Esforço de acordo com os graus: I – tosse, riso, espirro II – marcha, cargas, desporto III – mínimo esforço	Espontânea Por vezes, percepção de água a correr, "chave à porta"...
Forma de aparecimento	Posição ortostática Inesperadamente	Variável Sensação de urgência miccional intensa e dolorosa
Tipo	Jato breve e pouco abundante Sincronia com o esforço	Perda abundante
Frequência miccional	Normal	Polaquilúria, noctúria, enurese
Percepção pela doente	Tentativa de inibição contraindo as coxas	Perda percebida sem inibição possível
Dor associada	Ausente	Pode estar presente

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Escala de Oxford Modificada:

*ESCALA DE OXFORD MODIFICADA

A escala de Oxford modificada é uma escala graduada em 6 pontos, na qual meios números ou + e - podem ser adicionados quando a contração se posiciona entre dois graus, desta forma a escala é expandida para uma escala de 15 pontos, quando + e - são usados:

0 = sem contração
1 = esboço de contração
2 = fraca
3 = moderada (com elevação da parede vaginal)
4 = satisfatória (com elevação da parede vaginal)
5 = forte (com elevação da parede vaginal)

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

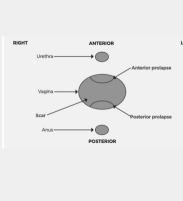
PERFECTR:

Box 1. PERFECTR method of pelvic floor muscle assessment

P (power) – grade of muscle strength according to Modified Oxford Grading
E (endurance) – time in seconds during which patient can tighten pelvic floor before muscle strength is reduced by 50% (usually around 10 seconds per contraction)
R (repetition) – number of PFMcs patient can perform allowing 4 seconds rest between each (usually around 10)
F (fast) – number of fast PFMcs patient can perform, contracting muscles as strongly as possible and relaxing them as quickly as possible
E (elevation) – does the posterior vaginal wall lift during PFMc?
C (co-contraction) – do the lower abdominal muscles (ancillary muscles) contract during PFMc?
T (timing) – synchronous involuntary contraction of pelvic floor muscles on coughing
R (relax) – ability to relax between PFMc

PFMC = pelvic floor muscle contraction.
Source: Adapted from Heaman and Laycock (2008)

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO



PERFECTR element									
	P	E	R	F	E	C	T	R	
Score	3	5	4	7	✓	✓	✗	✓	

➤ A utente é capaz de realizar uma contração dos músculos do pavimento pélvico com força de grau 3 na Escala de Oxford Modificada, sustentando a contração durante 5 segundos. Realiza 4 contrações com estas características.

➤ É capaz de realizar 7 contrações rápidas.

➤ Durante a contração observa-se elevação da parede vaginal posterior e contração dos músculos abdominais. A utente não realiza contração dos MPP síncrona com a tosse.

➤ É capaz de relaxar os músculos do pavimento pélvico entre contrações.

PODEM SER NECESSÁRIOS EXAMES COMPLEMENTARES, TAIS COMO ESTUDOS URODINÂMICOS

INTERVENÇÕES NA PESSOA COM DISFUNÇÃO DO PP

Principal obstáculo: elevada taxa de desistência por parte das mulheres;
Benefícios evidentes a partir dos 3 meses.



MODIFICAÇÃO DE ESTILOS DE VIDA

Perda de peso:

- Recomendada a perda de peso não cirúrgica;
- Por cada Kg perdido, existe uma redução de 3% de probabilidade de incontinência urinária num ano;

Exercício Físico:

- Exercício moderado diminui incidência da incontinência urinária;

Tabaco:

- Aumenta o risco de incontinência urinária;
- Frequência urinária melhora com abstinência;

MODIFICAÇÃO DE ESTILOS DE VIDA

Modificações na dieta:

- Supressão de cafeína diminui os episódios de incontinência urinária de urgência;
- A restrição de líquidos está desaconselhada por risco de desidratação;
- Pode-se reduzir 25% desde que o total não seja inferior a 1l/dia;
- Recomenda-se ingestão de 1,5l a 2l/dia;

Obstipação:

- Maior risco de IU – aconselhar medidas para regularizar o trânsito intestinal;

REEDUCAÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Treino de hábitos:

- Através de um diário miccional, é identificado o padrão de eliminação vesical da pessoa, incluindo os episódios de incontinência urinária;
- É definido um horário de utilização do sanitário com o objetivo de prevenir os episódios de incontinência urinária;
- Não é feita qualquer alteração aos hábitos da pessoa.

Treino vesical:

Corrigir padrões errôneos de frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência urinária, aumentar os intervalos entre micções, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir os episódios de incontinência e devolver a confiança à pessoa de que consegue controlar a eliminação vesical.

Mínimo 6 semanas

REEDUCAÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Treino vesical:

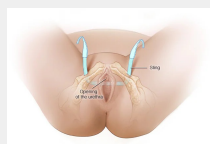
- Identificar o intervalo mais longo entre micções (sem presença de incontinência urinária);
- A pessoa deve tentar urinar após esse intervalo, quer tenha vontade de urinar ou não;
- O intervalo entre micções é gradualmente aumentado entre 15 e 30 minutos por semana, de acordo com a tolerância da pessoa até se atingir um intervalo de cerca de 3/4 horas entre micções.

Se a vontade de urinar surgir antes do intervalo estabelecido:

- Permanecer imóvel;
- Contração dos músculos do pavimento pélvico;
- Distrair-se com atividades como realizar um telefonema ou ler;
- Respirações profundas;
- Relaxamento;
- Pensamentos de afirmação ("eu controlo a minha vontade de urinar").

↓
Quando a urgência urinária desaparecer a pessoa deve caminhar calmamente para o sanitário, procurando cumprir o intervalo estipulado.

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E ABORDAGEM CIRÚRGICA



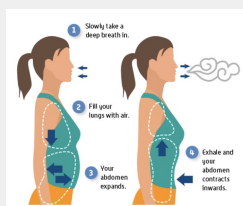
FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Informação:

- Onde estão localizados os músculos do pavimento pélvico e as suas funções (usar imagens e modelos anatómicos);
- Opções de tratamento;
- Perspetivas realistas (resultados ao fim de 3 meses) – hipertrofia em 6 a 8 semanas;
- Existe maior evolução nas primeiras semanas de exercício, sendo necessário um trabalho intenso para ganho adicional em fases posteriores;
- Reforçar que o sucesso do programa está muito dependente da adesão da pessoa;

- Pode existir uma melhoria dos sintomas relacionados com a IU sem ainda ter havido melhoria observável da contratibilidade;
- A fadiga dos MPP pode conduzir a um agravamento temporário dos sintomas urinários;

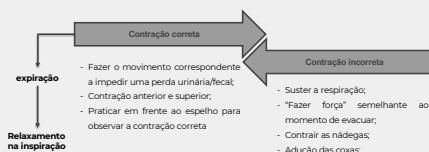
FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP



Respiração diafragmática:

1. Inspirar pelo nariz;
2. Distensão abdominal inferior simultânea com a inspiração – colocar a mão acima do osso púbico para facilitar o reconhecimento da zona a elevar;
3. Expirar pela boca, contraindo a musculatura abdominal.

FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP



FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Princípios:

- **Força:** cargas máximas e baixo número de repetições (fibras rápidas);
- **Resistência:** baixas cargas e elevado número de repetições (gradualmente aumenta-se a duração e o número de repetições);

Várias sessões diárias

Programa de treino: Urinar imediatamente antes do treino;

FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Exemplo de programa:

12 semanas	
No domicílio	Três séries diárias, em pé, sentada e deitada:
	• 10 contrações lentas (com aumento progressivo de sustentação até 10 segundos, seguidas de tempo de relaxamento duas vezes superior ao tempo de contração); • 10 contrações rápidas (sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento).
Sessão semanal presencial	• Respiração diafragmática; • Fortalecimentos dos MPP; • Treino funcional dos MPP (contração antes de esforços como tosse, espirro e levantamento de peso e mantém essa contração até ao final de cada esforço); • Alongamentos.

FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Supervisão:

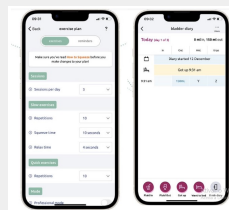
Além da avaliação inicial deve ser realizada uma avaliação intermédia e no final do programa.

- Avaliar a capacidade de contração e relaxamento dos MPP;
- Individualizar o programa às capacidades da pessoa, necessidades individuais e objetivos;
- Avaliar a presença de dor ou desconforto;
- Encorajamento para dar continuidade ao programa.

Provado que os **exercícios hipopressivos** (inspirações e expirações lentas e profundas) **aumentam a consciência muscular** dos músculos do pavimento pélvico e são **eficazes na ativação do transverso abdominal que atua em conjunto com os músculos do pavimento pélvico**.

FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Aplicações:



FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Na gravidez e pós-parto:

- Programa de fortalecimento dos MPP supervisionado (**pelo menos**) a partir da 20ª semana de gravidez;
- No período pós-parto na mulher com seguintes fatores de risco no parto:
 - o Parto vaginal assistido por fórceps ou ventosa;
 - o Parto vaginal com o bebé na posição occipito-posterior;
 - o Dano no esfíncter anal.
- Antes da alta da maternidade e nos cuidados de rotina pós-natais, a mulher deve ser encorajada a fazer exercícios de fortalecimento dos MPP.

Mas quando no pós-parto?

- Atividade física de baixa intensidade após o parto, incluindo **caminhada ligeira** e **exercícios de fortalecimento dos MPP** e progressão para a atividade moderada a vigorosa (iniciar nas primeiras 12 semanas pós-parto) quando as lacerações ou incisões tiverem cicatrizado suficientemente e não existir aumento dos lóquios com a atividade;
- A recomendação do início desta atividade deve ser individualizada, gradual e baseada nos sintomas que a mulher apresenta.

FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Eletroterapia: carece de pesquisa e investigação para utilizar nos cuidados de enfermagem

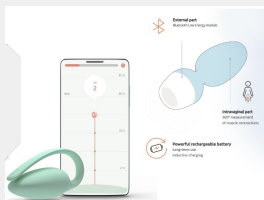
Biofeedback:

- Adjuvante dos exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, podendo ser usado numa fase inicial;
- Objetivo: consciencializar a pessoa da função muscular, motivar, melhorar a adesão;
- A visualização da contração muscular durante as sessões corrige a utilização dos músculos do pavimento pélvico e melhora a intensidade, duração e rapidez da contração;
- Pode ser visual, sonoro ou uma combinação de ambos;
- Habitualmente prescrito em pessoas com força inferior ou igual a 3 e quando existe dificuldade na contração correta dos músculos do pavimento pélvico;



FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Biofeedback – no domicílio



FORTELECIMENTO DA MUSCULATURA DO PP

Cones vaginais:

Quando?

Se a mulher não for capaz de realizar uma contração eficaz dos músculos do pavimento pélvico.

Mas...

Pode resultar numa diminuição do fluxo sanguíneo, fadiga muscular e dor, com recrutamento de outros músculos em detrimento do pavimento pélvico.

Podem ser desaconselhados pelos efeitos adversos reportados:

- Vaginite;
- Perda hemática;
- Dor ou desconforto vaginal;
- Retenção do cone.



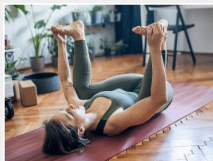
Como:

Introduzir e manter o cone, em posição ortostática (parada ou a desambular). Quando o conseguir sustentar por 20 minutos nessa posição, o programa avançará para a utilização de um cone de peso superior.

INTERVENÇÕES NA HIPERTONIA DOS MÚSCULOS DO PP

Respiração diafragmática: Aplicada com precaução para não agravar a sintomatologia.

Posições de relaxamento:



INTERVENÇÕES NA HIPERTONIA DOS MÚSCULOS DO PP

Massagem perineal:

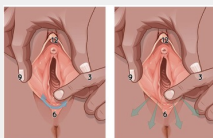
Quando são identificados pontos-gatilho miofasciais fazer massagem suave – libertar tensão, aumentar fluxo sanguíneo e proporcionar mais mobilidade muscular.

1. Local calmo, sem interrupções;
2. Higiene das mãos e lubrificante vaginal;
3. Posição confortável (decúbito dorsal, decúbito lateral, uso de almofadas);
4. Relaxamento antes da massagem: respiração diafragmática;
5. Massagem externa: 30 a 90 segundos de massagem em movimentos circulares no períneo.

INTERVENÇÕES NA HIPERTONIA DOS MÚSCULOS DO PP

Massagem perineal – interna:

- Realizada com indicador ou polegar;
- Iniciar às 6h aplicando pressão suave, no sentido contrário aos ponteiros do relógio;
- Identificar pontos de tensão e fazer pressão durante cerca de 30 a 90 segundos ou movimentos circulares;
- Repetir do lado contralateral.
- Evitar massagem entre as 11.00 e as 1.00.



DÚVIDAS



A saúde começa de dentro para fora.



Bibliografia

1. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 122/201. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011 [citado 2025 Out 9]. Disponível em:

Bibliografia

26. South Warwickshire University Hospitals NHS Foundation Trust. Bladder retraining [Internet]. M3305, Warwick (UK): South Warwickshire University Hospitals NHS Foundation Trust; 2012 [cited 2025 Oct 16]. Disponível em: <https://www.southwch.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/09/Bladder-retraining-M3305.pdf>
29. Burgin XL, Goode PS. Bladder training and behavioural training. In: Haslam J, Laycock J, editors. Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders. 2nd ed. London: Springer; 2009 [cited 2025 Oct 16]; p. 171-8. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4471-766-5.pdf>
30. Lopes MRBM, Costa JN, Lima JLD, Oliveira LDR, Castano AS. Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência [Internet]. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017 [cited 2025 Oct 16]; 70(1): 23-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbde/pdf/70n01/a02.pdf>
31. Dawson-Smith I, Bucher SA, Jaeger RJ, Garcia AJ, McEwen M, Bauman N, et al. 2025 Canadian guideline for physical activity, sedentary behaviour and sleep throughout the first-year post partum [Internet]. British Journal of Sports Medicine. 2025 Mar 25 [cited 2025 Oct 16]; 59(8): 515-526. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/59/8/e029033.full.pdf>

**OBRIGADA
pela vossa
presença !**

Alguma questão que queiram colocar?

A saúde começa de dentro para fora.



<https://www.southwch.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/09/Bladder-retraining-M3305.pdf>



Apêndice IX – Manual do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade



MANUAL DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE POSITIVA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA
Elaborado por estudantes do 1º MESTMO
Enfermeira Carla Gonçalves, (nº 9245) e Enfermeira Mariana Rios, (nº 9241)
Orientadora Clínica
Orientadoras Pedagógicas: Professora Maria de Jesus Macieira e Professora Dora Cartão

6.8. Segurança do recém-nascido.....	76
6.9. Lactação.....	81
6.9. Vigilância da saúde e sinais de alarme.....	81

Bem-vindos à nova etapa da vossa vida!

Este é um momento verdadeiramente único, que marca uma nova etapa repleta de emoções intensas e experiências transformadoras. Sabemos que a espera e os primeiros passos na parentalidade podem ser um turbilhão de sentimentos e dúvidas, mas também são momentos de profunda alegria e esperança.

Dessa forma, criámos este manual como o coração cheio de carinho, com a missão de vos apoiar, orientar e acompanhar nesta jornada. O nosso objetivo é fornecer informações claras, úteis e práticas que permitam viver este momento com confiança, serenidade e, acima de tudo, com a tranquilidade de saber que estão preparados para as mudanças e os desafios que virão. Sabemos que cada caminho é único, por isso, todas as orientações aqui presentes são pensadas para se ajustar às vossas necessidades e ao vosso ritmo.

Ao longo deste manual, encontraremos informações detalhadas sobre o processo de gravidez, o parto e o pós-parto e as primeiras semanas de vida do vosso bebé. Procuramos incluir dicas e estratégias para ajudar a criar de vós próprios pequenos felizes pais, porque a cidade e o bem-estar também são essenciais para que possam dar o melhor ao vosso bebé.

Não só queremos apoiar a vossa preparação física e emocional para o nascimento, mas também fortalecer o vínculo familiar desde o início. A parentalidade começa antes do nascimento, e este manual foi pensado para ser uma companhia fiel ao longo de toda essa caminhada.

Pretendemos que se sintam sempre confortáveis e seguros e entendemos que este é um período repleto de perguntas e, por vezes, de incertezas. Por isso, no final de cada capítulo tem uma folha em branco para poderem apontar perguntas que tenham ou até alguns tópicos mais importantes a retêr.

O nosso compromisso é estar ao vosso lado oferecendo o melhor suporte possível. Queremos que se sintam confortáveis e preparados para o que está por vir, para que possam viver a chegada do vosso bebé com a serenidade de quem sabe que tem as ferramentas necessárias para enfrentar o que se avizinha.

Com carinho,

A equipa de

1. DESCONFORTOS DO 3º TRIMESTRE

Cada mulher tem a sua forma de sentir e

viver a gravidez, repleta de sentimentos e

emoções novas.

No decorrer da gestação há modificações fisiológicas, psicológicas e sociais desde a primeira semana até ao final da gestação, originando desconfortos no decorrer da gravidez^{1,2}.



Náuseas e/vómitos

Cerca de 85% das grávidas têm enjoos no primeiro trimestre, podendo, no entanto, prolongar-se no 2º e 3º trimestre da gestação. Ocorrem principalmente de manhã, mas podem manifestar-se a qualquer momento do dia^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Fazer refeições ligeiras de 2 em 2 horas, evitando jejuns prolongados;
- Ingerir alimentos leves e fáceis de digerir (ovos, frutas, cereais, etc.) e evitar alimentos de difícil digestão (fritas, molhos, gorduras, etc.);
- Antes de levantar, comer 2 e/ou 3 bolachas, tostas ou 1 peça de fruta;
- Após a ingestão de alimentos, se náuseada, não higienizar os dentes imediatamente;
- Reforçar hidratação (beber cerca de 1,5L de água)^{1,2};
- Iniciar administração de medicação - antieméticos, se indicação por profissional de saúde^{1,2}.

Hiperexcitabilidade Mamária

No início da gravidez, as mamas começam a aumentar de tamanho e tornam-se mais firmes e sensíveis. Estas mudanças acompanham toda a gravidez e têm um importante propósito: **preparar o corpo para a amamentação**^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Utilizar sutiã confortável;

- Comunicar ao profissional de saúde qualquer sinal de dor ou sensação de ardor a urinar^{1,2}.

Céibras

Ocorrem devido à alteração do equilíbrio cálcio/flúido, ao aumento de peso do feto e da dificuldade acrescida no retorno sanguíneo. São mais frequentes nos membros inferiores^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Fazer dorsoflexão do pé no momento da cálcia;
- Aplicar calor húmido na zona afetada;
- Evitar o uso de vestuário apertado;
- Praticar exercício físico, exceto se contraindicação clínica;
- Dar preferência a alimentos ricos em cálcio e magnésio;
- Reforçar reforço hídrico (ingerir 2 a 3 litros de água por dia)^{1,2}.

Varizes e edemas

No terceiro trimestre, as varizes ocorrem, entre outros fatores, pelo aumento de volume de sangue em circulação e porque as pernas sustentam o maior^{1,2}.



Estratégias ou recomendações:

- Evitar permanecer de pé ou sentada por longos períodos sem mexer as pernas;
- Condição a peso;
- Usar vestuário confortável de tamanho adequado e de algodão;
- Utilizar meias de compressão adequada para o alívio e prevenção de complicações (70 ou 40 mmHg) e vestir após período de pelo menos 15m de repouso;
- Alternar períodos de descanso e exercício (marcha moderada);

Índice

1. DESCONFORTOS DO 3º TRIMESTRE.....	5
2. HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....	13
2.1. Massagem perineal.....	13
2.2. Exercícios de Kegel.....	16
3. GRAVIDEZ.....	22
3.1. Mala da Maternidade.....	22
3.2. Plano de Parto.....	24
4. TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	27
4.2. Indução do trabalho de parto.....	30
4.3. Tipos de trabalho de parto.....	32
4.4. Posições no trabalho de parto.....	33
4.5. Sinais de alarme e de alerta.....	38
5. PUERPÉRIO.....	42
5.1. Adaptações psicoemocionais e sociais.....	42
5.2. Sinais de alarme no puerpério.....	46
5.3. Parentalidade.....	49
5.4. Exercício físico.....	50
6. RECÉM-NASCIDO.....	54
6.1. Amamentação.....	54
6.2. Doação de leite materno.....	65
6.3. Competências e características do recém-nascido.....	65
6.4. O sono do recém-nascido.....	67
6.5. Alimentação do recém-nascido.....	68
6.6. Eliminação do recém-nascido.....	71
6.7. Cuidados de higiene ao recém-nascido.....	72

- Usar um soutien adequado, que suporte as mamas sem as comprimir;
- Aplicar diariamente um creme hidratante;
- Se tiver prurido (comichão), evitar friccionar ou esfregar a pele e sim aplicar novamente creme hidratante;
- Se verificar a presença de colúmbio utilizar discos de proteção para manter a pele seca e íntegra, substituindo-os frequentemente^{1,2}.



Alterações na pele

A pele sofre transformações ao longo da gravidez devido às alterações hormonais, levando um maior estímulo na produção de melanina (substância que dá cor à pele)^{1,2}.

No rosto podem surgir manchas escurecidas – pinto ou cloasma. Os mamilos e a vagina ficam mais escuros e a “linha negra” (linha escura que aparece verticalmente na barriga) torna-se mais visível^{1,2}.

