

AGRADECIMENTOS

Este relatório marca o fim de uma etapa que teve início em 2010. Pela sua natureza académica, constitui um trabalho individual cuja conclusão não teria sido possível se não tivesse tido o apoio de várias pessoas, ao longo deste percurso tão exigente e trabalhoso.

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua realização:

À professora Maria Vitória Barros Castro Parreira, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos científicos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo de todo este trabalho.

Às minhas tutoras de estágio, enfermeiras Amélia Vaz, Carla Ferreira e Madalena Casais, percursoras do meu crescimento profissional na aquisição de competências específicas na área da saúde materna, pela amizade, motivação e disponibilidade que sempre demonstraram.

Aos meus pais, especialmente ao meu pai por todo o seu apoio, sem ele não seria possível chegar ao fim deste percurso. Gostaria de demonstrar um profundo reconhecimento a eles, ao César e restantes familiares pelo apoio incondicional.

Um agradecimento especial às minhas amigas Vitória Moreira e Marisa Postiga pela amizade, confiança, motivação e apoio que sempre me transmitiram ao longo destes quase três anos de projeto em comum.

Um obrigada a todos aqueles amigos que de uma ou de outra forma me ajudaram ao longo destes dois anos, especialmente à Carla Lourenço por todo o seu inestimável apoio.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- APU - Associação Portuguesa de Urologia
- APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
- APTT - Ameaça de parto Pré-termo
- CTG - Cardiotocografia
- DPP - Data Provável do Parto
- DUM - Data da Última Menstruação
- ESMO - Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia
- EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- EGB - Estreptococo de grupo β
- ESEP - Escola Superior Enfermagem do Porto
- FCF - Frequência cardíaca fetal
- FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics
- ICM - International Council of Midwives
- IUE - Incontinência Urinária de Esforço
- ITU - Infecção trato urinário
- MJD - Maternidade Júlio Dinis
- N.E. - Nível de evidência
- NICE - National Institute of Health and Clinical Excellence
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RCIU - Restrição de Crescimento intrauterino
- REPE - Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros
- RN - Recém-nascido
- RPM - Rotura prematura de membranas
- SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
- UCE - Unidade de Cuidados Especiais
- TP - Trabalho de Parto
- WHO -World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	5
2. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO, RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	9
2.1. Aquisição das Competências específicas do EEESMO para cuidados especializados no processo de maternidade.....	11
2.1.1. Gravidez.....	12
2.1.2. Trabalho de Parto	26
2.1.3. Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade.....	56
2.2. A participação num projeto de investigação como uma experiência significativa para o Desenvolvimento de Competências.....	70
3. OS EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA PÉLVICA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NO PÓS - PARTO – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	73
3.1. Introdução ao Problema.....	74
3.2. Metodologia	76
3.3. Resultados.....	77
3.4. Discussão	82
3.4.1. Ensino dos Exercícios de Fortalecimento Pélvico Durante a Gravidez e Após o Parto	83
3.5. Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura	97

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISIONALIZANTE E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	101
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXOS	121
Anexo I - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005	123
Anexo II – Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros.....	125
Anexo III – Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados.....	127

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos Artigos.....	79
TABELA 2: Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica	91
TABELA 3: Síntese das recomendações relativas aos exercícios de fortalecimento pélvico no período pré-natal e pós-parto.....	98

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Parturientes de risco e normais	38
FIGURA 2: Partos com episiotomia, sem episiotomia e participados cefálicos	39
FIGURA 3: Fluxograma de reanimação do RN	53
FIGURA 4: Distribuição temporal dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez	82

RESUMO

Este relatório de estágio profissionalizante apresenta as atividades desenvolvidas no estágio de gravidez, trabalho de parto e parto, para atingir as competências preconizadas pela OE e dar cumprimento ao Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, inerentes ao Regulamento do Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, conducente ao grau de mestre.

Foram feitos diagnósticos e delineadas intervenções fundamentadas em evidências científicas, na prestação de cuidados à mulher grávida com complicações, em trabalho de parto, parto e no pós-parto (puerpério).