A alteração da pigmentação é normal e tende a desaparecer após o parto. Podem também aparecer algumas estrías. Estas surgem, normalmente, nas costas, barriga e mamas^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Evitar exposição solar prolongada;
- Aplicar diariamente um creme com fator de proteção solar elevada (SPF 50) e adequado ao tipo de pele, bem como um sérum anti manchas de manhã e à noite;
- Aplicar, desde o início da gravidez, até ao período pós-parto, cremes hidratantes nas zonas que costumam ser mais afetadas por estrías^{1,2}.

Dor lombar e cefálica

A medida que o volume abdominal vai aumentando, pode surgir desconforto na região lombar com irradiação para as pernas, devido ao aumento de peso^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Fazer períodos de repouso;

- Nos períodos de repouso permanecer com as pernas elevadas, mas sempre apoiadas na sua totalidade;
- Realizar duche com água fria e massagear suavemente^{1,2}.

Hemorroidas

Surgem porque as veias à volta do ânus e reto ficam distendidas, devido ao aumento da pressão do sangue causada pela compressão do feto^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Reforço hídrico;
- Dieta rica em fibras (laranja, kiwi, ameixa, sementes de papoula e vegetais);
- Evitar a obstipação;
- Praticar exercício físico regular – caminhadas;
- Aplicar gelo no local^{1,2};
- Eventual medicação se iniciada¹.

Dispnéia (Dificuldade respiratória)

Pode resultar da elevação do diafragma (pelo aumento do feto), principalmente no 3º trimestre) e do excesso de progesterona, que por si só causa aumento da frequência respiratória^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Manter uma postura correta;
- Evitar esforço físico, ambientes poluídos e quentes;
- Utilizar almofadas suplementares, quando sentada ou deitada;
- Inspirar profundamente antes de dormir (exercícios respiratórios de relaxamento);
- Evitar roupas fechadas;
- Caminhar ao ar livre^{1,2}.

Azeite

A azeite é uma sensação de queimadura ou ardor logo abaixo do peito que pode surgir até à gravidez, originando um sabor amargo. Durante a gravidez, a válvula entre o

- Evitar longos períodos em pé e não cruzar as pernas quando estiver sentada;
- Colocar um saco de água quente na zona que sentir desconforto e massagear suavemente;
- Utilizar uma de grávida com faixa de sustentação;
- Usar sapatos confortáveis (sapatos baixos com cerca de 3 cm no máximo);
- Quando se agachar fazer flexão das pernas e não do tronco;
- Utilizar almofadas suplementares quando sentada^{1,2}.

Obstipação

O aumento da progesterona durante a gravidez provoca um aumento do relaxamento muscular, reduzindo os movimentos do intestino e aumentando o tempo de permanência dos alimentos no mesmo^{1,2}.

Alguns medicamentos podem provocar obstipação, nomeadamente, ferro, vitaminas e antídotos. No entanto nunca abusem de medicação sem a orientação de um profissional de saúde. O padrão intestinal pode ficar afetado devido à compressão do intestino pelo aumento do feto^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Fazer uma alimentação rica em fibra (fruta, legumes, cereais integrais, laranja);
- Reforçar reforço hídrico (ingerir 2 a 3 litros de água por dia);
- Praticar atividade física regular (salvo contraindicação clínica);
- Iniciar administração de medicação - laxantes, se indicação por profissional de saúde^{1,2}.

Aumento da frequência urinária

Necessidade de urinar mais frequentemente deve-se a alterações hormonais e também ao aumento do volume do feto, que pressiona a bexiga^{1,2}.

Estratégias ou recomendações:

- Diminua a ingestão de líquidos antes de dormir;
- Manter cuidados e higiene perineal (higiênização com sabonete neutro, realizando a limpeza desde os lábios vaginais em direção ao ânus, nunca o contrário);

119

[illegible]

- | | | | |
|-----|---|----|--|
| 13. | Fisioterapia e Tempos Ocupacionais. Curso de Graduação em Fisioterapia, 2013/2014. 2º Semestre. Mar | 15 | Disponível em: http://www.fisioterapiaonline.com.br/viewArticle.aspx?id=1000141 |
| 14. | Neto, M. L. Dapilante de Souza. <i>Repetição e off-line. Anais da Pp. [internet]</i> 2017 [cited 2015 March 9]. Available from: http://www.fisioterapiaonline.com.br/0001414 | 9 | |
| 15. | Preda e Maresca. A Insustentabilidade Urbana de Evidência e Definição Segundo Ferramentas de Avaliação da Realização da Participação. <i>Revista de Fisioterapia, Fisioterapia, Fisioterapia e Fisioterapia</i> [internet]. 2019 [cited 2015 March 9]. 72(11): 721-726. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035068X19300036 | 9 | |
| 16. | Milivojevic TS, Calad JD. Benefícios da prática dos exercícios de Kegel após a cesárea. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 9-19. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 17. | Quadros RA, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 18. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 19. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 20. | Ferreira CS, Fernandes DM, Dias AM. Preparação da Pós-Operatória Pós-Vitória: uma revisão de literatura. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 21. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 22. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 23. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 24. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 25. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 26. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 27. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 28. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 29. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 30. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 31. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 32. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 33. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | 9 | |
| 34. | Correia R, Azeiteiro B, Nascimento MS, Souza NM, Correia RE. Análise dos efeitos do exercício de assoalho pélvico versus outras intervenções na prevenção de incontinência urinária. <i>Revista Brasileira de Fisioterapia</i> [internet]. 2015 [cited 2015 March 9]. 19(1): 1-10. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1519070715000134 | | |

[illegible]

Relativamente à roupa do bebé, é recomendável retirar as etiquetas e lavá-la previamente com água morna e sabão neutro, de modo a evitar possíveis irritações na pele sensível do recém-nascido. A escolha de tecidos deve ser cuidadosa, preferindo-se roupas de algodão, que são suaves. Deve-se evitar materiais como lã e fibras sintéticas, pois podem causar desconforto ou alergias⁵.

- 4 camisas de dormir ou pijamas com abertura à frente de modo a facilitar a amamentação;
- 1 Robe;
- Chinelos de quarto e chinelos de banho;
- Produtos e objetos de higiene pessoal;
- Roupa interior (cuecas e soutiens de amamentação);
- Creme e discos protetores para os mamilos;
- Medicamentos que toma habitualmente;
- Roupa e sapatos confortáveis para o dia da alta.

- Roupas íntimas; pijama, chinelos e necessaire com produtos de higiene (caso o pai possa pernoitar na instituição);
- Carregador de telemóvel e máquina fotográfica;

- 2 Górgios;
- 1 Manta para aconchegar o bebé;
- 3 Fraldas de pano;
- 1 Escova ou pente de cabelo;
- Cadeira de transporte homologada para o carro;
- 4 "Bodys" interiores;
- 4 Conjuntos de roupa exterior;
- 4 Casacos de Malha (de acordo com a estação do ano)
- 4 Pares de botinhas ou meias.

- Boletim de Saúde da grávida;
- Análises, ecografias e outros exames que tenha feito ao longo da gravidez;
- Cartão de beneficiário de subsistema de saúde ou seguro de saúde (se aplicável);
- Cartão de Cidadão (nº de identificação, nº de Contribuinte e nº da Segurança Social.



- Deve ser consultado com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde, e a Lei e as boas práticas clínicas;
- O plano de parto favorece a autonomia da grávida e/ou casal, ao fornecer informações sobre diversas opções, como métodos de alívio da dor, posição no trabalho de parto e cuidados ao recém-nascido. Também contribui para reduzir intervenções desnecessárias, promovendo um cuidado mais humano e respeitoso. O Enfente Esperante em Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel crucial ao promover a educação em saúde, acolhimento e apoio contínuo durante a gravidez, ajudando a grávida/casal a elaborar e compreender o seu plano de parto, fortalecendo a confiança e promovendo uma maior relação de laço. Além disso, a atuação do enfermeiro como mediador e defensor dos direitos da mulher contribui para um cuidado mais humanizado, respeitando os valores e desejos da grávida.

[illegible]

O trabalho de parto é um dos momentos mais esperados e ao mesmo tempo mais desafiadores na gravidez. É o momento em que o corpo da mãe se prepara para dar à luz, e o bebê inicia a sua jornada para o mundo exterior. Embora cada parto seja único, é importante estarem bem informados sobre o que esperar, para que se possam sentir mais confiantes e preparados para enfrentar esse processo.

Quando deverá ocorrer o parto?

A gravidez tem uma duração média de 40 semanas. O ideal é que o parto aconteça entre as 37 e as 42 semanas de gestação, período denominado "termo da gravidez". Os bebês que nascem dentro deste intervalo têm uma probabilidade reduzida de enfrentar complicações nos primeiros dias de vida.

Quando o parto ocorre antes das 37 semanas de gestação, o bebê é considerado pré-termo e apresenta um risco aumentado de complicações nas primeiras horas ou dias de vida, como dificuldades respiratórias, infecções, hemorragias, entre outras. Quanto mais cedo o parto acontecer, maior a probabilidade de surgirem essas complicações.

Em alguns casos, o parto prematuro é uma decisão necessária, especialmente quando os riscos para a saúde da mãe ou do bebê são elevados e a continuidade da gravidez representaria uma ameaça maior.

Quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, os riscos de complicações para o bebé aumentam gradualmente. Por esse motivo, é frequentemente recomendada a indução do parto alguns dias antes de atingir esta data, com o objetivo de reduzir os potenciais riscos para a saúde do bebé.

Possu ter um parto provocado?

Se a sua gravidez estiver próxima das 42 semanas e não começar espontaneamente o trabalho de parto, poderá sugerir a indução do parto, tendo em conta os riscos mencionados anteriormente.

Em certas situações específicas da gravidez, assim como em certas condições de saúde pré-existent, pode ser necessário induzir o parto, até mesmo antes das 37 semanas.

A cesariana impede que venha a ter incontinência na futura?

A gravidez aumenta a probabilidade de desenvolver incontinência urinária e de sofrer um prolapso (descida) dos órgãos genitais ao longo da vida. Embora as mulheres que tinham parto por cesariana apresentem um risco até 40% menor de enfrentar essas complicações, a cesariana não garante que elas não ocorram. As possibilidades permanecem, embora com uma redução do risco em relação ao parto vaginal.

Possu ter um parto normal após ter tido uma cesariana?

Para muitas mulheres que tiveram uma cesariana anterior, o parto normal é uma opção viável e desejada na gravidez seguinte.

O parto normal é doloroso?

É natural que muitas grávidas sintam receio do trabalho de parto, especialmente na primeira vez. Contudo, com técnicas modernas para aliviar a dor, o processo é muito menos doloroso do que no passado. Um ambiente tranquilo e a presença de um acompanhante ajudam a tornar a experiência mais calma e positiva.

4.1. Fisiologia do trabalho de parto

Considera-se início do trabalho de parto quando se iniciam contrações regulares e com sensação dolorosa, podendo dividir-se em 4 estádios, com características e tempos bem definidos^{2,3}.

1. Primeiro estágio: Aproximam-se as contrações e dilatação do colo^{2,3}

- Fase latente: 0-3 cm e contrações irregulares; Alguns métodos de alívio: Respiração, massagem, duche, bicicleta, andar e deitar.
- Fase ativa: deve ir para a maternidade, 4-10 cm e contrações regulares; Alguns métodos de alívio: Respiração, massagem, duche, bicicleta, andar + fármacos.

2. Segundo estágio: Período expulso^{2,3}

- 10cm: Percorrer o canal + força materna + gravidade + contrações e bebê.

3. Terceiro estágio: Desprendimento (rotura da placenta)^{2,3}

- Minutos após o nascimento, pode-se estar a fazer contacto pele a pele com o recém-nascido e amamentação.

4. Quarto estágio: Período imediato (2h pós-parto)^{2,3}

Antecedentes de diabetes de ombos, suspeita de macrosomia, ansiedade e desconforto materno na gravidez².

Contraindicações:

- Cirurgia uterina;
- Antecedentes de rotura uterina;
- Infecção ativa por herpes genital;
- Placenta prévia ou via prévia;
- Hemorragia genital com significado clínico;
- Apresentação fetal não cefálica transversa;
- Prolapso do cordão umbilical;
- Incompatibilidade feto-pélvica absoluta;
- CTG preocupante;
- Carcinoma invasivo do colo².

4.3. Tipos de trabalho de parto

Parto Normal

Definido como sendo um processo que se inicia, desenvolve e completa-se com o nascimento espontâneo de um feto de termo, sem intervenção médica. Em Portugal, desde 2012, considera-se ainda parto normal mesmo com a realização de rotura artificial de membranas, episiotomia, monitorização fetal contínua e administração de fármacos³.

Parto Distócico

Pode-se dividir em 3 categorias distintas: o parto pélvico (nidegápis)/jefelhus apresentam-se primeiro e só no final a cabeça), o parto vaginal instrumentalizado (ventosa e/ou fórceps) e a cesariana².

A cesariana tem indicações clínicas claras e pode ser crucial para salvar a vida da mãe e do bebê, mas quando realizada sem necessidade, apresenta riscos de saúde desnecessários^{2,4}.

A taxa de cesarianas é frequentemente usada como um indicador da qualidade dos cuidados obstétricos. Em Portugal, a taxa de cesarianas foi de 35,56% em 2012, sendo mais alta nos hospitais privados (67,48%) do que nos públicos (30,99%). Este valor coloca Portugal entre os países europeus com maior taxa de cesarianas, atrás apenas da Itália e da Turquia. Na maioria dos países europeus, as taxas de cesarianas não ultrapassam os 30%, e muitos têm taxas abaixo de 20%. Curiosamente, os países com taxas mais baixas de cesarianas geralmente apresentam menores índices de mortalidade materna e perinatal².

A cesariana, mesmo quando realizada de forma eletiva, apresenta riscos superiores ao parto vaginal, como lesões nos órgãos pélvicos, tromboembolismos, complicações infecciosas e a necessidade de reinternamento. Em gravidezes subsequentes, pode aumentar a incidência de placenta prévia, placenta accreta, rotura uterina e morte fetal. Além disso, pode elevar os riscos respiratórios para o bebê e aumentar a probabilidade de diabetes e adaptação ao lactação².

Embora a cesariana eletiva reduza o risco de incontinência urinária e prolapso genital, esses benefícios não superam os riscos. É essencial que os profissionais de saúde forneçam às grávidas informações claras sobre os riscos aumentados associados à cesariana^{2,4}.

5. De Cícoras: é uma posição desagradável, pois requer manutenção do equilíbrio postural e suporte do peso corporal nas articulações dos joelhos, tornozelos e pés, e uma das posições que mais amplia o estresse inferior da pelve, com um aumento de até 40%³.

6. De pé: é uma posição onde existe total liberdade de movimentos e facilita a rápida mudança para outras posições. É altamente ergonómica, pois a gravidade intensifica o efeito das contrações e dos reflexos maternos, facilitando a descida do feto pela pelve^{2,3}.

Vantagens do parto verticalizado^{2,3,10}

- Evita a compressão dos principais vasos sanguíneos e otimiza o fluxo de sangue da placenta para o bebê;
- Aproveita o efeito da gravidade para facilitar o período expulso;
- Melhora o posicionamento do bebê, facilitando o encaixe na bacia e a sua descida;
- Aumenta o diâmetro da bacia;
- Reduz significativamente o tempo do período expulso, com estudos que nos indicam uma diminuição de aproximadamente 40%;
- Diminui a necessidade de realizar episiotomias;
- Reduz a frequência de partos instrumentalizados;
- Aumenta a capacidade de lidar com a dor (pelo aumento das endorfinas), o que resulta numa menor necessidade de uso de analgésicos;
- Proporciona uma participação mais ativa da parturiente no processo de parto;
- Diminui a incidência de incontinência urinária pós-parto.



4.2. Indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto é uma intervenção realizada quando é necessário estimular o início do parto de forma controlada. Esta pode ser indicada por diversas razões, como quando o parto não inicia espontaneamente após as 41 semanas de gestação ou quando há riscos para a saúde da mãe ou do bebê².

A indução do parto sem uma indicação clara, apenas para programar a data do nascimento, não é considerada uma prática recomendada, pois porque pode resultar num trabalho de parto mais longo e doloroso, aumentar o risco de parto originário para o bebê e aumentar as probabilidades de ser necessário realizar uma cesariana¹.

Existem dois principais tipos de métodos utilizados para induzir o trabalho de parto: os métodos mecânicos e os métodos farmacológicos. Cada um desses métodos tem indicações específicas e pode ser escolhido de acordo com as necessidades da mãe e as condições da gravidez².

Em seguida colocam-se alguns exemplos de indicações para a indução do trabalho de parto, mas deverá ter em conta que cada caso é diferente e deverá ser avaliado por um profissional de saúde.

Indicações maternas:

- Gravidez pós-termo;
- Rotura prematura de membranas;
- Situações de patologia associada, tais como: hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP, diabetes;
- Corionioinfecção;
- Gestação gemelar².

Indicações fetais:

- Feto morto ou anómalo;
- Restrição do crescimento fetal;

4.4. Posições no trabalho de parto

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a mulher possa ter autonomia e liberdade para escolher a posição que lhe proporcione maior conforto durante o trabalho de parto. Assim, os profissionais de saúde devem dar prioridade às posições variadas, devido aos comprovados benefícios clínicos que estas oferecem¹⁴.

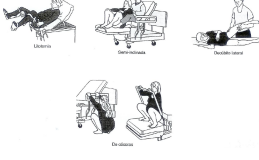
Que posição posso adotar?

1. **Dólfida:** esta posição tende a prolongar o trabalho de parto e a aumentar os riscos, já que compromete as trocas materno-fetais e reduz a circulação uteroplacentária, aumentando o desconforto lombar².

2. **Quatro Apóios:** esta posição reduz a dor e a pressão na região lombossagradal e permite movimentos livres da bacia, facilitando a rotação e a descida do feto².

3. **Lateral:** esta posição pode diminuir a necessidade de episiotomia, minimizar a perda de sangue e os traumas perineais^{2,3}.

4. **Sentada:** nesta posição consegue aproveitar ao máximo a gravidade, o que ajuda a reduzir a dor na região lombar e nos membros inferiores. Esta postura também proporciona maior liberdade de movimento nas pernas e uma boa viabilidade do parto².