Para além dos cuidados específicos e especializados ao longo da prestação de cuidados, constatamos que outros problemas podem coexistir, nomeadamente, a incontinência urinária de esforço que para além de perturbar o bem-estar e a qualidade de vida da mulher e casal, acresce à responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia minimizar o risco e delinear intervenções que possam assumir-se como um garante da prevenção, de uma situação considerada na vida da mulher como um flagelo e assume maior relevância neste período em que se desenvolve o processo de maternidade.

Apesar deste problema nem sempre ser referenciado pelas mulheres, por tabu ou vergonha, também não é ainda, consciencializado por todos os enfermeiros, como uma situação problemática para a qual podem dar um contributo decisivo ao nível da prevenção. Além das atividades específicas do quotidiano e dos cuidados especializados que prestamos, no sentido de basear as práticas na evidência científica mais atual, desenvolvemos uma revisão integrativa da literatura para investigar que tipo de intervenções de enfermagem o Enfermeiro Especialista em

Saúde Materna e Obstetrícia pode desenvolver como estratégia preventiva e ou curativa, para fazer face a esta situação.

A metodologia consiste na realização de uma revisão integrativa da literatura. Integra a análise qualitativa de artigos com nível de evidência I e II indexados nas bases de dados CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica produzem benefícios a nível da prevenção e tratamento dos sintomas de Incontinência Urinária de Esforço no pós-parto e a sua prática regular, durante alguns meses após o parto, é considerada fundamental para prolongar os efeitos positivos dos mesmos.

Palavras-chave: Competências; Revisão Integrativa da Literatura; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; Incontinência Urinária de Esforço.

ABSTRACT

This professionalizing internship report presents a description of the activities developed in Pregnancy, labor and delivery Stage, in order to acquire the skills recommended by the Order of Nurses and fulfill the Regulation number 127/2011 of the Official State Gazette, 2nd series - number 35 of 18th February 2011, in order to comply with the policy conditions for obtaining the title of nurse specialist, supported by Law number 9/2009 of March 4th transposing into national law Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council, of September 7th, inherent to the Regulation Cycle studies of the School of Nursing of Porto, leading to the master's degree.

Diagnoses were made and interventions were outlined based on scientific evidence, in providing care to pregnant women with associated complications, in labor, delivery and postpartum (puerperium).

In addition to the specific and specialized care throughout the rendering of care, we found that other problems may coexist, such as stress urinary incontinence, which in addition to disrupt the well being and quality of life of women and couples, adds responsibility to the midwife in the sense of minimize risk and delineate interventions that can be assumed as a guarantee of preventing a situation considered in a woman's life as a scourge, with relevance in this period that motherhood process is developed. Though not always is referenced by women, due to taboo or shame, this problem is also not always made aware by nurses as a problematic situation for which they can make a decisive contribution in the prevention. Beyond the specific activities of daily life, and the specialized care we provide, to base practice on the most current scientific evidence, we developed an integrative literature review to investigate which type of nursing interventions the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics can develop as a preventive and/or curative strategy to cope with this situation.

The methodology consists in the realization of an integrative literature review. Integrates qualitative analysis of articles with evidence level I and II indexed in

databases CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews through EBSCO host platform.

The results allow us to conclude that the exercises to strengthen pelvic muscles produce benefits both during pregnancy and in postpartum. These prevent the symptoms of stress urinary incontinence and regular practice of these exercises for a few months after birth, is considered crucial to prolong the positive effects of the same.

Keywords: Skills; Integrative Literature Review; Midwife; Stress Urinary Incontinence.

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio, profissionalizante, visa descrever as atividades desenvolvidas para atingir as competências preconizadas pela OE e dar cumprimento ao Regulamento do Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, conducente ao grau de mestre.

À opção pela realização de um estágio de natureza profissional esteve subjacente a elaboração de um projeto de estágio. Este foi concretizado no Centro Hospitalar do Porto, nos serviços de internamento de grávidas com complicações, núcleo de partos e serviço de puerpério, ao longo de um ano letivo, com o objetivo de demonstrar a capacidade de recontextualizar os conhecimentos teóricos na prática, ajuizar diagnósticos de enfermagem e delinear as respetivas intervenções, essenciais à obtenção de competências, para cuidar a mulher grávida com complicações, em trabalho de parto, parto e no pós-parto, assim como nos cuidados ao RN e seus significativos, sendo todo o plano de cuidados norteado pelo código deontológico dos enfermeiros.

Assumimos que nos contextos profissionais, de uma forma geral, e em particular na área da saúde, não só é necessário desenvolver práticas com base nos saberes pré adquiridos, mas também, construir saberes a partir da prática e basear essas práticas em evidências científicas como garante de cuidados de qualidade, tal como refere (Prior, et al., 2010), os enfermeiros devem ter competência para implementar cuidados baseados em evidências científicas, para aumentar o nível de qualidade dos serviços prestados.

Assim, a pretensão de problematizar as práticas com um olhar diferente da rotinização do quotidiano e da realização de tarefas, ainda que protocolizadas, motivou-nos a realizar uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática que se revela de um interesse peculiar, como uma vertente de investigação deste projeto, com a finalidade de dar um contributo para o processo de tomada de decisão em enfermagem baseado em evidências científicas congruentes com as necessidades reais em cuidados das clientes a cuidar.

De acordo com a OE, o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, envolvidos nos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em situações de médio e alto risco.

O processo de aquisição de competências baseou-se neste pressuposto, que se encontra patente na descrição das atividades realizadas ao longo do estágio.

Desenvolvemos as capacidades profissionais e específicas do EEESMO, na prestação de cuidados à mulher com uma gravidez com complicações, em trabalho de parto e parto, de baixo e alto risco e no pós-parto, ao promover a sua saúde e adaptação da mesma à gravidez e ao processo de doença, transição e adaptação à parentalidade.

A revisão integrativa tem como objeto de estudo a *Incontinência urinária de esforço (IUE)*, que pode surgir durante a gravidez, persistir ou desenvolver-se no período pós-parto, devido a vários fatores.

A IUE é definida como a perda involuntária de urina, varia de grau mas afeta a qualidade de vida da mulher a vários níveis (social, psicológica, sexual e física) (Briggs, 2011). De acordo com este autor a prevalência desta morbilidade pode variar entre os 6 a 43%.

O interesse pelo fenómeno em estudo emergiu pelo facto de ser pouco valorizado, como campo de intervenção dos EEESMO, mas de grande complexidade para a qualidade de vida na mulher. Visa problematizar e desocultar o conhecimento numa área cujo investimento na sua difusão permita aos EEESMO implementar medidas preventivas e de tratamento relativamente à sintomatologia da IUE após o parto.

O tipo de incontinência urinária aqui desenvolvido é a IUE, por ser entre os vários tipos existentes, o mais frequente e o que acomete as mulheres na gravidez e pós-parto (Conceição, et al., 2009). Também, porque pode ser nestas situações onde a intervenção precoce e a prevenção pode ser uma realidade ao alcance das intervenções dos EEESMO.

Por este motivo foi formulada uma questão de investigação que pretendemos ver respondida, se possível, após a conclusão desta revisão da literatura, sendo ela: “Qual a eficácia dos exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na prevenção e tratamento da IUE?”. Esta questão visa a aquisição de conhecimentos sobre a eficácia dos exercícios na prevenção e tratamento da IUE e qual o período ideal para realizar o seu ensino às mulheres, isto é, se no período pré-gravídico; gravidez ou pós-parto.

De forma a dar cumprimento aos objetivos, explanados no capítulo seguinte, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta o projeto individual de estágio onde estão descritos os objetivos e o percurso do estágio. O segundo capítulo descreve as atividades de estágio desenvolvidas e que visam demonstrar a aquisição de competências que visam dar cumprimento à diretiva de 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, e integra um subcapítulo onde é descrita como atividade relevante a colaboração no projeto de investigação em desenvolvimento no núcleo de partos, com o objetivo de promover a integridade do períneo e reduzir a taxa de episiotomias. No terceiro capítulo está descrita a revisão integrativa da literatura sobre a IUE e as respetivas conclusões e sugestões para aplicação na prática, ensino e investigação.

Por último, no quarto capítulo, é apresentada uma apreciação global e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento do estágio e da revisão integrativa elaborada.

O suporte para a realização e fundamentação deste relatório assenta na pesquisa em várias fontes bibliográficas e em revistas científicas em base de dados CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host.

1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

O projeto individual de estágio do qual resulta este relatório pretende dar resposta ao Regulamento do Ciclo de Estudos conducentes ao grau de Mestre.