4.5. Sinais de alarme e de alerta

Deverá dirigir-se a consulta aberta aos cuidados de saúde primários caso apresente:

- "Crescimento vaginal alterado, associado a coceira, ardor ou cheiro anormal;
- Se sentir ardor ao urinar e vontade de urinar muitas vezes;
- Se tiver temperatura acima de 38,0°C associada a arrepios, suores, dor de garganta, tosse, enxaqueira, cansaço, dor de cabeça ou muscular, comecar por tomar dois comprimidos de 500 mg de paracetamol, ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária, que repete a cada 8 horas (máximo de três tomas em 24 horas);
- Náuseas e vômitos frequentes e/ou diarreia líquida/moderada;
- Obstipação (perda de ventre) há pelo menos 5 dias;
- Asten diagnosticada antes da gravidez e iniciar tosse seca e ruído tipo assaibo ao respirar, sem melhoria com a medicação habitual;
- Uma sensação de tontura persistente ou de desmaios." (11 p. 16)

Deverá dirigir-se a consulta aberta do 1º Triestre num hospital com cuidados obstétricos caso apresente:

- "Uma quantidade escassa de sangue vermelho vivo pela vagina;
- Uma dor ligérica ou moderada na zona inferior da bacia. Atenção primeiro se a dor alvícia com o repouso, com uma massagem local, ou com calor local (duche, bolsa de água). Se a dor não passar, tome dois comprimidos de 500 mg de paracetamol, ou seja, 1.000 mg de paracetamol. Dirija-se à consulta aberta se 2 horas após a toma do comprimido a dor não tiver passado ou se a dor voltar quando o medicamento deixar de fazer efeito (6-10 horas depois)." (11 p. 17)

Deverá dirigir-se a uma Unidade de Obstetria e Ginecologia:

- "Se perder sangue vermelho vivo pela vagina em quantidade igual ou superior ao primeiro dia da sua menstruação;
- Se perder líquido transparente pela vagina em quantidade suficiente para molhar francamente a sua roupa;

- Se tiver mais de 24 semanas de gravidez e sentir uma diminuição brusca do número de movimentos fetais ao longo de um dia;
- Se sentir contrações uterinas rítmicas com intervalos inferiores a 10 minutos, que não cedem com o repouso e persistem durante pelo menos 90 minutos. Pode ocorrer dor ao fundo da bacia, que pode irradar para as costas, com duração entre 30 segundos e 2 minutos, acompanhada de sensação de "barriga dura". As contrações ocasionais e irregulares são normais e não a devem preocupar;
- Se sentir uma dor forte na região lombar ou abdominal ou. Vája primeiro se a dor alvícia com o repouso, com o alongamento do tronco, com uma massagem local, ou com a aplicação local de calor (duche, bolsa de água). Se a dor não passar, tome dois comprimidos de 500 mg de paracetamol (venda livre), ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária. Se 2 horas após a toma do comprimido a dor não tiver passado, dirija-se à urgência;
- Se sentir uma dor forte na região do calcanço. Comece por tomar um antídoto de venda livre à base de carbamato de cálcio e carbamato de magnésio. Se em 1 a 2 horas depois a dor não tiver passado, dirija-se à urgência;
- Se sentir uma dor de cabeça forte. Atenção primeiro se a dor alvícia com o repouso em ambiente com pouca luz, ingestão de líquidos ou com uma massagem na zona temporal. Se a dor não passar, tome dois comprimidos de 500 mg de paracetamol, ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária. Se 2 horas depois a dor não tiver passado ou se a pressão arterial estiver elevada (máxima superior a 140 mmHg e/ou mínima superior a 90 mmHg), dirija-se à urgência;
- Se tiver vômitos persistentes (após praticamente todas as refeições), ou se tiver pelo menos dois episódios de vômitos seguidos nos últimos 3 meses da gravidez;
- Se tiver uma perda da consciência (exceto num quadro de doença já conhecida);
- Se tiver pressão arterial elevada (máxima superior a 140 mmHg e/ou mínima superior a 90 mmHg), medida após 10 minutos de repouso, em duas avaliações com intervalo de pelo menos 2 horas, durante em cada avaliação se elevadas pelo menos 3 vezes com intervalo de 1 a 2 minutos entre as avaliações;
- Se tiver alterações da visão (aparecimento de faixas, visão turva persistente, ou manchas pretas);
- Se sentir comichão em todo o corpo (pode ser mais intensa nas palmas das mãos e plantas dos pés)." (11 p. 18)

Referências Bibliográficas:

1. Parfeto "Quando o corpo será o meu parto". Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/fichas-de-saude/2013/when-will-my-body-be-my-birth.pdf.aspx>
2. Nino M, Marques L, Batista M. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª ed. Labor Lidel, 20
3. Fereira C. Estados grávidos? E após? Barcelona: Editorial Ponencia, S.A.; 2020
4. Parfeto "Os riscos associados da cesariana". Direção Geral de Saúde.
5. Lopes, Leitor, N., & Ribeiro, M. L. G. 2019 [atualizado 2025 Mar 30]. Perinatal care and outcomes in a birth center. Texto & Contexto - Enfermagem, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-2019-0102>
6. Boufim, V. V. B. da S., Trogiani, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., Rodrigues, R. de J., Costa, A. C. M. de S. F. da Silva, H. N. B., Oliveira, R. M. D. de, Bentes, R. M., & Souza, L. T. L. de. 2022 [atualizado 2025 Mar 30]. Perinatal care and outcomes in a birth center. Texto & Contexto - Enfermagem, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-2019-0102>
7. Ascham, V., Nelson, A. B. V., Rabin, L. M., & Lukase, M. 2017 [atualizado 2025 Mar 13]. Perinatal techniques during the second stage of labour for reducing perinatal trauma. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2017, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651958.CD1313359>
8. Alpoim, L. A., Martins, L. M., & Félipo de Lima Silva, F. A. 2021 [atualizado 2025 Mar 18]. Integridade perinatal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. Enfermagem Em Foco, 12(4). <https://doi.org/10.31427/2475-787X.2021.v12i4.6512>
9. Lopes, C., & Freitas, M. J. 2021 [atualizado 2025 Mar 17]. Efeitos da Dança no Participe durante o primeiro período do trabalho de parto: Uma Scoping Review. Revista Investigação Em Enfermagem, 35(2), 27-36. Available from: <http://www.ledonline.univie.ac.at>
10. JBI. Joanne Briggs Institute. 2020 [atualizado 2025 Mar 30]. JBI Manual for Evidence Synthesis (U. Aromatizante & Z. Mann, Eds.). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651958.CD1313359>
11. DGS. Organização dos cuidados de saúde na preconcepção, gravidez e parto [Internet]. 2023 [atualizado 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.dgs.pt/publicacoes>

parto. Apesar de ser um assunto tabu para muitas pessoas, é uma perturbação que afeta algumas mulheres no período pós-parto^{1,2}.

A sensação de se sentir incapaz de lidar com a nova realidade, sentimentos de raiva contra o bebé, pensamentos negativos sobre si ou o seu bebé, ou ter impulsos violentos, deve levar de imediato à procura de ajuda especializada com urgência^{3,4}.

Principais sintomas associados^{5,6}:

- Tristeza e/ou grande irritabilidade;
- Queixas somáticas;
- Sensação de exaustão física e intelectual;
- Dificuldade em dormir, em se concentrar e em desempenhar as tarefas diárias, particularmente as que se referem ao filho;
- Ansiedade expressa pela preocupação excessiva com a saúde e alimentação da criança;
- Sentimentos de culpa - identificação como mãe (queria-se de não saber cuidar do filho, de falta de amor ou de não sentir desejo de cuidar dele);
- Sensação de infelicidade e de abandono por parte dos outros;
- Falta de esperança no futuro;
- Por vezes ideias suicidas.

Blues pós-parto^{3,4}

Baby blues ou Blues pós-parto, caracteriza-se como um sentimento de tristeza após o parto, que pode ocorrer nos primeiros dias após o nascimento do bebé, causando sintomas como alterações do humor, choro fácil ou irritabilidade.^{1,2}

Esta condição é muito comum e ocorre principalmente devido às alterações hormonais no pós-parto, ao cansaço físico devido a dormir pouco, o stress emocional, mudanças na rotina e preocupações com o cuidado com o recém-nascido. Geralmente dura cerca de duas semanas, não necessitando de tratamento específico. No entanto é

recomendado descansar e dormir sempre que for possível e pedir ajuda ao companheiro(a) e familiares para as tarefas diárias.

Principais sintomas associados^{1,2}:

- Irritabilidade;
- Crises repetidas de choro;
- Ansiedade;
- Perturbações do sono e apetite;
- Sentimentos de incapacidade (sentir que não sabe tomar conta do bebé).



Pré-eclâmpsia^{7,8}

A pré-eclâmpsia pós-parto ou pré-eclâmpsia peripartal é um transtorno psiquiátrico que atinge algumas mulheres (1 a 2 casos por cada 1000 nascimentos), cerca de 2 a 3 semanas após o parto. Geralmente, é causada devido às alterações hormonais que a mulher apresenta neste período, mas também é muito influenciada pela história de sentimentos devido às mudanças com a chegada da criança, que pode provocar tristeza e depressão pós-parto.

5. PUERPERIO

5.1. Adaptações psicoemocionais e sociais

O puerpério é o período que vai desde a expulsão da placenta até 6 a 8 semanas após o parto com o retorno do corpo ao seu estado normal⁹.

Durante o puerpério, o corpo da mulher passa por profundas modificações físicas e emocionais.



Essas alterações ocorrem com o objetivo de manter e do corpo da mulher voltarem ao estado que a caracterizava antes da gravidez e prepará-la para a amamentação⁹.

Nos dias seguintes ao parto, todas as alterações hormonais e fisiológicas podem contribuir para a alteração do estado emocional da mãe⁹.

No regresso a casa, é fundamental existir comunicação e acionar a rede de apoio, de forma a minimizar o sentimento de estar a ser uma experiência avassaladora. É essencial estar atento aos sinais de alerta e/ou alarme e sugestivos de quadro de blues pós-parto e/ou depressão pós-parto¹.

Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles o nível de energia, grau de conforto, saúde e bem-estar do recém-nascido; o apoio e cuidado oferecido pelo(a) companheiro(a), família, amigos e profissionais de saúde. A saúde mental é tão importante quanto a saúde física, sendo crucial a recém-mãe não hesitar em pedir apoio às pessoas mais importantes da sua vida (rede de apoio) ou solicitar ajuda de um profissional de saúde¹.

Perturbações Psicoemocionais

Depressão pós-parto

Trata-se de sinais de alerta no pós-parto, onde os sintomas que podem indicar uma depressão pós-



O prognóstico é geralmente favorável, dado que a maioria das mulheres regressa ao seu nível de funcionamento anterior. Contudo, verifica-se um elevado risco de aparecimento de novos episódios psiquiátricos, relacionados ou não com o puerpério.

Principais sintomas associados¹⁰:

- Confusão mental;
- Desorientação e comportamento desorganizado;
- Alucinações;
- Insônia.

- ✓ Tem propriedades laxantes, favorecendo a eliminação de meconium nos primeiros dias de vida, reduzindo as colícas do bebê;
- ✓ Adequado e equilibrado a todas as necessidades nutricionais do bebê;
- ✓ Reforça o sistema imunitário, conferindo proteção contra infecções respiratórias, gastrointestinais e cutâneas, assim como outras patologias;
- ✓ Está sempre disponível e é transportado adequadamente¹².

Composição e características do leite materno

O leite materno é o alimento adequado e ideal para o seu bebê, tanto o nível de crescimento como desenvolvimento, pois tem a composição ideal ao longo do dia, adaptando-se às necessidades individuais e únicas de cada bebê¹³.

Durante a amamentação exclusiva com leite materno, o bebê não necessita de ingerir água ou outro tipo de suplementos¹⁴.

Desde o nascimento do seu bebê, o leite materno ao longo dos primeiros dias, altera a sua composição, passando por 3 fases e etapas denominando-se por: colostro, leite de transição e leite maduro.



- **Colostro** (primeiros 2-3 dias): Líquido "aguardado", de cor transparente ou amarelado, rico em proteínas e anticorpos. É excretado nos primeiros dias em pequena quantidade, mas tem os nutrientes essenciais para alimentar o recém-nascido. Promove a maturação intestinal e tem um efeito laxante.
- **Leite de Transição**: Produzido entre o 3º e o 13º dia pós-nascimento, tem uma cor mais parecida ao leite, mais concentração de vitaminas e lactose. É produzido em maior quantidade.
- **Leite maduro**: Produzido a partir do 15º dia até ao desmame. No início da mamada o leite é mais líquido e aquoso (rico em água e hidratos de carbono), tornando-se cada vez mais espesso por ser mais rico em lipídios¹⁵.

- A mãe que está livre oferece a mama¹.

Deitada

- Deite-se de lado, com uma almofada volumosa debaixo da cabeça;
- Para maior conforto, pode colocar uma almofada entre os joelhos;
- O bebê deve estar deitado de lado, totalmente virado de frente para si, com a cabeça, ombros e corpo em linha recta;
- A barriga do bebê deve ficar encostada à sua;
- Posição muito útil em partos por cesariana¹.

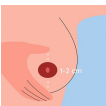


Invertida ou em bola de rugby

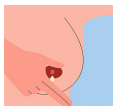
- Posição muito utilizada em gêmeos;
- Indicada para mulheres com a mama grande e para esvaziá-la melhor;
- Com a ajuda de uma almofada, coloque o bebê deitado por baixo do seu braço, de modo que a cabeça dele fique em frente à mama¹.

Cavalinho ou posição de cavalária

- Ideal para mamas volumosas;
- Apoiar a cabeça com uma mão e com a outra mão livre posicionar a mama para o seu bebê;
- Posicione o bebê sentado sobre a sua perna¹.



1



2

Extensão por bomba elétrica

- Escolha um ambiente calmo e sem distrações;
- Procure uma posição confortável;
- Coloque compressas quentes sobre o peito para estimular a descida e o fluxo de leite;
- Segure o fundo da teta de extensão entre o polegar e o indicador. Use a palma da mão e os outros dedos para apoiar a mama e extrair o leite⁴.



Conservação do leite materno

- 48h no frigorífico;
- 2 semanas no congelador do frigorífico até 1 porta;
- 3 meses no congelador do frigorífico de 2 portas;
- 6 a 12 meses na arca frigorífica (-20º)¹⁶.

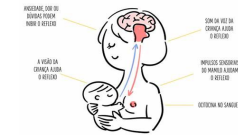
Processo hormonal da amamentação - Ocitocina

Sempre que o bebê suga o reflexo de sucção durante a mamada, há uma produção de hormonas (ocitocina e prolactina) que levam à produção de leite¹⁷.

A ocitocina estimula/promove a contração dos canais onde o leite está armazenado, fazendo-o fluir facilmente durante a mamada¹⁸.

Para tornar mais eficaz o reflexo de ocitocina é essencial:

- ✓ Ter confiança na capacidade de amamentar e acreditar que o leite materno é o melhor para o bebê;
- ✓ Ter sentimentos positivos e agradáveis, como a felicidade, e ter prazer quando se vê ou sente o bebê¹⁹.



Processo hormonal da amamentação - Prolactina

Atua na mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite -- quanto mais o bebê mama, mais leite materno é produzido¹⁷.

Etapas do desenvolvimento do seio de amamentação

- A duração da mamada é variável, dependendo de diversos fatores, como a fome do bebê ou se este está mais ou menos desperto;

Símbio de boa pega

- Mamilo bem direcionado para o palato;
- Bochechas arredondas ou achatadas contra a mama;
- Nariz desobstruído;
- Queixo encostado à mama;
- Boca bem aberta e lábio inferior voltado para fora, apertando grande parte da aréola;
- Lábio inferior do recém-nascido posicionado abaixo do mamilo¹.



Como reconhecer que o bebê bebeu leite suficiente

- As mamas ou mama ficam mais moles;
- O bebê larga a mama sozinho, adormecendo ou não, rejeitando mamar na outra mama que se oferece;
- O bebê urina e evacua frequentemente;
- O bebê tem vitalidade e choro vigoroso;
- O bebê ganha peso ao longo do tempo;
- Na mamada, o bebê chupa as bochechas e deglute durante a mamada, podendo fazer algumas pausas¹.

Complicações de uma pega invertida/má pega

- Dor ou fissura no mamilo;
- O bebê não consegue extrair leite eficazmente -- **ingurgitamento mamário** --, fica insatisfeito e quer sempre mamar mais;

Estratégias a utilizar na descida do leite

Cerca de 2 a 3 dias após o parto as mamas podem ficar mais cheias, quentes e tensas, o que pode causar desconforto. Tal deve-se à chamada "descida do leite", que se caracteriza pelo aumento de leite e da quantidade de sangue e fluidos no tecido da mama, podendo existir um ligeiro aumento da temperatura corporal (39º)¹.

Normalmente o leite sai com facilidade e a mãe continua a dar mama sem dificuldade; deve dar mama sempre que o bebê quiser, em posição correta e boa pega¹.

No entanto, se existir dor, mama demasiado dura e aréola difícil de pegar, é importante colocar o bebê à mama ou extrair leite de forma manual, com vista a reduzir a tensão mamária e o desconforto¹.

Cuidados a ter com as mamas e mamilos

- Lavar as mamas com água corrente, uma vez por dia (hora do banho) evitando a aplicação de sabão e álcool;
- Lavar sempre os mamilos antes de iniciar a amamentação;
- Após cada mamada colocar no mamilo um pouco de colostro ou de leite e deixar secar ao ar; aplicar creme para mamilos/discos de hidrogel ou discos de prata caso seja necessário¹.

Complicações que podem surgir na amamentação e como solucioná-las

Flussuapções nos mamilos

Estão relacionadas com a forma como o bebê se adapta à mama, sendo a solução mais eficaz a correção da pega. Deve-se aplicar o próprio colostro/leite no mamilo e deixar exposto ao ar. Aplicar creme para mamilo e se necessário discos de hidrogel/prata. As compressas para mamilos são também uma alternativa, de acordo com as necessidades e com apelos da mãe¹.



- Os intervalos das mamadas também são irregulares, com o passar do tempo o bebê autoregula-se;
- Os intervalos entre as mamadas podem variar entre 2-3 horas, no entanto deve oferecer-se a mama sempre que o bebê pedir -- demanda livre;
- Deve evitarse sempre uma mama e só depois oferecer a outra, de modo a deusar e estimular de forma prolongada uma mama em cada mamada;
- Na mamada seguinte deve oferecer-se a mama onde o bebê anteriormente esteve menos tempo ou não mamou;
- O bebê pode ter necessidade de mamar mais vezes porque o leite materno é de fácil digestão e o estômago evasiza-se rapidamente¹⁵.



Amamentação e uma aprendizagem

- ✓ Escolha de um ambiente calmo e tranquilo, abafando o ruído e luzes muito fortes;
- ✓ Promover uma posição confortável para mãe e bebê;
- ✓ A mãe deve estar bem sentada, com as costas direitas, ombros relaxados, braços e pernas apoiadas (na posição deitada deve-se ter um suporte alinhamento corporal);
- ✓ A barriga do bebê deve estar encostada à mãe, respeitando o alinhamento corporal (cabeça, ombros e anas)¹⁵.



Posições para amamentar

O importante é que a mãe e o bebê estejam confortáveis durante o ato de amamentar, não existindo assim uma posição mais correta que outra¹.

Transversal ou deitada

- Posição tradicional;
- Segue o bebê de forma transversal, de modo que a barriga fique encostada à sua;

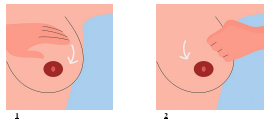
- Bebê não ganha peso, fica irritado e/ou recusa-se a mamar;
- Diminuição da produção de leite¹.

Indicações para a extração e conservação de leite materno

- Aumentar a produção de leite;
- Manter a lactação mesmo depois da mãe ou do bebê;
- Aliviar ingurgitamento, mamilos ou mama cheia, assim como tratar ductos bloqueados e prevenir o mamilo de lactar;
- Quando a mãe se ausenta ou vai trabalhar;
- Alimentar um bebê de baixo peso, que está a aprender a sugar ou que recusa a mama¹.

Extração manual

- Lavar as mãos antes de iniciar a extração;
- Aplicar calor utilizando o duto ou através de água morna;
- Adotar uma posição confortável;
- Massajar suavemente a mama com movimentos circulares e em direção ao mamilo;
- Estimular levemente os mamilos entre o dedo indicador e o polegar;
- Colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador por baixo da aréola (não em forma de C), pressionando em direção ao bico (contra), não deslizar os dedos para não doer;
- Pressionar e soltar de seguida;
- O leite começa a sair em pequena quantidade e depois em maior;
- Rodar os dedos em torno da aréola para extrair leite de todos os locais¹.



Ingurgitamento mamário

Caracteriza-se pela presença de calor, edema, tensão mamária e possível desconforto/dor associada, podendo a mãe ficar sub-febril. Se as mamas estão muito tensas (cheias) e dolorosas, deve evasizá-las um pouco antes da mamada (para facilitar a pega do bebê) e após a mamada (sempre que sentir que a mama permanece com sinais de ingurgitamento)¹.

- **Desengorgar da mama:** Massajar e drenar a mama, de preferência manualmente, até sentir que a mama fica menos cheia (massajar somente o necessário para a mama ficar mais mole). Posteriormente à drenagem deve aplicar-se frio, recorrendo a molhos ou compressas frias¹.

Ductos mamários bloqueados

Os ductos ficam obstruídos quando a amamentação não é eficaz e o leite fica acumulado, provocando uma inflamação. É frequente sentir dor com uma pega correta na amamentação e não a massagem mamária¹.

Mastite

Caracteriza-se pela inflamação da mama, que pode progredir para uma infecção. Provoca dor local intensa, febre e mal-estar. A mama apresenta-se com edema, tensão, vermelha e quente. No entanto, a amamentação não deve ser interrompida¹.

O tratamento passa por amamentar em livre demanda, minimizar o uso de bomba elétrica, evitar o uso de bicos artificiais e de massagem profunda da mama. Deve ter-se um suporte de tummy e suporte adequado e aplicar gelo¹.

No caso de ser necessário, a mãe com indicação médica pode tomar anti-inflamatórios e antibióticos¹.

- Para reduzir o risco de mastite, é importante:
- Tratar o ingurgitamento ou os mamilos gretados o mais cedo possível;
- Certificar-se de que o bebê faz uma pega eficaz;
- Evitar roupas justas e que comprimitam a mama;

- Deixar comprimir a mama de forma excessiva com os dedos enquanto estiver a amamentar;
- Não utilizar discos de amamentação ou soutensivos muito justos que mantenham os mamilos húmidos;
- Ajeitar a mama após a amamentação;
- Amamentar o bebé de um dos lados até que a mama esteja vazia de leite antes de trocar para o outro lado;
- Ir trocando a posição de amamentação para que todas as zonas da mama fiquem completamente vazias¹.

Contributo das Redes de Apoio para o sucesso do Alimento Materno

Para a contribuição de um processo de amamentação saudável, é essencial a mãe ter ao seu lado uma Rede de Apoio, composta por pessoas (compatriotas), familiares, amigos) dispostas a ajudar na adaptação da mulher a esta nova fase da sua vida, repleta de desafios¹.

Organizações de Apoio ao Alimento Materno



- **Clínica Amamentar** - 214 091 069 (Chamada para rede fixa nacional, Email de contacto: ajuda@amamentar.pt;
- **Rede Amamentar** - Contacto: amamentar@ajudamam.pt;
- **Vamos dar de mamar** - Contacto: dardeamamentar@ajudamam.pt.

Causas mais comuns do choro no bebé

- ✓ Desconforto;
- ✓ Cansaço e/ou fome;
- ✓ Dor ou desconforto;
- ✓ Cólicas;
- ✓ Fome;
- ✓ Alimentação da mãe e/ou consumo;
- ✓ Necessidade de contacto².



6.4. O sono do recém-nascido

Os bebés geralmente dormem muitas horas, chegando a dormir 18 horas por dia. Dormem por períodos de sono curtos, entre 3 a 4 horas, não distinguindo o dia da noite³. Cada bebé tem o seu padrão de sono; à medida que cresce os seus padrões de sono mudam, adaptando os seus ciclos de sono ao dos pais.



Durante o dia

- Manter a iluminação natural e os ruídos normais da casa;
- A mãe deve ajustar o seu ritmo ao ritmo do bebé, sem impor nenhum horário;
- Interferir nos padrões de sono mantendo o bebé mais tempo acordado durante o dia, não far com que durma mais e melhor na noite⁴.