Optamos por um projeto formativo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional em que se evoluísse para uma ação profissional de complexidade crescente e, não servisse apenas o conhecimento empírico nem a execução simplista de tarefas orientadas por outros profissionais de saúde, para dar resposta às diferentes necessidades dos nossos clientes (Silva, 2007). Adotamos também a posição de (Craig, et al., 2004),pág.4: “é necessário fazer bem as coisas e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde”.

Esta perspetiva foi por nós assumida como uma premissa para a construção de um projeto de estágio consistente com o desenvolvimento e aquisição de competências específicas. Podemos, assim, afirmar que reflete o rumo pelo qual a aquisição e o desenvolvimento de competências seguiu, ou seja, pela busca incessante de basear a prática na evidência mais atual.

O projeto individual de estágio foi delineado sob as orientações determinadas pela unidade curricular, *estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto*.

Este projeto assenta na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que determina as diretrizes para a obtenção do título de EEESMO. Esta diretiva regulamenta que para a atribuição do Título de Especialista o aluno deve realizar, pelo menos 40 partos eutócicos.

Para este estágio foram delineados os seguintes objetivos:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de Enfermagem Especializados na vigilância e cuidado da grávida com complicações, em trabalho de parto, parto e no puerpério;
- Desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora,

gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar.

- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional
- Examinar e assistir o recém-nascido;
- Adquirir e desenvolver competências de investigação, aplicando esses conhecimentos na problematização de uma área de interesse para a prática do EEESMO, baseada na evidência científica mais atualizada.

Através das experiências obtidas, foi possível articular e conciliar os conhecimentos teóricos, e, de uma forma sustentada, pretendemos demonstrar que foi possível, a aquisição de competências gerais e específicas de acordo com os objetivos pré estabelecidos.

O tema como área de interesse de investimento transversal ao longo da realização do estágio foi a IUE. Segundo a Associação Portuguesa de Urologia (APU), a IU é um problema de saúde pública, devido ao impacto social e económico que este flagelo se reveste. Refere, ainda, que cerca de 20 a 30% das mulheres jovens e adultas apresentam algum tipo de IU e esta percentagem aumenta para os 50% de acordo com o aumento da faixa etária.

A preocupação com esta problemática tem vindo a acompanhar o nosso percurso formativo desde o primeiro ano do Curso do MESMO, na Unidade Curricular de Prática Baseada na Evidência, que através da pesquisa em bases de dados ficamos mais sensibilizados para alguns problemas que podem afetar a mulher no pós- parto, como é o caso da IUE e, desde então, emergiu o interesse em dar um contributo para a sua minimização e ou resolução. Consideramos, então, que este seria o momento propício. Para tal, adotamos a metodologia da revisão integrativa, que se afigura como a mais adequada, pelas circunstâncias de estarmos a realizar um estágio profissionalizante numa área tão específica onde este problema impera, e também, como futura EEESMO poder dar um contributo para a produção e difusão de conhecimentos que possam ajudar os EEESMO a delinear intervenções de forma a minimizar e ou contribuir para a resolução do problema e poderem desenvolver a sua pratica baseada na evidência científica sobre a IUE, pois pelas conclusões emergentes de estudos realizados e consultados nas bases de dados, podemos verificar que a IUE pode ser prevenida, minorada e tratada através das boas práticas de enfermagem, de uma forma geral e de uma forma particular pelos EEESMO.

Também no nosso quotidiano do exercício profissional, a nível dos cuidados de saúde primários, constatamos que durante a gravidez nenhuma mulher fazia

referência às perdas de urina que ocorriam, sobretudo no terceiro trimestre da gravidez, talvez por considerarem normal ou por vergonha. Mas ao longo do estágio, pudemos verificar que algumas mulheres, após o parto, já referiam estar a vivenciar esta problemática, de forma dramática, devido aos efeitos perversos que tem na sua qualidade de vida.

Assim, face a uma resposta desajustada e não reconhecida como um problema grave, por parte da enfermagem, emergiu a necessidade de compreender a fisiopatologia do problema de forma a encontrar subsídios para contribuir para a adoção de boas práticas e de que forma sustentada os enfermeiros podem contribuir para a diminuição da morbilidade e incidência da IUE.

Pelo estudo qualitativo realizado, através da revisão integrativa da literatura, e pelas suas conclusões, baseadas na evidência científica atual, como parte integrante deste relatório, permite-nos acreditar que estamos em condições de poder identificar quais as intervenções que os enfermeiros devem delinear, para que de uma forma fundamentada cientificamente, possam desenvolver práticas que privilegiem os exercícios pélvicos, entre outras, para minimizar o sofrimento e promovam a qualidade de vida no processo de maternidade.

Como foi referido anteriormente, o relatório de estágio também deve privilegiar ou demonstrar a relevância do estágio profissional para a Instituição. Neste sentido, para dar resposta a este objetivo do projeto de estágio, o desenvolvimento de competências nas diferentes áreas da Saúde Materna e Obstetrícia, foram alicerçadas na procura constante da evidência científica mais atual sobre a diversidade de situações clínicas que careciam de intervenções e ou cuidados especializados de enfermagem, de acordo com a especificidade em cada campo de estágio.

Através da revisão integrativa da literatura realizada sobre a IU, pretendemos também, contribuir para a adoção e implementação de práticas de enfermagem, transversais em todas as áreas de cuidados, que possam minimizar o risco da IU na mulher no processo de maternidade, sobretudo, após o parto.

2. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO, RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O estágio de natureza profissional visa a aquisição de competências específicas do EEESMO. A unidade curricular *Estágio: gravidez, trabalho de parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade*, implicou a permanência em diferentes serviços do Centro Hospitalar do Porto (CHP) – Maternidade Júlio Dinis (MJD) num período total de 900 horas, ao longo de um ano letivo. O desenvolvimento e aquisição de competências, em contexto de estágio, foram sempre acompanhados por um EEESMO, em regime de tutoria.

O estágio realizado nas diferentes áreas de cuidados em unidades de grávidas com complicações, sala de partos e puerpério permitiu obter várias experiências no âmbito profissional e pessoal, que permitiram a aquisição de um corpo de conhecimentos especializados e solidificaram aqueles que foram iniciados no primeiro ano deste curso. A partilha de experiências e conhecimentos com os diferentes elementos da equipa de enfermagem e médica contribuiu de forma determinante para o nosso crescimento pessoal e profissional como futuros EEESMO.

Pretende-se através da descrição das atividades desenvolvidas nos diferentes serviços demonstrar como decorreu o processo de aquisição e desenvolvimento das competências.

Transversalmente a todos os estágios houve a necessidade de adotar estratégias para ultrapassar algumas dificuldades relacionadas com a dinâmica das equipas de saúde e, também, em relação à organização dos serviços, sendo determinante para o nosso reajuste o olhar crítico-reflexivo perante as diversas situações, que por vezes apresentavam alguma complexidade.

A análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante os estágios permitiram que fossem adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados individualizados e especializados.

Neste sentido, adotamos a perspectiva de (Cunha, et al., 2005), que define a competência como o saber agir responsável e reconhecer que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo. Assim, subjacente às práticas desenvolvidas nos diferentes estágios esteve alicerçado o conhecimento científico mais atual, com respeito pelas políticas de saúde implementadas na instituição, assim como as dimensões ética, social, económica, ideológica, política e religiosa, ou seja, tivemos sempre o respeito pela cultura organizacional e pela cultura da pessoa como objeto dos nossos cuidados.

Procuramos agir de acordo com a Confederação Internacional das Parteiras (ICM) que preconiza que para o alcance de uma prática segura, os profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicas e essenciais, durante a gravidez e ou processo de maternidade.

A competência também é definida por (Cunha, et al., 2009) como a habilidade de desempenhar uma tarefa específica, de modo a produzir resultados desejáveis e considerada como o principal marco do desenvolvimento profissional.

Assim, fica patente a importância de desenvolver/adquirir as competências específicas, no âmbito da Saúde Materna, baseadas no pensamento crítico e procura incessante de conhecimento científico atualizado.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro constitui um suporte para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO. Diríamos que rege a atuação dos profissionais de enfermagem e tem um papel fulcral na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a nível técnico e humano. A qualidade que é referida tem em conta vários aspetos, sendo a sua máxima o respeito pela vida humana e a sua dignidade.