Durante a noite

- Ter apenas uma luz de presença e interação com bebé apenas para alimentar ou mudar de fralda;
- Criar uma rotina: Ao fazer as coisas da mesma forma todas as noites e na mesma hora, ajuda o bebé a perceber de que está na hora de dormir⁵.

Alimentação com soro

Deve ser usado um copo pequeno, encostá-lo na boca do bebé e inclinar ligeiramente, deixando o bebé beber o leite ao seu ritmo⁶.



Alimentação com siringa

Pode ser usada na mama ou na boca do bebé⁷. Com o bebé na mama, colocar a siringa no canto da boca do bebé e ir vertendo o leite ao mesmo tempo que o bebé suga⁸. Colocar a siringa diretamente na boca do bebé e introduzir o leite ao mesmo tempo que o bebé faz sucção⁹.

Alimentação com tetina

É a mais usual mas também a que pode causar mais risco para a amamentação e para um desmame precoce¹.

Não existe uma tetina que proteja mais a amamentação que outra e todas elas podem levar a alterações na amamentação, pois os mamilos utilizados na sucção do biberão são diferentes dos mamilos na mama¹.



Alimentação artificial

O leite de fórmula é elaborado a partir do leite de vaca e adaptado de modo a satisfazer as necessidades do bebé¹.

Deve-se verificar sempre a data de validade inscrita na embalagem;

- Leite em pó: ter a lata sempre bem fechada, depois de aberta pode ser utilizado durante 1 mês;
- Leite artificial líquido: Agitar a embalagem antes de abrir. Depois de aberta a embalagem deve ser conservada no frigorífico e consumida no prazo máximo de 24 horas¹;
- Deve-se **desperdiçar sempre os restos de leite** após a mamada;

6.2. Doação de leite materno

O leite humano é extremamente importante para os recém-nascidos de termo, mas em especial para os prematuros, contribuindo para a sua saúde a médio e longo prazo. Como as mães dos prematuros podem ter quantidade insuficiente de leite para os seus bebés, a doação de leite de doadoras saudáveis é essencial para minimizar estas necessidades¹.

O Banco de Leite Humano (BLH) funciona no CHLC-MAC desde o ano de 2009, coincidindo com a acreditação como Hospital Amigo dos Bebés, com a inerente política de promoção do aleitamento materno².

Doar leite para estes bebés prematuros é mais do que doar um alimento, é contribuir para a sua sobrevivência com qualidade. Ser doador é um ato de generosidade para com o seu próprio filho, mas também para com os bebés prematuros e seus pais³.

Requisitos

- Todas as mulheres que amamentam são candidatas a oferecer o seu leite excedente a um banco. No entanto, é preciso fazer mais do que isso. Para poder doar, deve-se cumprir os seguintes requisitos:
- O aleitamento materno estar estabelecido há pelo menos três a quatro semanas;
- Ter hábitos saudáveis. A doadora não pode ser fumadora, beber álcool ou consumir substâncias nocivas;
- Submeter-se a uma análise de sangue. Todos os valores e possíveis doenças serão analisados;
- Não consumir cafeína ou teína, pois podem passar para o leite;
- Não tomar qualquer medicação, pois podem ser incompatíveis com a amamentação⁴.

6.3. Competências e características do recém-nascido

Desde o nascimento, cada bebé é único e apresenta um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permite uma interação ativa com o meio ao seu redor.

É através destas competências que estabelecem também os primeiros "diálogos".

Nota: Quando o bebé nasce a vida não está ainda totalmente desenvolvida. As pupilas reagem à luz e o reflexo de "posturação" é facilmente observável. O bebé é capaz de fixar

e contemplar os objetos, de preferência o rosto humano, sendo a distância ideal de cerca de 20 a 30 cm⁵.

Atenção: O bebé tem preferência pela voz humana, em especial dos pais e irmãos. O som suave e rítmico suscita-lhe interesse, promovendo a sua tranquilidade⁶.

Olhar: Tem o sentido do olhar bastante apurado; não gostam de cheiros fortes e agressivos como desinfetantes e/ou perfumes. Por outro lado, sentem-se atraídos por odores doces, como o leite materno. Com poucas semanas de vida, são capazes de sentir o cheiro da mãe⁷.

Paladar: O recém-nascido apresenta um paladar desenvolvido aquando do nascimento, sendo capaz de reconhecer 7 das 6 subcategorias básicas: doce, amargo e azedo, embora apenas o doce lhe agrade (leite materno)⁸.

Tato: É um importante meio de comunicação e vinculação entre o bebé e o mundo que o rodeia, funcionando também para o despertar e/ou acalmar. Quando o bebé está desperto, os pais devem interagir com ele num tom de voz calmo e suave, tocando-lhe com suavidade⁹.

Ouvir: Dificilar o choro de um bebé é um desafio que combina intuição, conhecimento, perceção e também aprendizagem. Com o passar do tempo, os pais são capazes de identificar que o seu bebé chora de diferentes formas, consoante aquilo que quer transmitir¹⁰.

Posição para dormir - Barriga para cima

➢ Cama segura junto aos pais, no mínimo 6 cm

Diminuição Síndrome Mortal Súbita do Lactente?

Tabela de Sono		
	De dia	De noite
1 mês	Entre 8 a 9 horas	Entre 8 a 9 horas
2 meses	Entre 5 a 6 horas	Entre 5 a 6 horas
3 meses	Entre 4 a 5 horas	Entre 4 a 5 horas
4 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
5 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
6 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
7 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
8 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
9 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
10 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
11 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas
12 meses	Entre 3 a 4 horas	Entre 3 a 4 horas

6.5. Alimentação do recém-nascido

Apos o nascimento, nos primeiros dias de vida, pode ocorrer uma perda de peso de até 9% a 10% do peso à nascença. Habitualmente ao 2º ou 3º dia de vida ocorre a "descida do leite", passando este a estar disponível em maior volume, aporte calórico e percentagem de lipídios, proporcionando ao bebé a partir do 4º a 5º dia um aumento de peso, permitindo igualar o peso do nascimento até à 2ª semana de vida¹.

Habitualmente o bebé mama 8 a 10 vezes durante as 24 horas do dia².

Nos bebés mais saudáveis, de baixo peso ou prematuros, recomenda-se a interrupção do sono prolongado para oferecer a mama.

Sinais de fome no bebé

- Inquietação;
- Enfiado de seus mamilos;
- Mover e/ou chupar os dedos;

- **Higienizar o biberão e tetina** com escovilha em água corrente e sabão e, por fim, **esterilizar** (até aos 4 meses).

6.6. Eliminação do recém-nascido

Características da urina

Nos primeiros dias de vida, o bebé pode apresentar urina com umas "manchas" laranja ou avermelhadas, que se parecem com sangue (crisais de urato). Normalmente ocorrem nos primeiros 3 dias de vida, quando o bebé é alimentado pelo colostro da mãe, rico em proteínas. Deve-se reforçar a amamentação ou o aleitamento para o bebé fazer mais baba¹.



O bebé pode, ainda, urinar de hora em hora ou até de quatro a seis vezes por dia.

Características das fezes

Cada bebé tem o seu próprio padrão, podendo ficar até 48h sem defecar (se amamentado exclusivamente)².

A eliminação intestinal do bebé pode ter várias variações normais, tais como:

- **Mecónio:** As primeiras fezes do bebé. São de cor esverdeada, escura e de consistência viscosa;
- **Fezes de transição:** Cor mais clara que o mecónio;
- **Fezes definitivas:** Amareladas, maioritariamente com consistência líquida e apenas algum material sólido³.



6.7. Cuidados de higiene no recém-nascido

A chegada de um recém-nascido é um momento repleto de emoções e alegria para os pais. Com o nascimento deste pequeno ser, inicia-se uma jornada de descobertas, aprendizagem e, sobretudo, de cuidados especiais¹.

Limpeza

A pele do recém-nascido sofre um processo de adaptação ao meio circutório, apresentando características particulares e únicas durante o primeiro ano de vida. Após o nascimento, a pele do bebé encontra-se coberta de vernix e outros constituintes, cuja remoção imediata é desaconselhada, por apresentarem propriedades antibacterianas².



Recomendações

- A duração do banho deve ser de 3 a 5 minutos nos primeiros dias de vida, alargando-se depois pouco a pouco, até 15 a 20 minutos;
- O ambiente deve estar aquecido e sem correntes de ar;
- Preparar antecipadamente todo o material necessário, assim como uma muda de roupa completa;
- Remover joias ou adorno que possam magoar o bebé;
- Verificar a temperatura da água com um termómetro (entre 36,5° e 37° C); Como alternativa pode utilizar a face anterior do punho para avaliar a temperatura da água;
- Remover qualquer resíduo de fezes no bebé, aquando da remoção da roupa suja e colocação na banheira;
- **Segurar com segurança a cabeça:** a cabeça deve ficar apoiada no pulso e com a mão segurar o corpo do bebé firmemente pela axila, com a mão livre apoiar o rabo e as pernas;
- Lavar primeiro a cara, olhos, orelhas e boca **com água** e depois o corpo³.



- Utilizar óleo ou gel de bano indicado para o bano do bebê (PH neutro, sem perfume e desengaste), em pequena quantidade. Lavar sempre da zona mais limpa para a mais suja, terminando nos genitais e rabicho;
- Para secar a pele, utilizar uma toalha macia e grande. Secar com movimentos suaves sem esfregar a pele, começando primeiro pela cabeça devida a maior perda de calor. Ter uma atenção especial às pregas cutâneas (axilas, pescoço e virilhas), para evitar irritações na pele;
- Aplicar creme hidratante em todo o corpo (sem exceção de mãos, olhos e cara, para evitar que o creme se espalhe nos olhos ou boca do bebê);
- Pentear o cabelo do bebê após estar seco, com um pente ou escova macia².

Olhos:



➤ A limpeza dos olhos é realizada com água limpa no início do bano. No entanto, se o bebê tiver secreções oculares, deve-se realizar limpeza com uma compressa esterilizada embebida em soro fisiológico. Limpa-se da zona mais limpa para a mais suja, usando uma compressa diferente para cada olho. Se as secreções oculares persistirem mesmo após limpeza, deve consultar-se um profissional de saúde².

Nariz e ouvidos

- O organismo tem mecanismos naturais para "expulsar" as secreções, sendo normal os bebês espirarem ocasionalmente. A limpeza do nariz deve ser feita com precaução, utilizando uma compressa e lavagem com soro fisiológico (colocado numa seringa), sempre que seja necessário. Deve-se deixar o bebê lateralizado a face e na narina que fica por cima, coloca-se o soro fisiológico, espere-se que o bebê se acalme e repete-se o procedimento na outra narina. Caso o bebê tenha muitas secreções que dificultam a sua respiração, aconselha-se consultar um profissional de saúde²;
- A cera é uma secreção natural da pele, que lubrifica o canal do ouvido externo. É anti-sélica e impede as poeiras e impurezas de penetrarem no tímpano. Deve-se

limpar apenas a parte externa do ouvido com a toalha de bano ou uma compressa².

Não usar coturnos

Unhas

- Devem estar sempre curtas para evitar arranhões na pele e se manterem limpas. Não se deve cortar as unhas do bebê nos primeiros dias de vida. Se necessário, utilizar uma lima de papel para limas as unhas. Futuramente, pode-se utilizar um pequeno corta-unhas de bebê ou uma tesoura de bico redonda².



Umbigo

A desidratação do coto umbilical leva à sua mumificação e queda entre o 7º e o 10º de vida do recém-nascido. É normal encontrar pequenas gotas de sangue na falda ou compressas, durante a mumificação e 2 a 3 dias após a queda do coto umbilical².

Cuidados a ter:

- Lavar as mãos antes e após cuidados ao coto umbilical;
- Manter o coto e a mais limpa e seco possível, pelo que deve ficar fora da falda (dobrar);
- Limpar o coto umbilical e a pele adjacente com água tépida e sabão suave durante o banho e sempre que seja necessário, em seguida secar bem com uma compressa;
- Após a queda do mesmo, manter a limpeza e a doba da falda até a total cicatrização umbilical².

Estar alerta para sinais de infeção:

- Rubor (vermelhidão na zona circundante à inserção do coto);
- Edema (inchado);
- Exsudado (secreções, líquido esverdeado);
- Cheiro fétido².

- Aplicar uma fina camada de creme barreira à base de óxido de zinco, na região perianal (rubinho), para criar uma barreira protetora entre a pele do bebê e as fezes;
- Se o bebê tiver eritema da falda, deixar sem falda por certos períodos com a pele exposta ao ar. Se necessário experimentar outra marca de fraldas ou creme barreira².

Regra: A roupa do bebê deve ser confortável, permitindo a movimentação livre dos braços e pernas, optando-se por roupa preferencialmente de algodão².

Condições:

- Lavar separadamente a roupa do bebê, utilizando um detergente adequado para roupa de bebê (livre de fragâncias e hiperalergénico), não sendo necessária a utilização de amaciador, no final enxaguar muito bem com água limpa;
- Lavar a roupa antes da primeira utilização, retirando todas as etiquetas;
- Adequar a quantidade e tipo de roupa à temperatura ambiente².

6.3. Segurança do recém-nascido

Saiba o que deve fazer para garantir e preservar a segurança do seu bebê. A aquisição e manutenção de determinados hábitos desde o primeiro dia de vida permite antecipar as possíveis situações de risco e evitar danos potencialmente irreparáveis².

Métodos de desengasamento

Se o bebê se engasgar deve-se observar se respira ou chora. **Se não:**

- Colocar o bebê de barriga para baixo sobre o antebraço com a cabeça inclinada para baixo;
- Efetuar 5 pancadas nas costas, entre as omoplatas (utilizar a base da mão, com força adequada ao tamanho da criança);

Alcova:

- O berço deve ser estável e sólido, e as grades devem ter no mínimo 60 cm de altura. A distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6 cm;
- Deve-se escolher um berço que cumpre o **regulamento europeu** e um colchão firme e bem-adaptado ao tamanho do berço, para não ficar qualquer espaço entre o colchão e as grades do berço;
- O bebê deve ser detalado de barriga para cima, com os pés a tocar no fundo da cama e com a cabeça sempre dirigida sempre diante;
- A roupa do berço deve ficar ao nível do tronco e presa debaixo do colchão. Não se devem utilizar cobertores pesados ou acolchoados².



Prevenção de acidentes: Nesta fase da vida, é fundamental que o bebê esteja sempre sob a vigilância de um adulto e que, mesmo o dormir possa ser ouvido com facilidade. Para informações mais detalhadas, consultar o site ASPH (Associação para a Promoção da Segurança Infantil)².

Quedas

- Não deixar o bebê sozinho em cima da cama, berçador, mesa e/ou sofá, nem que seja apenas por alguns segundos, pois é o suficiente para o bebê cair;
- Crianças pequenas devem pagar no bebê sempre na companhia de um adulto;
- Se utilizar alcohol, escolher uma de estantes rígida e colocá-la num local amplo ou dentro da cama do bebê;



- Para transportar o bebê, utilizar o sistema de retenção sempre com os cintos colocados. Se o adulto cair, o bebê fica mais protegido;
- O sistema de retenção deve ser colocado no chão e nunca em cima de mesas ou cadeiras;
- No caminho de transporte, o bebê deve estar preso com cinto, e quando estiver parado, o carro deve estar travado².

Quindimuras

- Se o bebê não começar a chorar, verificar se respira. **Se não respirar, repetir a manobra².**



Chucha

O bebê utiliza a boca para satisfazer as suas necessidades alimentares, mas também para alívio do dor e tensão, funcionando a sucção como um mecanismo facilitador da sua autoregulação (sucção não nutritiva)².

No entanto o uso da chucha provoca alterações dos músculos da face. A língua passa a ocupar uma posição mais baixa, o que pode provocar um desenvolvimento alterado da arcada dentária, com alteração da força dos músculos dos bochechos e uma respiração maioritariamente feita pela boca em vez de nariz².



Recomendações:

- Escolher uma chucha de apenas uma peça, para prevenir que o bebê aspire uma parte do objeto se a chucha se partir;
- Ter em conta a idade do bebê para a escolha do tamanho da chucha, assegurando-se de que tem buracos de ventilação e é simples de lavar;

- Não beber líquidos quentes ou muito perto do bebê;
- Verificar a temperatura da água sempre, antes de começar o bano do bebê; deixar primeiro a água fria e depois a água quente;
- Ao dar o biberão, verificar sempre a temperatura do leite, entornando uma gota no pulso. **Não utilizar a água quente:** o biberão pode estar morno, mas o leite a ferver².

Síndrome da Morte Súbita do Lactante: A Síndrome de Morte Súbita do Lactante é a morte repentina e sem explicação de um bebê, geralmente, durante o sono, no seu primeiro ano de vida. As causas da síndrome de morte súbita não são ao momento desconhecidas, podendo estar na sua origem uma multiplicidade de fatores, desde genéticos a ambientais².

- Colocar o bebê deitado para dormir de barriga para cima;
- Manter um ambiente livre de fumo;
- Não aquecer demasiado o bebê;
- Manter a temperatura do quarto entre os 18 e os 21°C;
- Roupa por baixo dos braços do bebê².

Viagem de carro: Ao viajar de carro, o lugar mais seguro é o colo do adulto, mesmo no banco de trás ou só por alguns segundos².

- O cinto da estrada obriga a utilização de sistemas de retenção adequados à idade/ peso da criança;
- No carro deve colocar a cadeirinha de forma que a criança viaje voltada para a retaguarda;
- Deve estar instalada preferencialmente no banco de retaguarda, exceto em situações em que este não exista. Caso se instale no banco dianteiro, o airbag deve encontrar-se desativado;

- O cinto de imobilização deve passar por cima dos ombros e ser ajustado ao corpo do bebê com um duplo de fôlego. Nunca reclinar a cadeira mais que 45°;
- Para que o condutor esteja vir o bebê no retrovisor e "você" versa, deve-se instalar na parte de trás do automóvel um espelho retrovisor².



Limpeza dos pequenos genitais

Menino: Limpar o pênis lavado suavemente a pele à superfície. Não forçar ou passar a pele do prepúcio para trás pois pode machucar o bebê².

Mulher: Limpar sempre de frente para trás. Não afastar os pequenos lábios vaginais para limpar o interior. Nos primeiros dias, é comum surgir pequenas quantidades de sangue ou fluido róseo/vermelhado na vagina².

Madame de bano

A prevenção é a melhor forma de evitar o aparecimento de assaduras/eritema da falda. Ao utilizar fraldas descartáveis e absorventes, estas conseguem manter a pele do bebê seca após urinar, mas não em caso de diarreia, devendo ser de imediato trocada².

Cuidados a ter:

- Limpar os genitais com água morna ou água de limpeza de bebê, para eliminar resíduos de urina, fezes ou creme anteriormente colocados;
- Utilizar talitina à base de água apenas quando estiver fora de casa (maior comodidade);
- Deixar secar bem a pele do bebê com uma compressa ou ao se lavar;

- As chuchas devem ser substituídas sempre que estão gastas ou de dois em dois meses;
- Devem ser esterilizadas (fio, vapor ou fervura) até aos 6 meses, devido à imaturidade do sistema imunológico do bebê, e lavadas a partir dos 6 meses;
- Se o bebê estiver a ser amamentado, deve-se optar por uma **chucha paracela com a forma do mamilo²**.

Vigilância: Nos primeiros tempos, devido à menor capacidade de defesa contra infeções, não é aconselhável ser muito quente a volta do bebê².

Aconselha-se:

- Limitar as visitas nos primeiros meses de vida;
- Todas as pessoas que estejam em contato com o bebê devem lavar as mãos com frequência;
- Manter pessoas que estejam doentes afastadas do bebê;
- Manter o bebê afastado de ambientes com fumo e não fumar dentro de casa/ carro ou outros espaços fechados².

Passeios

Os passeios podem ser diários, aproveitando as horas com temperatura amena (evitar locais fechados, com muita poeira, transportes públicos e ruas com muito trânsito). O bebê deve estar na alçada ou no "sítio" com os cintos de proteção. Travar o carro de transporte do bebê sempre que parar².



6.5. Ictericia

Nos primeiros dias de vida do bebê, ocorre um aumento da destruição dos glóbulos vermelhos. Este processo leva à formação de bilirrubina que é "transformada" no fígado para poder ser eliminada, podendo o recém-nascido ficar com uma coloração amarelada, se a bilirrubina não for convenientemente excretada na urina e fezes².

A icterícia fisiológica torna-se visível a partir do 2º e o 4º dia de vida – os níveis de bilirrubina vão decrescendo progressivamente, deixando de ser visível entre o 10º e o 14º dia de vida do bebê².



Em algumas situações e constante avaliação clínica, poderá haver necessidade do recém-nascido realizar fototerapia na maternidade, o que pode atrasar a alta clínica, prolongando o internamento².

Cuidados

- Aumentar o recém-nascido frequentemente e sem restrições (mais de 10 vezes em 24 horas, mantendo as mamadas noturnas), pois aumenta o volume de leite sugado e o aperto cefálico, facilitando a eliminação da bilirrubina na urina e fezes;
- Vigiar a coloração amarelada do bebê;
- Em caso de dúvidas contactar o profissional de saúde².

6.5. Vigilância da saúde e sinais de alarme

No dia da alta hospitalar, é entregue ao pai o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o Boletim Individual de Saúde (onde é efetuado o registo da vacinação). São também fornecidas informações pelos profissionais de saúde, relativas ao seguimento de saúde do bebê, como consultas, vacinação e sinais de preocupação a que devem estar atentos.

Diagnóstico Precoce (Fase do Percurso)

O Diagnóstico Precoce (teste do pezinho), permite identificar doenças, quase sempre genéticas, nas primeiras semanas da vida do bebê, permitindo que se tratem precocemente¹⁰.

- ✓ O rastreio é feito através de análises no sangue, através de uma ou duas picadas no calcanhar do bebê;
- ✓ Tem como finalidade diagnosticar doenças que mais tarde podem provocar atraso mental, alterações neurológicas graves, alterações a nível do fígado, ou até situações de coma;
- ✓ Nas maternidades, hospitais e centros de saúde, existem cartões apropriados para a coleta. A partir do **2º dia de vida e se possível até ao 5º**, os pais devem levar o bebê ao Centro de Saúde para fazer a coleta de sangue (excecionalmente o teste pode ser realizado na maternidade, se o internamento se prolongar);
- ✓ É um exame de grande importância para deteção de doenças, que não apresentam sintomas iniciais;
- ✓ Os pais só serão contactados se as análises não forem normais ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial;
- ✓ Se for detetada alguma doença os pais são imediatamente avisados para que se inicie o tratamento o mais rapidamente possível¹⁰.



Consulta de Saúde Infantil

A 1ª consulta de vigilância de saúde deve ser realizada até ao 10º dia de vida do bebê. No entanto, podem existir situações que exijam observação imediata pelos profissionais de saúde, como os seguintes sinais de alarme:



- ✓ Dificuldade em respirar ou gemido;
- ✓ Febre (38°C axilar);
- ✓ Vómitos de forma repetida;
- ✓ Cordão umbilical com cheiro intenso e desagradável, com secreção amarela ou a sangrar, ou se a pele à volta do umbigo tiver uma coloração avermelhada;

- ✓ Coloração amarelada da pele, com tendência a aumentar, tendo atingido o abdómen e pernas do bebê;
- ✓ Bebê muito sonolento com dificuldade em despertar;
- ✓ Bebê com choro persistente, mais tempo do que é habitual e inconsolável apesar das medidas de conforto;
- ✓ Bebê com recusa alimentar durante várias mamadas seguidas⁷.

Vacinação

O plano nacional de vacinação é gratuito, tendo como objetivo a proteção individual e de grupo contra as doenças infecciosas-contagiosas, pela que deve ser cumprido de acordo com as idades e intervalos estabelecidos¹¹.



A primeira vacina administrada ao bebê é a 1ª dose anti hepatite B (VHB), administrada ainda na maternidade¹¹.

A vacina da tuberculose (BCG), se indicada pelo pediatra, será administrada posteriormente no Centro de Saúde¹¹.

Nas consultas de vigilância, o profissional de saúde alerta para a data de administração das vacinas seguintes, de forma a dar continuidade ao PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO¹¹.

Declaração de Nascimento: Documento oficial fornecido pelos serviços administrativos da Maternidade. Serve para proceder ao registo de nascimento, requerer licenças de parentalidade e qualquer outro tipo de burocracia associada ao nascimento do bebê¹².

Registo de Nascimento

Deverá ser realizada nos 20 dias após o nascimento, presencialmente ou via online, pela mãe e o pai (se casados) ou ambos (se não forem casados)¹².

Para mais informações acudir a:

[Perfil certificado de nascimento / Juridica.gov.pt](https://www.justica.gov.pt/Paginas/Perfil-certificado-de-nascimento/Juridica.gov.pt)

Referências bibliográficas:

- Levy L, Bériolo H. Manual de aleitamento materno. [internet] 2012 [citado 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.unicef.pt/medida/15816-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Niemi M, Marques L, Batista M. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2016.
- Posições de amamentação. medida [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.mdsa.gov.pt/pt/estruturas-de-saude/posicoes-de-amamentacao>
- Discos lúcos de extração de leite. medida [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.mdsa.gov.pt/pt/estruturas-de-saude/discos-lucos>
- Nóbrega V, Melo R, Diniz A, Vilar R. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. RH [internet]. 2019 [citado 2025 Mar 12]; 43: 429-439. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1545732219300177>
- Doar leite é doar vida. Serviço Nacional de Saúde [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 26]. Available from: https://www.sns.gov.pt/index.jsp?ID=7395_VB_dona-leite-e-donar-vida
- Dados de leite: O que é e como fazer? NURSCARE [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: <https://nursicare.org.pt/dados-de-leite>
- Alimentar o seu bebê com leite extraído: a resposta às suas perguntas. Medida [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.mdsa.gov.pt/pt/estruturas-de-saude/alimentar-seu-bebe-com-leite-extraido>
- Como escolher a chucha do bebê. Baby store [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.baby-store.pt/guia>
- Rastreio Neonatal. SNS 24 [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-gravida-parto-e-natalidade>
- Programa Nacional de Vacinação 2025. SNS [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/medidas/2025/09/10/programa-nacional-de-vacuacao-2025>
- Perfil certificado de nascimento. JUSTIÇA.GOV.PT [página inicial na internet]. [citado 2025 Mar 20]. Available from: <https://justica.gov.pt/Services/Perfil-certificado-de-nascimento>

Imagens: Google imagens

Apêndice X – Instrução de Trabalho sobre a Referenciação da Mulher com Incontinência Urinária

			SQ.MOD.000.00
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de			
Referenciação da mulher com incontinência urinária			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	Página 1 de 7

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Enfermeira e Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mariana Rua	Serviço/Órgão/Nome/Assinatura	Serviço/Órgão/Nome
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica		ATA/ASSINATURAS
DATA: 31/03/2025		DATA: ____/____/____

				SQ.M00.000.0
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de				
Referenciação da mulher com incontinência urinária				
INSTRUÇÃO DE TRABALHO				
Edição	Próxima Edição		Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	Página 2 de 7	

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de referenciação de mulheres com incontinência urinária (IU) para consulta de uroginecologia no Hospital de , visando proporcionar um tratamento precoce e diferenciado para as utentes.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente instrução de trabalho destina-se a todos os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados , pertencente à Unidade Local de Saúde Lisboa (ULS), envolvidos no processo de identificação, acompanhamento e referenciação de mulheres com diagnóstico de IU.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Implementação da Instrução de Trabalho: Enfermeira

3.2. Monitorização da Instrução de Trabalho: Enfermeira

3.3. Revisão da Instrução de Trabalho: Equipa de Enfermagem.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ULS – Unidade Local de Saúde

IU – Incontinência Urinária

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

5. DESCRIÇÃO

5.1. Enquadramento

A IU é uma condição comum que afeta principalmente mulheres. Na população feminina com idades entre os 20 anos e os 59 anos, a prevalência varia entre 25% e 28%, dependendo dos estudos. A nível global, a IU apresenta uma taxa de incidência que ronda os 8,5%, com os números mais altos a serem registados na Europa, 10%.

1

2

			SQ.MOD.000.00
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Lisboa Norte			
Referenciação da mulher com incontinência urinária			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	Página 3 de 7

A IU pode ser classificada em três condições diferentes: a IU de esforço, a IU de urgência e a IU mista. Cada tipo de IU apresenta características e impactos distintos na qualidade de vida das mulheres, afetando diversos aspetos físicos, emocionais, sociais, sexuais e socioeconómicos.

Fisicamente, a IU limita as atividades diárias e pode prejudicar a capacidade de realizar tarefas quotidianas. Além disso, muitas mulheres reduzem a ingestão de líquidos para evitar episódios de perda urinária, o que pode causar desidratação e aumentar o risco de infeções do trato urinário. De igual forma, os distúrbios do sono são comuns, já que a noctúria interfere na qualidade do descanso. A perceção de saúde física é geralmente negativa entre as mulheres afetadas pela IU, afetando a sua mobilidade e o bem-estar geral.

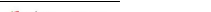
O impacto psicológico da IU também é marcante, com uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. A insegurança e redução da autoestima que contribui para o isolamento social é gerada pela preocupação constante com episódios de perda urinária.

A IU tem ainda, um impacto social considerável. As mulheres evitam, muitas vezes participar em atividades sociais, devido ao medo de episódios de incontinência. Este isolamento social pode levar a uma deterioração adicional da qualidade de vida, uma vez que a interação social é fundamental para o bem-estar emocional.

Por fim, tem um impacto significativo na vida sexual das mulheres, que muitas vezes evitam a intimidade com os parceiros com medo de episódios de incontinência durante o ato sexual. Portanto, a IU não afeta apenas a saúde física das mulheres, mas também as suas relações interpessoais e a capacidade de viver plenamente.

Existem inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de IU, tais como: o aumento da idade, a obstipação, problemas emocionais, o uso de múltiplos medicamentos, condições médicas pré-existent, alterações cognitivas, dificuldades motoras, cirurgias ginecológicas/pélicas, menopausa, consumos de tabaco e/ou álcool, ingestão de bebidas com cafeína e a falta de atividade física.

3

			SQ.MOD.000.000
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Mafra Norte			
Referenciação da mulher com incontinência urinária			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 001	03/2027	03/2027	

A gravidez e o parto são, também, fatores de risco devido às alterações anatómicas e fisiológicas. Em mulheres grávidas a prevalência da IU varia entre 0,7% e 35%, sendo mais frequente no terceiro trimestre da gestação e diminuindo significativamente no pós-parto.

Quando os sintomas se manifestam durante a gravidez a prevalência da IU aumenta. Após o parto, esta prevalência geralmente diminui, podendo persistir durante 4-6 semanas. No caso dos sintomas persistirem após este período, a IU pode permanecer durante vários anos.

Torna-se claramente uma problemática que deverá ser abordada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), este com área de intervenção em todo o ciclo de vida das mulheres, de forma que seja possível identificar precocemente mulheres que sofrem de IU. Num estudo realizado no Porto entre 2013 e 2014, 48,5% das mulheres relataram que não foram abordadas com esta temática da IU e os seus sintomas durante a vigilância pré-natal.

Após o diagnóstico de IU e devido à sua natureza complexa e aos seus efeitos abrangentes, muitas mulheres requerem uma abordagem especializada para o correto tratamento. A consulta de uroginecologia desempenha um papel fundamental na avaliação detalhada dos sintomas e na definição de um plano terapêutico adequado.

Portanto, a identificação precoce e o encaminhamento adequado para a consulta especializada são passos essenciais para um tratamento eficaz e a recuperação do bem-estar das utentes.

5.2. Recursos

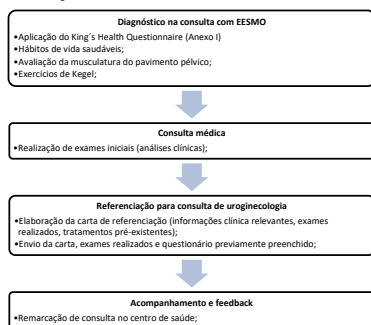
- **Humanos:** Uteente, enfermeiro, médico.
- **Materiais:** Computador, Sistema de Informação Clínica, Questionário em formato papel do King's Health (Anexo I)

4

			SQ.MOD.000.00
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de			
Referenciação da mulher com incontinência urinária			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	Página 5 de 7

5.3. Descrição

Através de um fluxograma:



5.4. Registos: Registos de enfermagem e da equipa médica em Sclínico, com os diagnósticos e intervenções realizadas e devido preenchimento da avaliação inicial, bem como uma descrição geral das respostas do questionário King's Health.

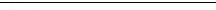
5

 REPÚBLICA PORTUGUESA  SNS SAÚDE				SQ.MOD.000.0
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de				
Referenciação da mulher com incontinência urinária				
INSTRUÇÃO DE TRABALHO				
Edição	Próxima Edição		Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	Página 6 de 7	

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar JM, Lira L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. Revista Salud Pública [Internet]. 2019 [cited 2025 March 25]; 21(4): 390-397. Available from: <https://www.scielo.org/pt/pdf/rsap/2019.v21n4/390-397.pt>
- Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. Associação Portuguesa de Urologia. [Internet]. 2007 [cited 2025 March 25]. Acta Urológica. 24(1): 79-82. Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem.pdf>
- Braga FC, Silva GR, Carvalho SO, Tavares CB, Santos ML, Sousa NL. Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. REAS [Internet]. 2023 [cited 2025 March 25]; 23(7). Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12592>
- Campillos MN, González RM, Berlango J, Crespo R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermeira. Enferm Nefrol. 2021 [cited 2025 March 25]. 24(1): 25-37. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefn/v24n1/2255-3517-enefn-24-01-03.pdf>
- European Urogynaecological Association [Internet]. 2025 [cited 2025 March 25]. Available from: <https://www.eugaooffice.org>
- Hagglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. Scandinavian journal of caring sciences [Internet]. 2007 [cited 2025 March 25]; 21(3): 305-12. Available from: <https://research.ebsco.com/c/ptg33r/search/details/3bdf66g3ub?db=mdc>
- Martins R, Nunes T, Menezes A. Incontinência Urinária Feminina e o Papel da Enfermagem. Repositório Institucional do Centro Universitário do Rio Grande do Norte [Internet]. 2022 [cited 2025 March 25]. Available from: <http://repositorio.unim.edu.br/squi/handle/123456789/477>

6

			SQ.MOD.000.00
Unidade de Cuidados de Saúde Primários de marra more			
Referenciação da mulher com incontinência urinária			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 001	03/2025	03/2027	
		Página 7 de 7	

- Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. Revista Científica da Ordem dos Médicos [Internet]. 2017 [cited 2025 March 25]. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7371/5107>
- Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos JA, Bezerra LR, Oriá MO, Vasconcelos C. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2025 March 25]; 71(3). Available from: <https://www.scielo.br/rben/a/TzqK67yLnhN9RFsStSDJPgi?lang=pt&format=pdf>
- Van Vuuren AJ, Van Rensburg JA, Jacobs L, Hanekom S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. International urogynecology journal [Internet]. 2021 [cited 2025 March 25]; 32(3): 485-99. Available from: <https://research.ebsco.com/c/ptg33r/search/details/ivvmav7ekj?db=mdc>

7. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

N.º DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
001	Documento inicial	31/03/2025	Unidade Orgânica

8. ANEXOS

Anexo I – King's Health Questionnaire Adaptado para Português

7

Anexo I - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE ADAPTADO PARA PORTUGUÊS

Nome: _____ Idade: _____

Percepção Geral de Saúde

1. Como descreveria a sua saúde no momento?

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐

Impacto da Incontinência

2. Quanto acha que o seu problema de incontinência afeta a sua vida?

De maneira nenhuma ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

A seguir, estão algumas atividades diárias que podem ser afetadas pela incontinência. Quanto afeta o seu problema de incontinência? Nós gostaríamos que respondesse a cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a si.

Limitações de Atividades Diárias

3. Quanto o seu problema de incontinência afeta as suas atividades domésticas como limpar a casa, fazer compras, etc...?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

4. Quanto o seu problema de incontinência afeta o seu trabalho ou as suas atividades diárias fora de casa?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Limitações Físicas

5. Quanto o seu problema de incontinência afeta as suas atividades físicas como andar, correr, praticar desporto, fazer ginástica, etc...?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

6. O seu problema de incontinência afeta a sua capacidade de viajar?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Limitações Sociais

7. O seu problema de incontinência limita a sua vida social?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

8. O seu problema de incontinência limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?

Nada ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Relações Pessoais

9. O seu problema de incontinência afeta o seu relacionamento com o seu parceiro?
Não aplicável ☐ Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐
10. O seu problema de incontinência afeta a sua vida sexual?
Não aplicável ☐ Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐
11. O seu problema de incontinência afeta a sua vida familiar?
Não aplicável ☐ Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Emoções

12. O seu problema de incontinência faz com que se sinta deprimida?
Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐
13. O seu problema de incontinência faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?
Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐
14. O seu problema de incontinência faz com que se sinta mal consigo mesma?
Nada ☐ Ligeiramente ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Sono e Disposição

15. O seu problema de incontinência afeta o seu sono?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐
16. Sente-se cansada ou esgotada?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐

Faz alguma das seguintes coisas? E se faz, quanto?

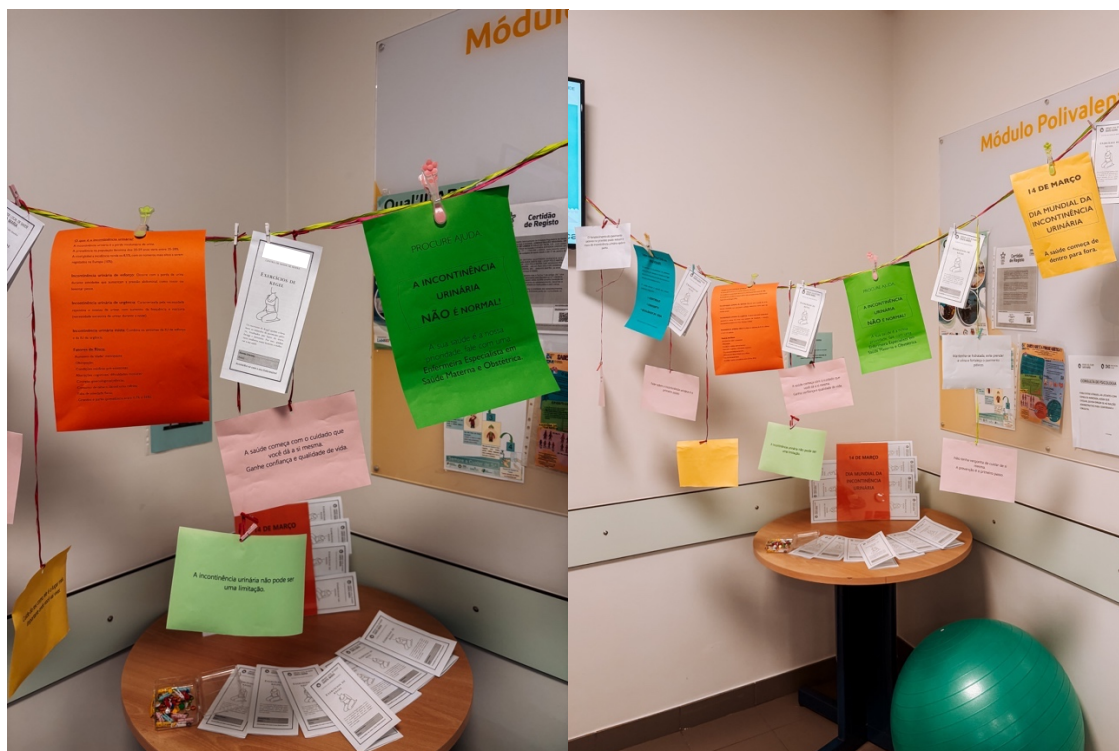
17. Usa produtos higiénicos para se manter seca?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐
21. Fica envergonhada por causa do problema de incontinência?
Nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐

OBRIGADO, AGORA VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

Apêndice XI – Dinamização do Dia do Pai



Apêndice XII – Dinamização do Dia Mundial da Incontinência Urinária



Apêndice XIII – Divulgação do Dia Mundial da Incontinência Urinária através das Redes Sociais

Assinala-se hoje, dia 14 de março de 2025, o dia Mundial da Incontinência Urinária.

O centro de saúde associa-se às comemorações deste dia, dinamizando uma exposição à cerca desta temática, promovida pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, e pela aluna Mariana Rua do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESSCVP-Lisboa, que se encontra em ensino clínico.

A incontinência urinária é definida pela literatura como a perda involuntária de urina, afetando principalmente mulheres. Na população feminina com idades entre os 20 e os 59 anos, a prevalência varia entre 25% e 28%, dependendo dos estudos. A nível global, a incontinência urinária apresenta uma taxa de incidência que ronda os 8,5%, com os números mais altos a serem registados na Europa, 10%.

Embora seja uma condição comum, a incontinência urinária continua a ser muitas vezes um tema tabu por parte de quem a vivencia, não sendo partilhado com os profissionais de saúde. Assim, é fundamental promover a literacia em saúde sobre esta temática, fornecendo informação essencial sobre os cuidados a ter e estratégias de prevenção, incluindo os famosos exercícios de Kegel, que são fundamentais para o fortalecimento do pavimento pélvico e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

A incontinência urinária não pode ser “normalizada”, pois afeta profundamente a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas que a experienciam. É dever dos profissionais de saúde incentivar a procura de ajuda profissional para a avaliação e tratamento desta patologia.

Destacamos que o primeiro passo para a prevenção e tratamento da incontinência urinária é abordar este assunto ao longo de todo o ciclo de vida, tendo os cuidados de saúde primários um papel muito importante ao nível da prevenção, deteção e tratamento da incontinência urinária.

Apêndice XIV – Resultados do Questionário de Avaliação da Preleção Realizada aos Alunos do MESMO da ESSCVP-Lisboa

Boa Tarde.

Desde já um agradecimento por ter participado nesta aula sobre o Pavimento Pélvico. Solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário de avaliação de modo a compreender o seu grau de satisfação relativamente à aula apresentada.

Este questionário online é anónimo e confidencial.