Como afirma (Ribeiro, 2011), pág.22, “a complexidade crescente dos problemas de saúde dos cidadãos, do desenvolvimento das tecnologias implícitas nos diagnósticos e tratamentos e do crescimento exponencial de produção e acessibilidade dos conhecimentos no campo da saúde, lança à enfermagem o desafio de responder adequadamente nas várias dimensões da profissão”, isto é, a nível ético, social, político e económico.

Na condição de ator social e estudante, esteve sempre presente a responsabilidade inerente ao papel o assumir perante a sociedade, o respeito pelos

direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, como se vai poder verificar nos registos dos subcapítulos seguintes em que é feita a descrição das atividades realizadas em estágio e de que forma as competências foram desenvolvidas e adquiridas, baseadas nas premissas anteriores.

A par destas, o conceito de transição esteve patente nos cuidados prestados, já que este, tal como refere (Silva, 2007) pág.14, *“a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação”*.

Assim, tivemos em conta que a prestação de cuidados à mulher no período pré-natal, gravidez, parto e pós-parto é da responsabilidade do EEESMO desde que estejam circunscritas a situações de baixo risco, intervindo de forma autónoma e interdependente em situações de médio e alto risco.

De acordo com os objetivos de estágio, a aquisição de competências baseou-se na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro e decreto de lei nº9/2009 de 4 de Março (ANEXO I) e nos pressupostos descritos no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e obstetrícia (ANEXO II).

2.1. Aquisição das Competências específicas do EEESMO para cuidados especializados no processo de maternidade.

O processo de aquisição de competências específicas do EEESMO requereu diferentes estádios de aprendizagem, de forma a experienciar a construção de um processo formativo sob um percurso delineado e programado para a prestação de cuidados, nas diversas situações que requeriam cuidados especializados em diferentes serviços.

Neste contexto, foi possível adquirir um conjunto de competências suportadas por um corpo de conhecimentos inerentes ao desempenho como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Segundo a (Ordem, 2010), o Enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que

demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Neste estágio profissionalizante, a passagem por diferentes unidades de cuidados diferenciados, teve como objetivo dar resposta não só às diretrizes da CE, que determina as áreas e experiências necessárias como também da OE, que engloba a aquisição de competências específicas no período pré-natal, gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, nos quais as práticas, enquanto estudante, se pautaram pela adoção de princípios baseados na busca sistemática do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica, mais atual e com um olhar crítico-reflexivo sobre os cuidados prestados à mulher grávida, parturiente, puérpera, casal e seus significativos.

A descrição das atividades e experiências de estágio neste relatório demonstram de que forma as competências foram adquiridas ao longo do período de permanência nos diferentes serviços. A ordem pela qual é feita a descrição dessas atividades, neste relatório, obedece à ordem natural dos acontecimentos, isto é, gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto. No entanto, o percurso de estágio foi feito da seguinte forma: gravidez com complicações; puerpério e trabalho de parto e parto, por uma questão de organização face ao nº de estudantes que essas unidades de cuidados podiam suportar.

2.1.1. Gravidez

O desejo de qualquer mulher que vivencia um processo de gravidez é que a sua gestação ocorra dentro da normalidade e seja assistida por profissionais de saúde qualificados e capazes de dar resposta às suas necessidades em cuidados especializados, sobretudo se surge algum problema.

Em todo o mundo ocorrem cerca de 120 milhões de gravidezes por ano, onde meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações durante a gravidez ou o parto e mais de cinquenta milhões sofrem de problemas relacionados com a gravidez (Cunha, et al., 2009).

Face a este panorama é importante as políticas de saúde contemplarem medidas de controlo e prevenção da morbilidade e mortalidade materna-fetal.

A preocupação com a qualidade da formação dos profissionais de saúde resulta da necessidade de dar resposta a este problema.

Assim, o estágio de gravidez com complicações visa a aquisição de competências na área da saúde materna-fetal, especificamente na área da patologia gravídica.

Este estágio, realizado na Unidade de Cuidados Especiais (UCE), permitiu através da reflexão crítica das práticas implementadas e da prestação de cuidados baseadas em evidências científicas, a aquisição de competências técnico-científicas dirigidas ao cuidado da mulher com uma gravidez com complicações, tal como preconiza a OE e dando resposta à diretiva 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do conselho de 7 de Setembro de 2005. Neste sentido, os estágios realizados foram de encontro aos requisitos necessários à atribuição do título de EEESMO, isto é, foram realizadas pelo menos 100 consultas a grávidas no período pré-natal, e foram prestados cuidados a pelo menos 40 grávidas com complicações associadas à gravidez.