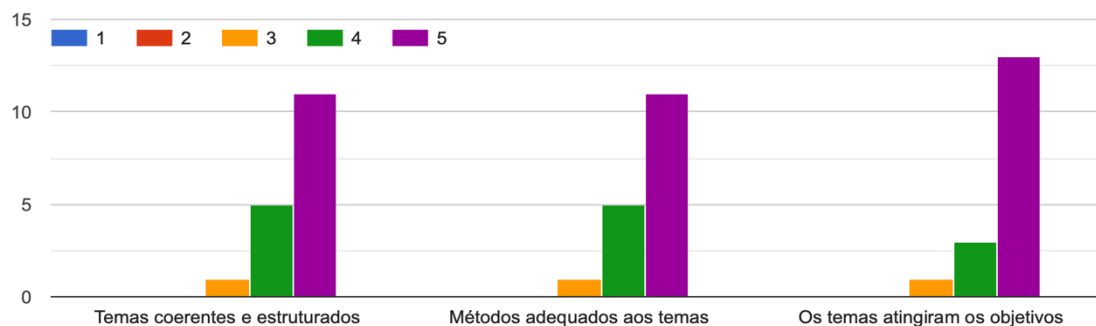
Estima-se que o preenchimento deste questionário demore cerca de 1 minuto.

Agradeço a atenção e o tempo dispensados.

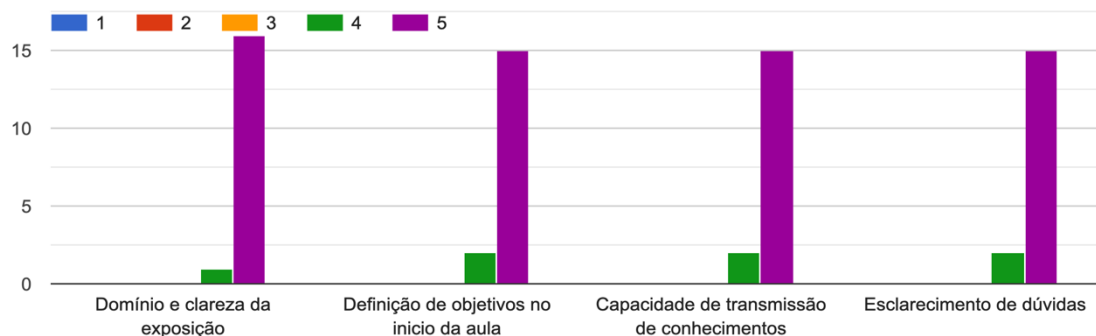
Mariana Rua

Total de respostas: 17 (alunos presentes 18)

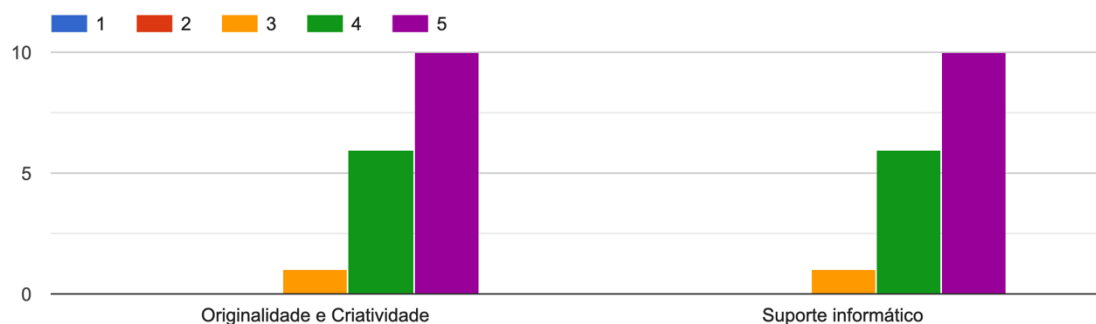
Classifique os conteúdos programáticos e os métodos de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



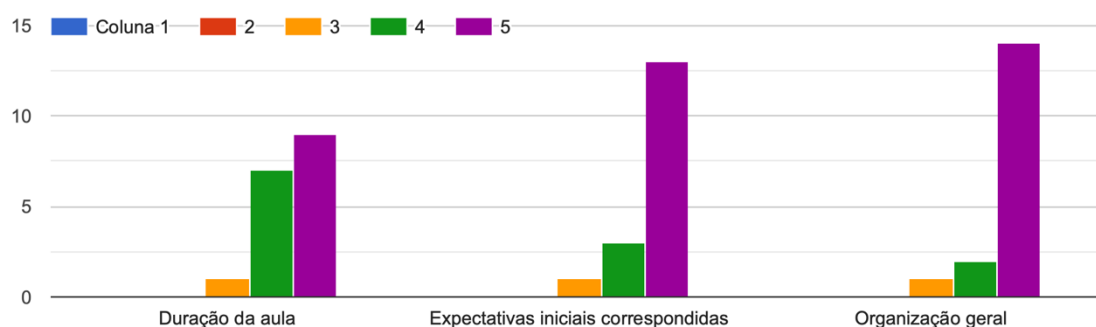
Classifique a competência da preletora de 1 a 5, sendo que 1 é pouca competência e 5 é muita competência.



Classifique a organização da formação de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Classifique organização global de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Indique, por favor, os pontos fortes da aula apresentada para a melhoria de cuidados prestados como EEESMO:

10 respostas

Tema pertinente
Aula interativa e dinâmica
Domínio da evidência científica atualizada; Domínio do tema; Resiliência no investimento do tema.
Autonomia do EEESMO
O conhecimento sobre a temática, a fluidez com que falou
Aquisição de conhecimento e aplicabilidade na prática
Tema super pertinente e no qual o EEESMO tem que investir
Dicas para a avaliação e intervenção na mulher com alterações ou possível alterações só pavimento pélvico

Aula pertinente e com temas interessantes sem ser exaustiva

Muita interação com o público o que capta a atenção, boa explicações acerca da temática

Indique, por favor, as oportunidade de melhoria da aula apresentada para a melhoria de cuidados prestados como EEESMO:

4 respostas

Nada a apontar

Ser presencial para demonstração de exercícios e visualização dos dispositivos

Nada a referir

Sem melhorias

Apêndice XV – Resumo do Artigo “A Prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal” a aguarda publicação na Revista Recien

Categoria do Artigo: Artigo de Revisão - *Scoping Review*

Rua MG, Carteiro DMH. A prevenção da incontinência urinária na vigilância pré-natal

Resumo:

O estudo visa mapear a evidência científica sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção da incontinência urinária no contexto da vigilância pré-natal. Realizou-se uma scoping review com pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Scopus. Dos 25 artigos identificados para elegibilidade, selecionaram-se 4 estudos, que abordam intervenções educativas, promoção do treino dos músculos do pavimento pélvico e outras estratégias preventivas conduzidas pelo Enfermeiro Especialista. Os resultados indicam que as intervenções supervisionadas, em grupo ou em formato híbrido, promovem a redução significativa da incontinência urinária durante a gravidez e são bem aceites pelas utentes. Entre as barreiras destacam-se a falta de tempo, insegurança técnica dos profissionais de saúde e perceção da incontinência urinária como inevitável. A formação especializada dos Enfermeiros Especialistas, existência de materiais educativos claros e o acompanhamento estruturado revelam-se determinantes para a eficácia, adesão e sustentabilidade das intervenções.

Descritores: Grávida; Incontinência Urinária; Prevenção; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

Abstract:

The study aims to map the scientific evidence the intervention of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health in preventing urinary incontinence within the context of prenatal care. A scoping review was conducted with research in MEDLINE Complete, CINAHL Complete, and Scopus. Of the 25 articles identified for eligibility, 4 studies were selected, addressing educational interventions, promotion of pelvic floor muscle training, and preventive strategies led by the Specialist Nurse. Findings indicate that supervised, group-based, or hybrid interventions significantly reduce urinary

incontinence during pregnancy and are well accepted by patients. Key barriers include limited consultation time, professional technical insecurity, and the perception of urinary incontinence as inevitable. Specialized training for Specialist Nurses, clear educational materials, and structured follow-up are critical for the effectiveness, adherence, and sustainability of interventions.

Descriptors: Pregnant; Urinary Incontinence; Prevention; Obstetric Nurse;

Resumen:

El estudio tiene como objetivo mapear evidencia científica sobre la intervención del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica en la prevención de la incontinencia urinaria en el contexto de la vigilancia prenatal. Se realizó una revisión exploratoria con busca en MEDLINE Complete, CINAHL Complete y Scopus. De los 25 artículos identificados para elegibilidad, se seleccionaron 4 estudios que abordan intervenciones educativas, promoción de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y estrategias preventivas lideradas por el Enfermero Especialista. Los resultados indican que las intervenciones supervisadas, en grupo o en formato híbrido, reducen significativamente la incontinencia urinaria durante el embarazo y son bien aceptadas por las usuarias. Entre las barreras destacan la falta de tiempo, la inseguridad técnica de los profesionales de salud y la percepción de la incontinencia urinaria como inevitable. La formación especializada de los Enfermeros Especialistas, los materiales educativos claros y el seguimiento estructurado, resultan en determinantes para la eficacia, la adherencia y la sostenibilidad de las intervenciones.

Descriptores: Embarazada; Incontinencia Urinaria; Prevención; Matrona;

**Apêndice XVI – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de
Formação em Serviço no Internamento de Grávidas com o tema
Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária**

Boa Tarde.

Desde já um agradecimento por ter participado nesta sessão intitulada "O Fortalecimento do Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária".

Solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário de avaliação de modo a compreender o seu grau de satisfação relativamente à sessão apresentada, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

Este questionário online é anónimo e confidencial.

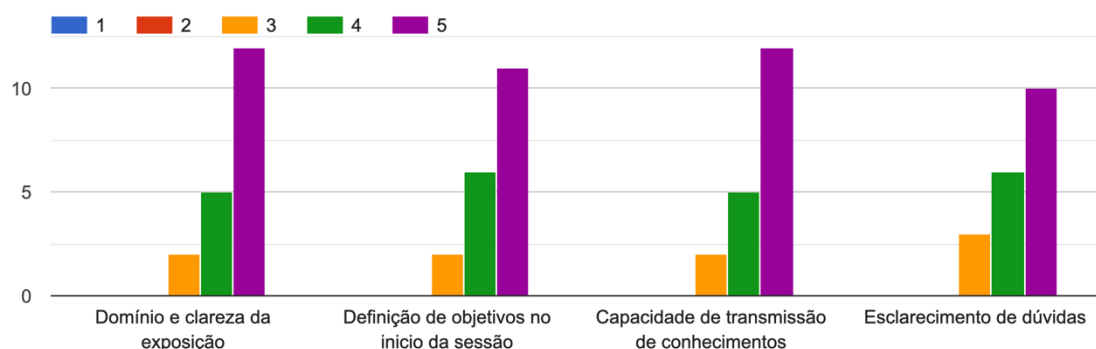
Estima-se que o preenchimento deste questionário demore cerca de 1 minuto.

Agradeço a atenção e o tempo dispensados.

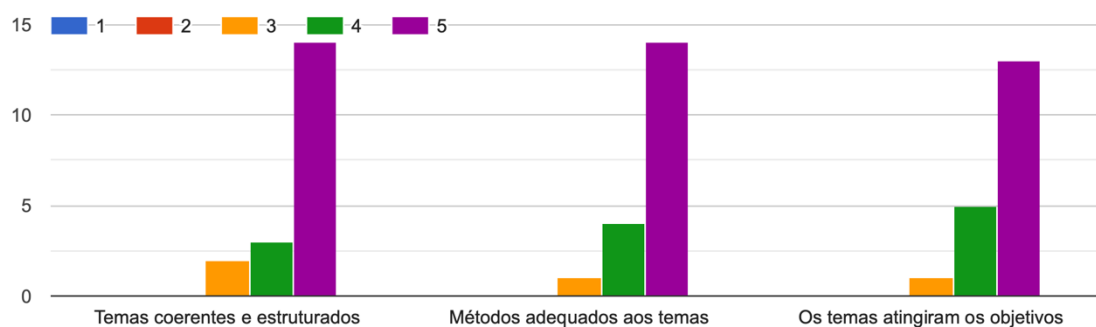
Mariana Rua

Total de respostas: 19

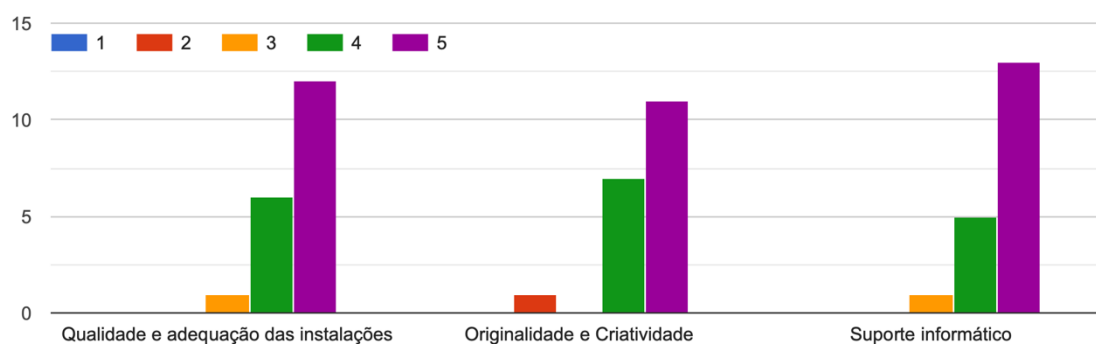
Classifique a competência da preleitora de 1 a 5, sendo que 1 é pouca competência e 5 é muita competência.



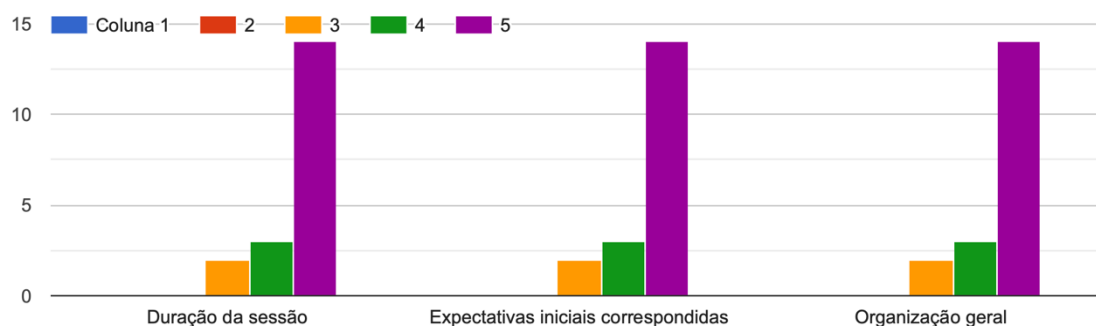
Classifique os conteúdos programáticos e os métodos de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Classifique a organização da formação de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Classifique organização global de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Indique, por favor, os pontos fortes da sessão de educação para a saúde:

8 respostas

Clareza e segurança na transmissão da informação.

A escolha do tema

A formadora tinha bastante conhecimento sobre o tema

Clareza da exposição dos conteúdos e escolha da temática apresentada no contexto da obstetrícia

Tema muito interessante e ainda pouco trabalhado na comunidade

Informação resumida e clara.

Temática pertinente para a área

Tema bastante importante para a realidade do EEESMO.

Indique, por favor, as oportunidade de melhoria da sessão de educação para a saúde:

5 respostas

Exemplo fotográfico de alguns dos temas abordados.

Praticar os exercícios

Nao tenho sugestões de melhoria

Nada a apontar.

Disponibilizar os powerpoint

**Apêndice XVII – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de
Formação em Serviço no Internamento de Puérperas com o tema
Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária**

Boa Tarde.

Desde já um agradecimento por ter participado nesta sessão intitulada "O Fortalecimento do Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária".

Solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário de avaliação de modo a compreender o seu grau de satisfação relativamente à sessão apresentada, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

Este questionário online é anónimo e confidencial.

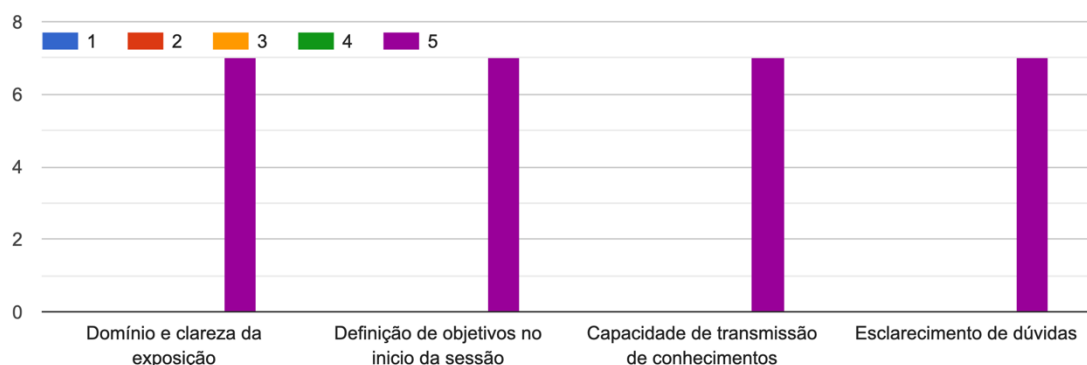
Estima-se que o preenchimento deste questionário demore cerca de 1 minuto.

Agradeço a atenção e o tempo dispensados.

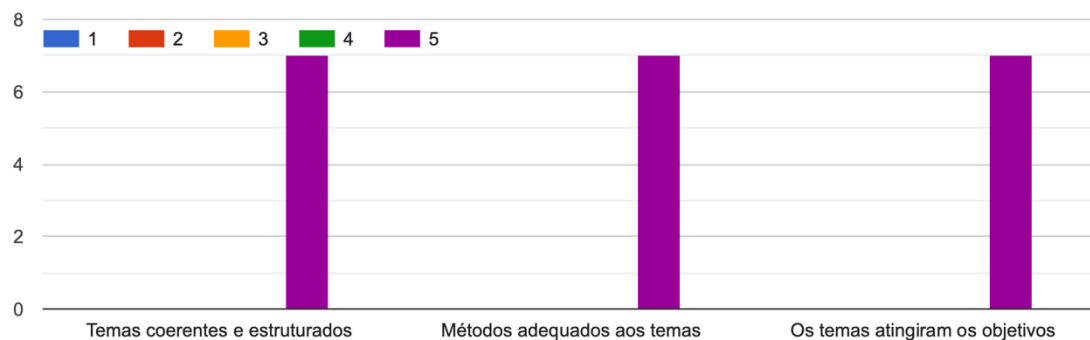
Mariana Rua

Total de respostas: 7

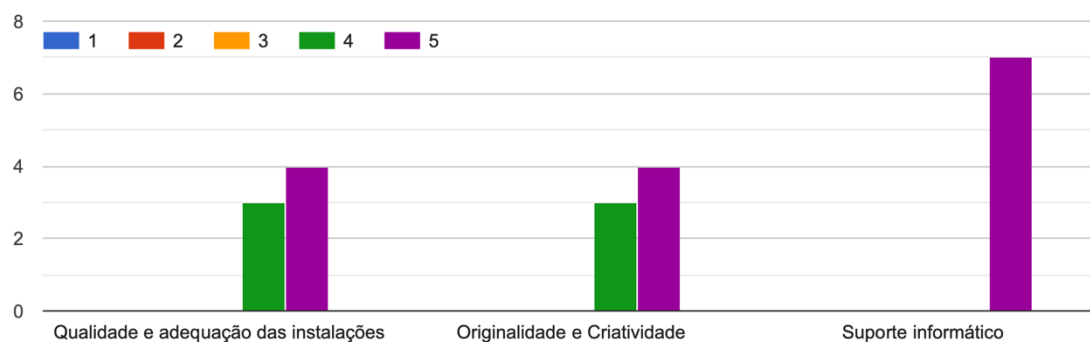
Classifique a competência da preleitora de 1 a 5, sendo que 1 é pouca competência e 5 é muita competência.



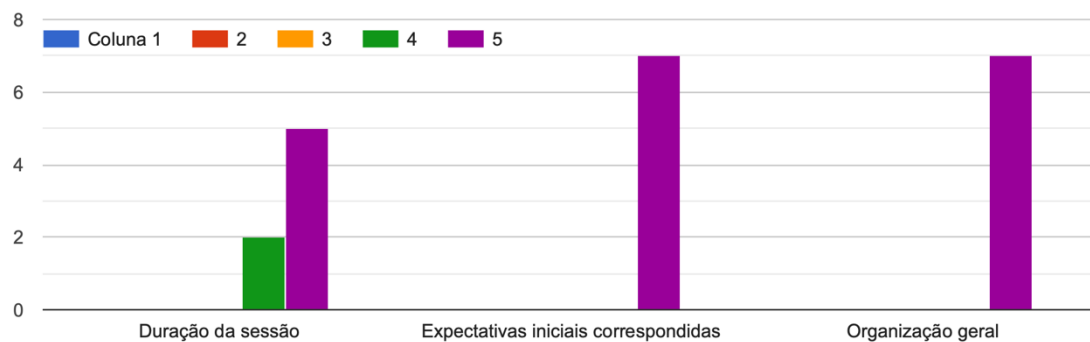
Classifique os conteúdos programáticos e os métodos de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Classifique a organização da formação de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Classifique organização global de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.



Indique, por favor, os pontos fortes da sessão de educação para a saúde:

2 respostas

Temática relevante para a área

Temática pouco falada

Indique, por favor, as oportunidade de melhoria da sessão de educação para a saúde:

3 respostas

Mais tempo de formação ou mais dias de formação

Disponibilizar os PowerPoint

Partilhar casos clínicos como exemplos

Apêndice XVIII – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos com o tema Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária

Boa Tarde.

Desde já um agradecimento por ter participado nesta sessão intitulada " Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária".

Solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário de avaliação de modo a compreender o seu grau de satisfação relativamente à sessão apresentada, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

Este questionário online é anónimo e confidencial.

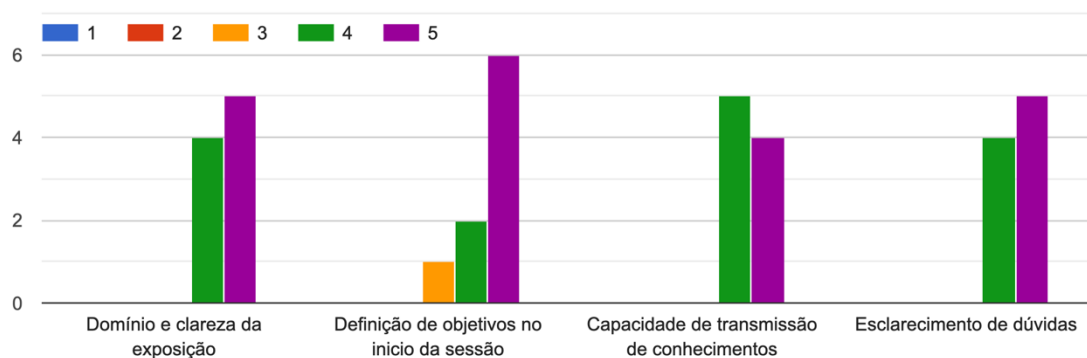
Estima-se que o preenchimento deste questionário demore cerca de 1 minuto.

Agradeço a atenção e o tempo dispensados.

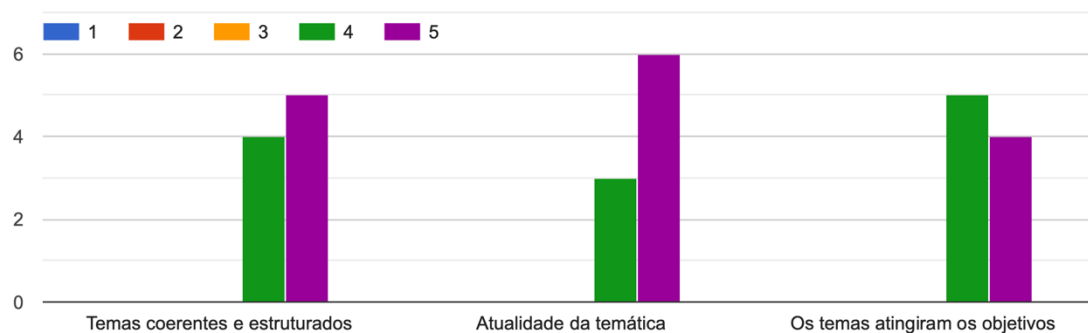
Mariana Rua

Total de respostas: 9

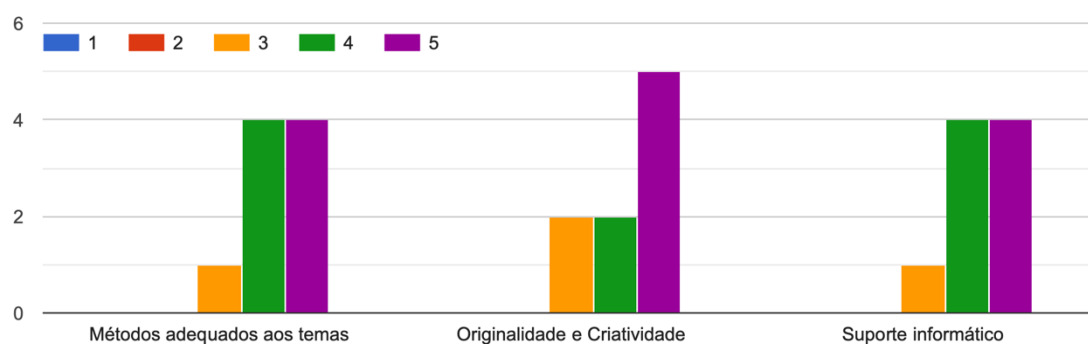
Classifique a competência da preletora de 1 a 5, sendo que 1 é pouca competência e 5 é muita competência.



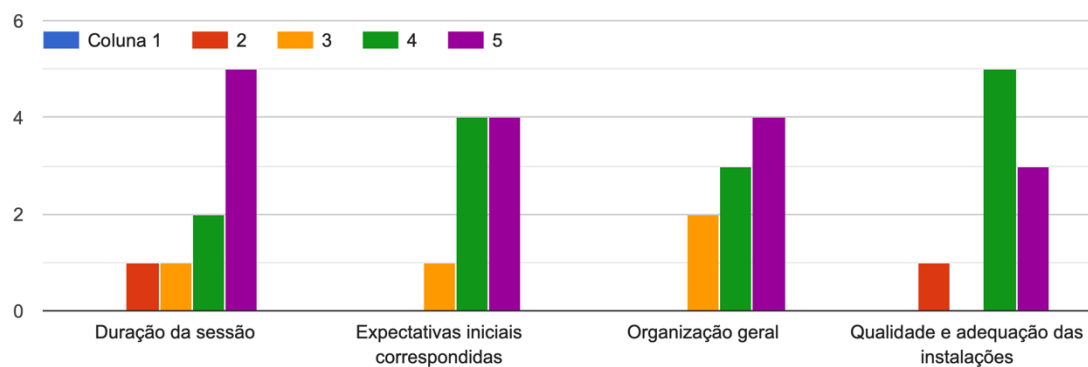
Classifique os conteúdos programáticos de 1 a 5, sendo que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.



Classifique os métodos utilizados de 1 a 5, sendo que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.



Classifique organização da formação de 1 a 5, sendo que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.



Indique, por favor, os pontos fortes da sessão de educação para a saúde:

4 respostas

Pertinência do tema no contexto do bloco de Partos

Sessão interativa

Tema pertinente, atual e original.

Domínio do tema

Indique, por favor, as oportunidade de melhoria da sessão de educação para a saúde:

1 resposta

Mais tempo de formação

Apêndice XIX – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade com o tema Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária

Boa Tarde.

Desde já um agradecimento por ter participado nesta sessão intitulada "O Fortalecimento do Pavimento Pélvico - Prevenção da Incontinência Urinária".

Solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário de avaliação de modo a compreender o seu grau de satisfação relativamente à sessão apresentada, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

Este questionário online é anónimo e confidencial.

Estima-se que o preenchimento deste questionário demore cerca de 1 minuto.

Agradeço a atenção e o tempo dispensados.

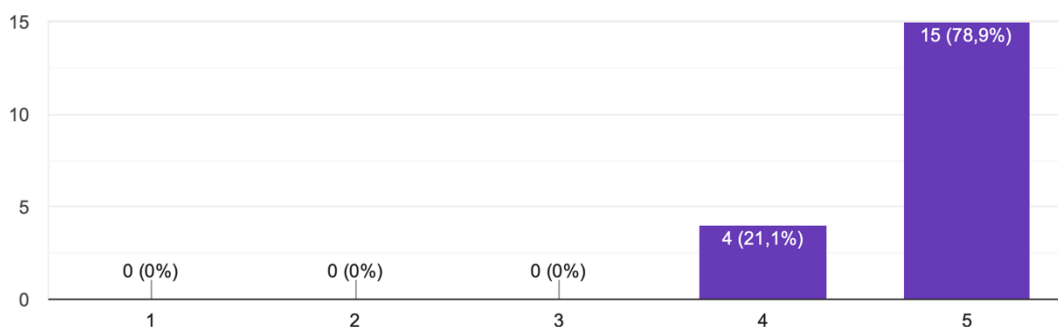
Mariana Rua

Total de respostas: 19

Classifique a competência da preletora de 1 a 5, sendo que 1 é pouca competência e 5 é muita competência.

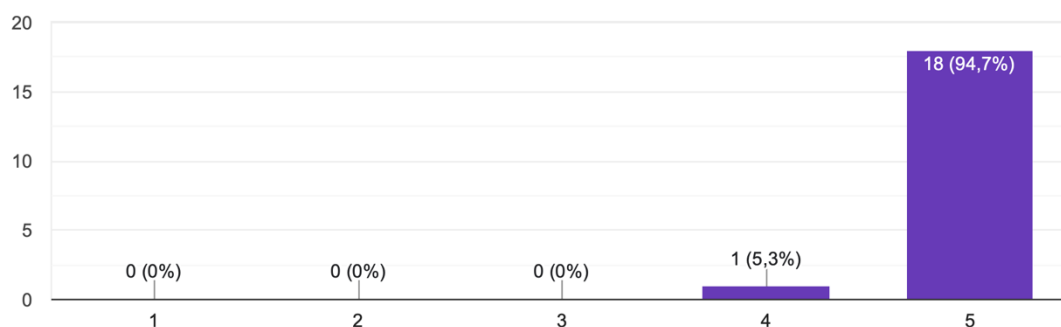
Domínio e clareza da exposição

19 respostas



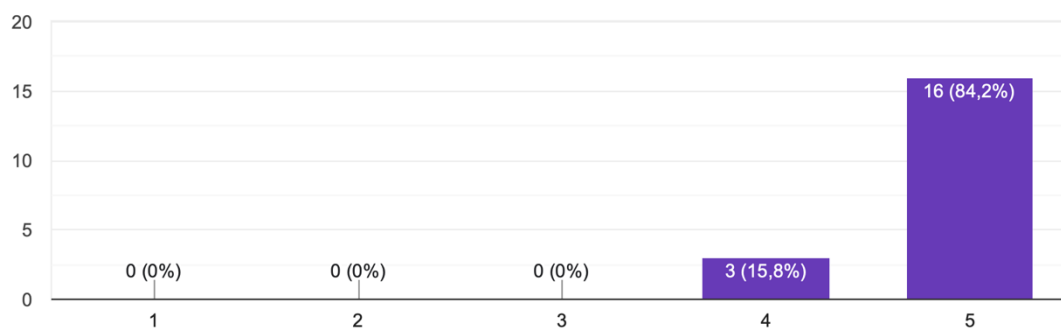
Linguagem acessível

19 respostas



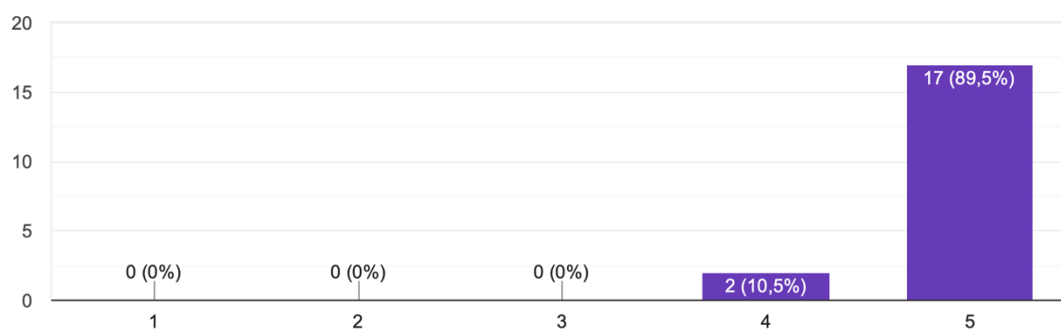
Capacidade de transmissão de conhecimentos

19 respostas



Esclarecimento de dúvidas

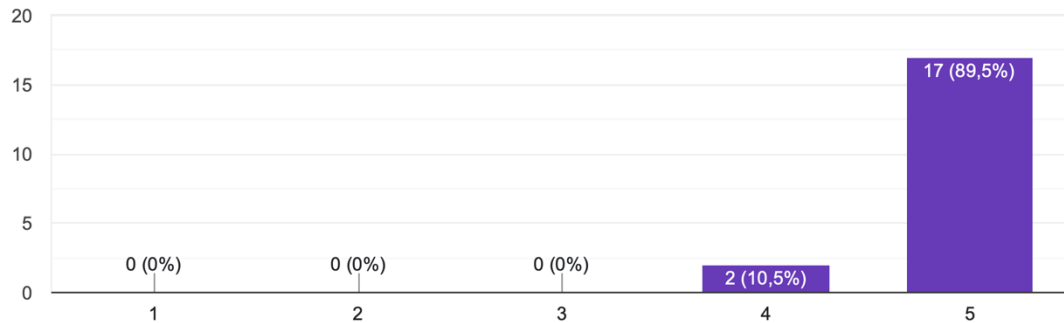
19 respostas



Classifique os conteúdos programáticos de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.

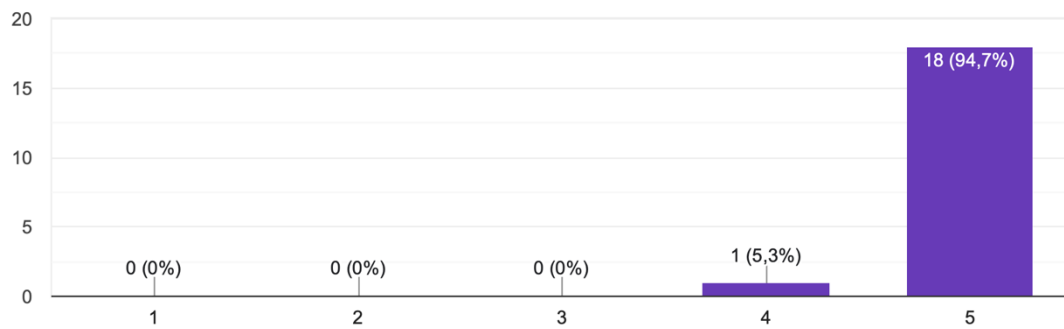
Tema coerente e estruturado

19 respostas



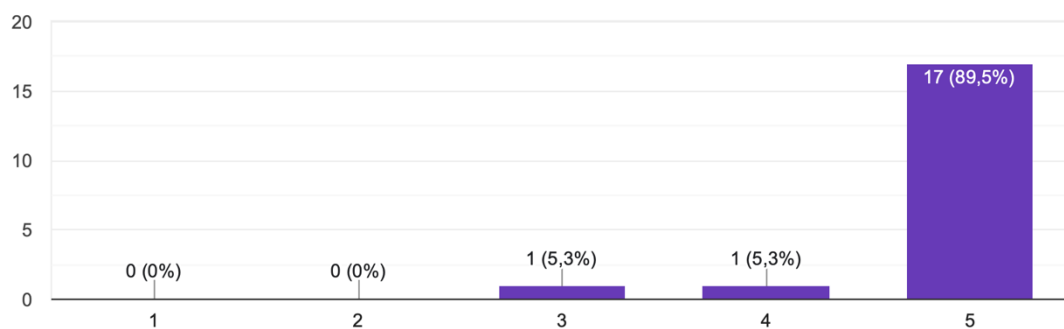
Tema relevante para o seu momento de gestação

19 respostas



Métodos adequados à temática

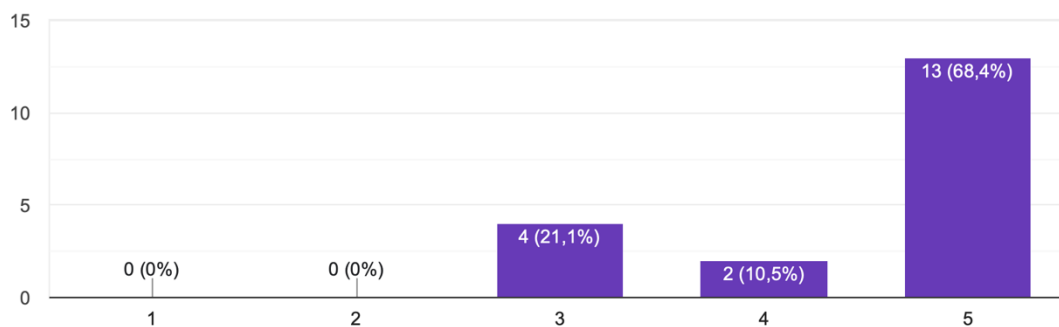
19 respostas



Classifique a organização da sessão de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 é concorda muito.

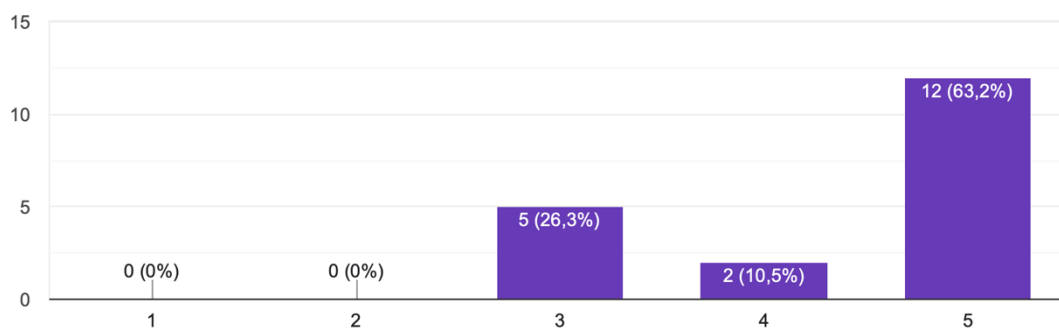
Qualidade e adequação das instalações

19 respostas



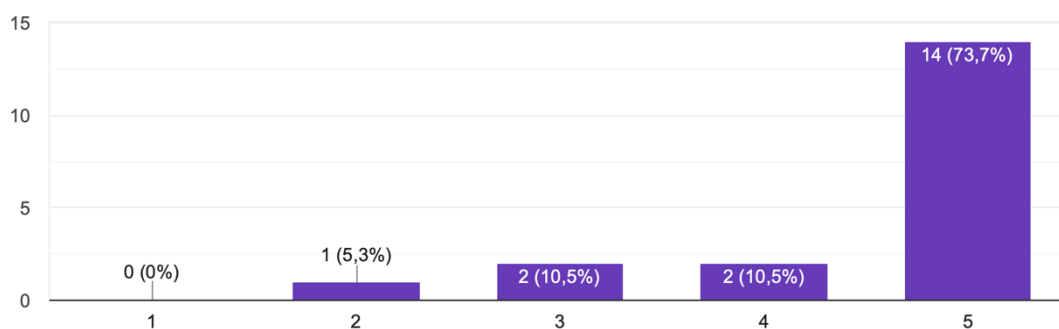
Originalidade e criatividade

19 respostas



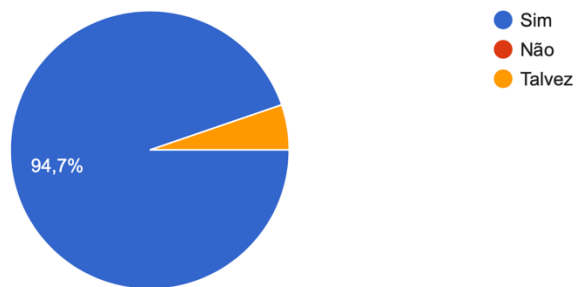
Suporte informático

19 respostas



Após a sessão sente que é importante realizar exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico?

19 respostas



Indique, por favor, o que considera serem os pontos fortes da sessão de educação para a saúde.

9 respostas

Bastante útil
Esclarecida e simples.
A clareza e esclarecimento de dúvidas.
The exercicios de Kegel
Tema muito pertinente
Educação para conhecimento do corpo
Relevancia do tema para grávidas e não grávidas
Tudo relevante, principalmente porque se traduz numa ajuda para o tp
Que devemos fazer desde sempre

Indique, por favor, as oportunidades de melhoria da sessão de educação para a saúde.