Através da realização deste estágio foi possível adquirir competências que permitem detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal assim como promover a saúde da mulher no período pré-natal, facilitar a sua adaptação à gravidez e à sua situação de saúde, tendo em conta a sua inserção num seio familiar e comunitário (Ordem, 2010).

Inserido no processo de aquisição de competências específicas no cuidado à mulher grávida, está o diagnóstico da gravidez e a vigilância materno-fetal numa situação de baixo risco. Este estágio foi realizado numa Unidade Hospitalar, com um nível de diferenciação elevado e pela sua natureza, não permitiu o diagnóstico de uma gravidez no decorrer do mesmo.

No entanto, no 1º ano do Curso de Mestrado, a permanência na consulta de vigilância da grávida no Centro Hospitalar de Gaia e no centro de saúde de Valbom, permitiu a aquisição e desenvolvimento das referidas competências. Durante o percurso de estágio, os conceitos envolvidos no diagnóstico e vigilância da grávida estiverem bem presentes.

No contexto da vigilância pré-natal, a primeira consulta deveria anteceder sempre a gravidez. Esta consulta visa dar a informação relevante sobre a gravidez como as alterações que ocorrem a nível físico, psicológico e social e detetar situações patológicas que podem ser tratadas/controladas antes da mesma (Graça, 2005).

No decorrer de uma gravidez de baixo risco, o EEESMO tem competências, segundo a OE para fazer a sua vigilância. Neste sentido as consultas de vigilância

da gravidez e a entrevista de avaliação inicial possibilitam o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro, a mulher e seus significativos.

Na primeira consulta são recolhidos dados acerca da gravidez atual, história obstétrica, ginecológica, clínica, nutricional, consumo de substâncias, situação familiar, social, maus-tratos e estado mental. O exame físico e laboratorial permite identificar o estado atual, identificando precocemente situações de risco.

O aconselhamento pré-natal, passa pela implementação do plano de enfermagem delineado pelo EEESMO específico para cada mulher, tendo por base a sua cultura, formação e preferências.

A vigilância pré-natal implica o ensino, instrução e treinamento sobre: nutrição, aumento ponderal da grávida, atividade sexual, vestuário, higiene corporal, atividade física (exercício e desporto, padrões de trabalho, deslocações), uso de substâncias (cafeína, álcool, drogas, tabaco), medicamentos que pode ou não tomar durante a gravidez, vacinação (tétano), sintomas e sinais de alarme. Implica também a prestação de apoio durante a gravidez, tranquilizando a grávida quanto ao momento do parto, esclarecer todas as suas dúvidas, controle de sintomas associados ao estado gravídico (náuseas, vômitos, pirose, obstipação, varizes dos membros inferiores, hemorroidas, lombalgias, cefaleias, leucorreia), tal como recomenda (Graça, 2005).

Nestas consultas também são realizados ensinamentos sobre: prevenção das infeções urinárias (ITU); exercícios de Kegel (fortalecimento do assoalho pélvico); preparação para o aleitamento materno se for desejo da mãe amamentar; higiene dentária; identificação de complicações na gravidez (hemorragia vaginal, diminuição dos movimentos fetais, rutura de membranas, sintomas de hipertensão, febre, edema da face e extremidades); identificação de trabalho de parto pré-termo (após as vinte semanas mas antes das trinta e sete semanas com contrações uterinas (C.U.) regulares, ou seja, com intervalos iguais ou inferiores 10 minutos durante 1 hora); perda de sangue ou líquido transparente pela vagina (Lowdermilk, et al., 2008).

É ao longo das consultas de vigilância da gravidez que a mulher partilha com o EEESMO os seus desejos em relação ao parto e este a ajuda a elaborar o plano de parto.

Neste estágio profissionalizante, não houve a oportunidade de contactar com uma situação em que a mulher/casal trouxesse um plano de parto.

Ainda nas consultas de vigilância da gravidez o EEESMO tem também a competência de avaliar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, já que este determina um bom/mau prognóstico de um parto eutócico. O canal de parto é

composto pelos ossos rígidos da bacia materna e pelos tecidos moles do colo. O papel da bacia materna é o mais importante durante todo o trabalho de parto, porque o feto necessita acomodar-se a este canal relativamente rígido.