6 respostas

Talvez clarificar que nem sempre a tonificação do PP pode ser benéfica (p.e., no caso de hipertonia pré-existente).
N/A
Enviar slides
Exposição/ tempo limitado para a abordagem e a esclarecimento das temáticas leccionadas
Falar também quando se tem o pavimento pélvico demasiado forte é como relaxar, mas talvez isso apareça noutra sessão
A sessão foi esclarecedora, seria interessante a partilha da apresentação por e-mail

**Apêndice XX – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no
Internamento de Grávidas**

Sessão da Formação em Serviço

**FORTELECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO NA
PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**



17 27 de Maio de 2025 das 14h às 14h30

📍 Sala de Aulas – Piso 4 –
(modelo híbrido)

Formadora:
Mariana Rua

Supervisora clínica:
EESMO

Supervisora pedagógica:
Professora Dora Carteiro



Apêndice XXI – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Internamento de Grávidas

Tema: Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

População-alvo: Enfermeiros do serviço de Materno-fetal do

Formador: Mariana Rua

Local: Sala de Aulas – Serviço de Obstetrícia – Piso 4 –

Data: 27 de Maio de 2025

Hora: 14 horas

Duração: 30 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da temática do Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

Objetivos específicos:

Que o formando no fim da sessão consiga:

- Conhecer o que é o pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

ETAPAS (FASES)	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar a formadora e a temática;	Apresentação da formadora e do tema da sessão de formação em serviço;	Expositiva	Recurso a diapositivos	3 minutos

DESENVOLVIMENTO	Conhecer o que é o pavimento pélvico;	Apresentação do que é o pavimento pélvico;			
	Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação dos fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação das principais disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;	Apresentação dos fatores de risco para a presença de incontinência urinária;			
	Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação da incontinência urinária;	Apresentação de estratégias de como avaliar a presença de incontinência urinária;	Expositiva e participativa através da discussão orientada	Recurso a diapositivos	20 minutos
	Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;	Apresentação de ensinamentos que devem ser realizados às utentes tanto na prevenção como no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;			
	Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.	Apresentação de diferentes tipos de exercícios que podem ser utilizados pelas utentes para o fortalecimento do pavimento pélvico;			

SÍNTESE	Sintetizar os principais aspetos abordados; Concluir sobre os objetivos definidos; Esclarecimento de dúvidas;	Sintetização dos aspetos principais; Conclusão sobre os objetivos predefinidos para a sessão; Esclarecimento de dúvidas por parte do público-alvo;	Expositiva	Recurso a diapositivos	5 minutos
AValiação	Avaliar a satisfação relativa à sessão formativa apresentada;		Interrogativo	Questionário online e anónimo de avaliação da satisfação	2 minutos

Apêndice XXII – Plano de Sessão da Formação de Educação para a Saúde no Internamento de Grávidas

Tema: Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

População-alvo: 20 grávidas a frequentar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Formador: Mariana Rua

Local: Sala de Aulas – Serviço de Obstetrícia – Piso 4 –

Data: 07 de Maio de 2025

Hora: 14h

Duração: 25 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar as grávidas sobre a importância do Fortalecimento do Pavimento Pélvico

Objetivos específicos:

Que as mulheres no final da sessão sejam capazes de:

- Conhecer o que é o pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;
- Reconhecer a importância do fortalecimento do pavimento pélvico;
- Conhecer os exercícios de Kegel;
- Identificar os músculos do pavimento pélvico;

ETAPAS (FASES)	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar a formadora e a temática;	Apresentação da formadora e do tema da sessão de educação para a saúde;	Expositiva	Recurso a diapositivos	2 minutos

DESENVOLVIMENTO	Conhecer o que é o pavimento pélvico;	Apresentação do que é o pavimento pélvico;	Expositiva e participativa através da discussão orientada	Recurso a diapositivos	15 minutos
	Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação dos fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação das principais disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;	Apresentação dos fatores de risco para a presença de incontinência urinária;			
	Conhecer os exercícios de Kegel;	Apresentação de quando e com que frequência realizar os exercícios de Kegel e os dois tipos de contração;			
	Identificar os músculos do pavimento pélvico;	Apresentação das etapas para reconhecer quais os músculos que se deve contrair;			
SÍNTESE	Sintetizar os principais aspetos abordados;	Sintetização dos aspetos principais; Conclusão sobre os objetivos predefinidos para a sessão;	Expositiva	Recurso a diapositivos	3 minutos
AValiação	Avaliar a satisfação da sessão de educação para a saúde apresentada;		Interrogativo	Questionário online e anónimo de avaliação da satisfação da formação	5 minutos

**Apêndice XXIII – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no
Internamento de Puérperas**

Sessão da Formação em Serviço

**FORTELECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO NA
PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**



 8 e 9 de Julho de 2025 das 15h às 15h30

 Sala de Enfermagem – Piso 5 –

Formadora:
Mariana Rua

Supervisora clínica:
EESMO

Supervisora pedagógica:
Professora Dora Carteiro



Apêndice XXIV – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Internamento de Puérperas

Tema: Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

População-alvo: Enfermeiros do serviço do Puerpério do

Formador: Mariana Rua

Local: Sala de Enfermagem – Serviço do Puerpério – Piso 5 –

Datas: 8 de Julho de 2025 e 9 de Julho de 2025

Hora: 15 horas

Duração: 30 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da temática do Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

Objetivos específicos:

Que o formando no fim da sessão consiga:

- Conhecer o que é o pavimento pélvico;
Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

ETAPAS (FASES)	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar a formadora e a temática;	Apresentação da formadora e do tema da sessão de formação em serviço;	Expositiva	Recurso a diapositivos	3 minutos

DESENVOLVIMENTO	Conhecer o que é o pavimento pélvico;	Apresentação do que é o pavimento pélvico;			
	Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação dos fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;	Apresentação das principais disfunções do pavimento pélvico;			
	Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;	Apresentação dos fatores de risco para a presença de incontinência urinária;			
	Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação da incontinência urinária;	Apresentação de estratégias de como avaliar a presença de incontinência urinária;	Expositiva e participativa através da discussão orientada	Recurso a diapositivos	20 minutos
	Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;	Apresentação de ensinamentos que devem ser realizados às utentes tanto na prevenção como no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;			
	Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.	Apresentação de diferentes tipos de exercícios que podem ser utilizados pelas utentes para o fortalecimento do pavimento pélvico;			

SÍNTESE	Sintetizar os principais aspetos abordados; Concluir sobre os objetivos definidos; Esclarecimento de dúvidas;	Sintetização dos aspetos principais; Conclusão sobre os objetivos predefinidos para a sessão; Esclarecimento de dúvidas por parte do público-alvo;	Expositiva	Recurso a diapositivos	5 minutos
AVALIAÇÃO	Avaliar a satisfação relativa à sessão formativa apresentada;		Interrogativo	Questionário online e anónimo de avaliação da satisfação	2 minutos

Apêndice XXV – Convite para a Sessão de Formação em Serviço no Bloco de Partos

Sessão de Formação em Serviço

PAVIMENTO PÉLVICO: PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



 14 de Janeiro de 2026 das 14h às 14h30

 Sala de Partos – Piso 2 –

Formadora:
Mariana Rua

Supervisora clínica:
EEESMO

Supervisora pedagógica:
Professora Dora Carteiro



Apêndice XXVI – Plano de Sessão da Formação em Serviço no Bloco de Partos

Tema: Pavimento Pélvico: Prevenção da Incontinência Urinária

População-alvo: Enfermeiros do serviço da Sala de Partos do Hospital

Formador: Mariana Rua

Local: Sala de Enfermagem – Serviço da Sala de Partos – Piso 2 –

Datas: 14 de Janeiro de 2026

Hora: 14 horas

Duração: 30 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da temática do Fortalecimento do Pavimento Pélvico na Prevenção da Incontinência Urinária

Objetivos específicos:

Que o formando no fim da sessão consiga:

- Conhecer a anatomia pelvipерineal;
- Identificar as funções do pavimento pélvico;
- Identificar alterações anatomofisiológicas na gravidez, parto e pós-parto;
- Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico;
- Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária;
- Distinguir os principais tipos de incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação do pavimento pélvico;
- Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento não farmacológico da incontinência urinária;
- Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

ETAPAS (FASES)	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar a formadora e a temática;	Apresentação da formadora e do tema da sessão de formação em serviço;	Expositiva	Recurso a diapositivos	3 minutos
DESENVOLVIMENTO	Conhecer a anatomia pelviperineal; Identificar as funções do pavimento pélvico; Identificar alterações anatomofisiológicas na gravidez, parto e pós-parto; Identificar os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico; Identificar as principais disfunções do pavimento pélvico; Identificar os fatores de risco para a presença de incontinência urinária; Identificar as intervenções do EEESMO na avaliação do pavimento pélvico; Identificar as intervenções do	Apresentação da anatomia pelviperineal; Apresentação das funções do pavimento pélvico; Apresentação das principais alterações anatomofisiológicas no ciclo gravídico; Apresentação dos fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico; Apresentação das principais disfunções do pavimento pélvico; Apresentação dos fatores de risco para a presença de incontinência urinária; Apresentação de estratégias de como avaliar o pavimento pélvico; Apresentação de estratégias de como	Expositiva e participativa através da discussão orientada	Recurso a diapositivos	20 minutos

	EEESMO na avaliação da incontinência urinária; Identificar as intervenções do EEESMO no tratamento farmacológico da incontinência urinária; Identificar as intervenções do EEESMO na promoção dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.	avaliar a presença de incontinência urinária; Apresentação de ensinamentos que devem ser realizados às utentes tanto na prevenção como no tratamento não farmacológico da incontinência urinária; Apresentação de diferentes tipos de exercícios que podem ser utilizados pelas utentes para o fortalecimento do pavimento pélvico;			
SÍNTESE	Sintetizar os principais aspetos abordados; Concluir sobre os objetivos definidos; Esclarecimento de dúvidas;	Sintetização dos aspetos principais; Conclusão sobre os objetivos predefinidos para a sessão; Esclarecimento de dúvidas por parte do público-alvo;	Expositiva	Recurso a diapositivos	5 minutos
AVALIAÇÃO	Avaliar a satisfação relativa à sessão formativa apresentada;		Interrogativo	Questionário online e anónimo de avaliação da satisfação	2 minutos

Apêndice XXVII – Roteiro Informal para Colheita de Dados no Bloco de Partos

Código do roteiro: _____

Secção 1 – Dados sociodemográficos

1. Idade: _____ anos

2. Nacionalidade: _____

3. Grau de escolaridade:

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino básico – 1º ciclo (atual 4º ano)
- ☐ Ensino básico – 2º ciclo (atual 6º ano)
- ☐ Ensino básico completo (atual 9º ano)
- ☐ Ensino secundário (atual 12º ano)
- ☐ Curso técnico superior profissional
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outro: _____

Secção 2 – História Clínica e Obstétrica

5. Antecedentes de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

5.1. Se sim, qual/quais? _____

6. Motivo de internamento: _____

7. Esta é a sua:

- ☐ Primeira gravidez
- ☐ Segunda
- ☐ Terceira

☐ Quarta ou mais

8. Com quantas semanas de gestação se encontra? _____ semanas _____ dias

9. Quantos filhos tem? _____

9.1. Que tipo de parto(s)?

☐ Normal _____

☐ Ventosa _____

☐ Fórceps _____

☐ Cesariana _____

☐ Não sei

9.2. Teve complicações na(s) gravidez anterior(es)?

☐ Sim, qual/quais? _____ ☐ Não

9.3. Teve complicações no(s) pós-parto anterior(es)?

☐ Sim, qual/quais? _____ ☐ Não

Secção 3 – Caracterização da Vigilância pré-natal

10. Quantas consultas de enfermagem já teve nesta vigilância de gravidez? _____

11. Onde está a ser acompanhada a sua vigilância da gravidez?

☐ Hospital Privado

☐ Hospital Público

☐ Centro de Saúde

☐ Outro, qual? _____

12. Quem está a realizar/realizou maioritariamente a sua vigilância pré-natal?

☐ Médico

☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Não sei/não tenho a certeza

☐ Outro, qual? _____

13. Frequentou algum curso de preparação para o parto?

☐ Sim ☐ Não

13.1. Se sim, esse curso foi realizado por:

☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Vários profissionais, quais? _____

☐ Não sei/não tenho a certeza

☐ Outro, qual? _____

Secção 4 – Abordagem da incontinência urinária durante a assistência pré-natal

14. Sabe o que é incontinência urinária?

☐ Sim ☐ Não

15. Algum profissional de saúde lhe falou sobre incontinência urinária durante o acompanhamento pré-natal?

☐ Sim ☐ Não

15.1. Se sim, quem abordou este assunto?

☐ Médico ☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Vários profissionais, quais? _____

☐ Não sabe/não tem a certeza

☐ Outro, qual? _____

16. Foi abordada sobre formas de prevenir a incontinência urinária na gravidez e/ou no pós-parto (hábitos de vida saudável, exercícios de Kegel, massagem perineal, etc)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se recorda

16.1. Se sim, quem abordou este assunto?

☐ Médico ☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Vários profissionais, quais? _____

☐ Não sabe/não tem a certeza

☐ Outro, qual? _____

17. Alguma vez experienciou uma perda involuntária de urina?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se recorda

17.1. Se sim, em que contexto?

☐ Urgência urinária ☐ A rir ☐ A tossir

☐ A fazer exercício físico ☐ Ao longo da gravidez

☐ Outro, qual? _____

17.2. Essa perda afetou a sua qualidade de vida ou o seu bem-estar?

☐ Sim ☐ Não

18. Alguma vez ouviu falar da importância do pavimento pélvico?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se recorda

18.1. Se sim, quem abordou este assunto?

☐ Médico ☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Vários profissionais, quais? _____

☐ Não sabe/não tem a certeza

☐ Outro, qual? _____

19. Alguém lhe explicou como realizar exercícios para fortalecer o pavimento pélvico (exercícios de Kegel, Epi-No, cones vaginais, massagem perineal, etc)?

☐ Sim, com explicação detalhada ☐ Sim, de forma breve ☐ Não

19.1. Se sim, qual destes reconhece?

☐ Exercícios de Kegel

☐ Epi-NO

☐ Utilização de cones vaginais

☐ Massagem perineal

☐ Outro/outros, qual/quais? _____

19.2. Se sim, quem abordou este assunto?

☐ Médico ☐ Enfermeiro (generalista)

☐ Enfermeiro (especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica)

☐ Vários profissionais, quais? _____

☐ Não sabe/não tem a certeza

☐ Outro, qual? _____

20. Já praticava esses exercícios antes?

☐ Sim, regularmente ☐ Sim, mas de forma irregular ☐ Não ☐ Não conhecia

20.1. Se sim, qual?

☐ Exercícios de Kegel

- ☐ Epi-NO
- ☐ Utilização de cones vaginais
- ☐ Massagem perineal
- ☐ Outro/outros, qual/quais? _____

21. Começou a praticar esses exercícios durante esta gravidez?

- ☐ Sim, regularmente ☐ Sim, mas de forma irregular ☐ Não ☐ Não conhecia

21.1. Se sim, qual?

- ☐ Exercícios de Kegel
- ☐ Epi-NO
- ☐ Utilização de cones vaginais
- ☐ Massagem perineal
- ☐ Outro/outros, qual/quais? _____

Seção 5 – Percepções e importância atribuída

22. Considera importante que os profissionais de saúde falem sobre a prevenção da incontinência urinária durante a vigilância pré-natal?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

23. Considera a informação que tem sobre este tema suficiente?

- ☐ Sim ☐ Não

23.1. Se não, como preferia receber essa informação?

- ☐ Conversa com profissional
- ☐ Consultas
- ☐ Folheto explicativo
- ☐ Vídeo demonstrativo
- ☐ Sessão prática
- ☐ Outro: _____

Anexos

Anexo I – Certificado de Colaboração como Preletora com o Tema “Cuidados ao Pavimento Pélvico/Incontinência Urinária”



DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Mariana Gonçalves Rua** colaborou com a Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, tendo efetuado uma preleção no dia 21/10/2025, no âmbito da unidade curricular Enfermagem da Mulher e da Família II, num total de 2 horas, abordando o tema “Cuidados ao Pavimento Pélvico/Incontinência Urinária”, dirigida aos estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Lisboa, 22 de outubro de 2025.

A responsável pelo Secretariado
Pedagógico
Marina Tavares



Secretariado Pedagógico
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa
Avenida de Ceuta, nº 1, Piso 2 | 1300-125 Lisboa | Tel: (+351) 213 616 790 |
secretariadopedagogico@esscvp.eu

Anexo II – Certificado de Colaboração como Preletora no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Tema “Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido – Intervenção Precoce do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Mariana Gonçalves Rua participou como preletor no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, apresentando "Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido – Intervenção Precoce do Especialista de Saúde Materna e Obstétrica", sob a forma de poster/comunicação oral, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa.

Foram co-autores: Ana Jales; Ana Martins; Filipa Nogueira

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Assinada por: MARIA TERESA DOS REIS LOPES
SECRETARIA GERAL
Data: 2025/06/27 09:22:02-01:00



Anexo III – Participação no XXVI Congresso Nacional e X Internacional: Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mariana Gonçalves Rua**

frequentou a XXVI Congresso Nacional e X Internacional: Desafios Atuais na **Promoção da Saúde** Perinatal por EESMO/Parteira, com duração de 10h00, em Online, no Online nos dias 05 de maio de 2025 a 06 de maio de 2025, com os seguintes objetivos:

Discutir desafios e estratégias na promoção da saúde mental perinatal, fornecendo ferramentas de apoio para profissionais de saúde. / Sensibilizar para o papel essencial dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO)/parteiras em contextos de crise humanitária, nomeadamente perante alterações climáticas e desastres naturais. / Explorar modelos de cuidados liderados por EESMO/parteiras, identificando fatores críticos para a sua implementação bem-sucedida e impacto na qualidade dos cuidados prestados. / Promover um debate sobre a autonomia dos EESMO/parteiras em Portugal, analisando o seu papel na resposta à crise dos serviços materno-fetais e possíveis estratégias de valorização profissional. / Facilitar a partilha de conhecimento entre especialistas nacionais e internacionais, promovendo a atualização científica e o desenvolvimento profissional contínuo. / Reconhecer e premiar boas práticas e contribuições significativas na área da saúde materna e obstétrica, incentivando a inovação e excelência no setor.

Vitor Varela – Presidente APEO

Anexo IV – Participação no Curso Luto Perinatal: Vivências e Curas de Famílias e Profissionais



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mariana Gonçalves Rua**

frequentou a Luto Perinatal: **Vivências** e Curas de **Famílias** e Profissionais, com duração de 02h00, em Porto, no Fundação Engenheiro António de Almeida no dia 05-05-2025, das 13h30 às 15h30, com os seguintes objetivos:

Aprofundar a compreensão do luto perinatal, sensibilizando para o impacto emocional nas famílias e nos profissionais de saúde. / Explorar estratégias de apoio eficazes. / Promover o autocuidado. / Criar um espaço de reflexão e partilha de experiências.

Vitor Varela – Presidente APEO

Anexo V – Participação no Curso Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Mariana Gonçalves Rua natural de Lamego nascida em 10/03/1999, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15911655 válido até 21/02/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Curso em Reabilitação do Pavimento Pélvico para Enfermeiros [E-Learning], em 13/10/2025, com a duração de 43:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Anatomofisiologia Pelvipérineal	6:00	-
Disfunção do Pavimento Pélvico	3:00	-
Avaliação do Pavimento Pélvico	6:00	-
Intervenção na Pessoa com Disfunção do Pavimento Pélvico	21:00	-
Casos Clínicos	7:00	-
Nota Final		19

Porto, 05 de novembro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Instituto Crip - Psicologia e Formação Avançada, Lda.

(Assinatura e rubrica)

Certificado n.º 3629/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo VI – Participação nas Jornadas de Enfermagem da Saúde da Mulher da Unidade Local de Saúde Santa Maria – Cuidar da Mulher em Tempos de Mudança



MARIANA GONÇALVES RUA

Participou nas **Jornadas de Enfermagem da Saúde da Mulher da ULS de Santa Maria – Cuidar da Mulher em Tempos de Mudança**- que se realizaram no Anfiteatro da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | Polo Calouste Gulbenkian, no dia 7 de outubro de 2025, com a duração de 6 horas.

Carla Cristina Martins Ribeiro

Enf.ª Diretora Carla Ribeiro Martins



Anexo VII – Participação no Curso Básico de Suturas

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Mariana Gonçalves Rua natural de Lamego nascida em 10/03/1999, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15911655 válido até 21/02/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Curso Básico de Suturas, em 05/11/2025, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução às Suturas: Tipos de suturas (absorvíveis vs não absorvíveis); Materiais de sutura e suas propriedades;	0:40	-
Instrumentos de sutura: agulhas, pinças, porta-agulhas, etc.	0:20	-
Princípios Básicos de Sutura: Indicações e contraindicações; Anatomia relevante; Preparação da pele e antisepsia.	1:00	-
Técnicas de Sutura: Suturas simples; Suturas contínuas; Suturas interrompidas; Técnicas de nó (nó simples, nó em oito, etc.).	1:00	-
Prática de Suturas: Sessão prática com materiais sintéticos; Execução de diferentes tipos de suturas; Demonstração e prática de técnicas de nó.	1:00	-

Lisboa, 11 de dezembro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação da Unidade Local de Saúde Santa Maria


(Assinatura e selo branco ou carimbo) Assinado digitalmente por
Alexandra Elisabete A. P. Costa
Diretora do Centro de Formação
Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.

Certificado n.º 1950/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo VIII – Publicação de um Artigo na Revista Recien Intitulado “A Prevenção da Incontinência Urinária na Vigilância Pré-Natal”

ARTIGO APROVADO PARA PUBLICAÇÃO

External

Caixa de entrada x

✕ 🖨️ 📧



Revista Recien

para mim ▾

terça, 24/03, 21:16



Olá, Mariana, boa tarde!

A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

Informamos que o manuscrito acima citado foi **AVALIADO** e **ACEITO** para **PUBLICAÇÃO** na Revista Recien na **Edição 44 de 2026**.

**Anexo IX – Participação na Reunião de Departamento com a Temática
“Episiotomia – o que há de novo?”**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Maniama Gonçalves Roca participou na Reunião do Serviço de Obstetrícia com a temática: “Episiotomia – o que há de novo?” no dia 13 de Maio de 2025 no Hospital de Santa Maria.

Carina Daniela Gomes Haneira Simões

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Carina Simões

DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA
GINECOLOGIA E
MEDICINA DE REPRODUÇÃO

Anexo X – Participação na Reunião de Departamento com a Temática “O Pós-Operatório da Cesariana – O essencial”

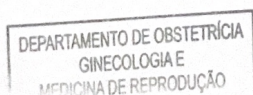


CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Maniama Gonçalves Rua participou na Reunião do Serviço de Obstetrícia com a temática: “O Pós-Operatório da Cesariana – O essencial” no dia 29 de Abril de 2025 no Hospital de Santa Maria.

Carina Daniela Gomes Nogueira Simões

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Carina Simões



Anexo XI – Participação na Reunião de Departamento com a Temática
“Terapêutica da HTA crónica na gravidez – State of the art”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Maniama Gonçalves Aze participou na Reunião do Serviço de Obstetrícia com a temática: “Terapêutica da HTA crónica na gravidez – State of the art” no dia 27 de Maio de 2025 no Hospital de Santa Maria.

Carina Daniela Gomes Moreira Simões

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Carina Simões