A avaliação da bacia óssea pode ser efetuada logo na primeira consulta pré-natal, no entanto, no terceiro trimestre, devido às alterações anatómicas que ocorrem durante a gravidez, principalmente devido ao maior relaxamento e mobilidade das articulações ocasionadas pela ação hormonal, a avaliação deve ser repetida para obter dados mais concretos. As estimativas relativas ao tamanho e formato pélvicos são aproximadas, dado não ser possível um acesso direto às estruturas ósseas (Lowdermilk, et al., 2008).

Na prestação de cuidados e vigilância à mulher grávida tivemos presente o suporte emocional e social que a situação carece. Agimos de acordo com (Lowdermilk, et al., 2008) visto que este suporte diminui a morbidade principalmente no pós-parto.

No que diz respeito ao diagnóstico da gravidez, este pode ser efetuado por intermédio de vários métodos: Diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza) e laboratorial (presença da Hormona Gonadotrofina coriônica – HCG, na urina ou sangue da mulher já presente logo após o 21º dia do ciclo, quase imediatamente após a implantação (Filho, et al., 2010).

Após a confirmação da gravidez a mesma deve ser corretamente datada, para que a vigilância seja adequada à idade gestacional. Para isso, é necessário a mulher saber a data da última menstruação (DUM). No entanto, alguns autores como (Chaloui, et al., 2011) defendem que o cálculo da idade gestacional através do DUM pode traduzir resultados pouco fiáveis, já que depende da recordação da mulher do dia exato e pressupõe que a mulher tem um ciclo regular, onde a ovulação ocorreu ao 14º dia.

Outro método utilizado para datar a gravidez é a ecografia abdominal e transvaginal que surgiu como um apoio preciso à correta identificação da idade gestacional. A ecografia para avaliação biométrica, foi introduzida pela primeira vez em 1969 por Stewart Campbell, tornando-se o método preferido para datação da gravidez. O autor supra citado refere ainda que apesar de poder haver uma pequena margem de erro nesta estimativa, o mesmo é muito inferior ao cálculo da idade gestacional através da DUM. Este método consiste no uso de tecnologia eletrónica sofisticada, que utiliza impulsos de som de alta frequência, para produzir uma imagem. Segundo (Whitworth, et al., 2010) este método, quando realizado precocemente indica com maior fiabilidade a idade gestacional, resultando em menos induções do parto por gestações pós-termo.

Após a confirmação da data da gravidez, o EEESMO tem competência para prever a data provável para o parto (*DPP*). Esta pode ser calculada através da Regra de Nägele que segundo (Lowdermilk, et al., 2008), apresenta um razoável grau de exatidão. Esta Regra consiste na adição de 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses e adicionar 1 ano.

O estágio de gravidez com complicações proporcionou-nos várias experiências no campo da patologia materna, que contribuíram de forma positiva no desenvolvimento das competências específicas desta área.

De acordo com o que a OE preconiza, a vigilância da gravidez de médio e alto risco sai do âmbito de intervenção unicamente autónoma do EEESMO, no entanto, este não deixa de intervir de forma autónoma na prestação de cuidados a estas mulheres assim como em interdisciplinaridade com outros profissionais, habitualmente em contexto hospitalar.

Na UCE, verificaram-se com maior frequência mulheres com as seguintes patologias próprias da gravidez: Doenças hipertensivas (hipertensão crónica, pré-eclampsia(PE)); Rotura prematura de Membranas (RPM); Ameaça de Parto Pré-termo (APPT); Restrição Crescimento Intrauterino (RCIU), Diabetes mellitus; Colestase Hepática; Alterações da quantidade de líquido amniótico (oligoamnios, hidrâmnios), alguns casos de hiperemese gravídica, incompetência cervical e trabalho de abortamento.

O desenvolvimento de competências na área da Patologia Materno-fetal permitiu enquanto futura EEESMO promover a saúde da mulher grávida e da sua família, orientado e promovendo a adaptação dos mesmos à gravidez e ao processo patológico vivenciado.

Uma gravidez de risco é aquela em que a saúde ou a vida da mulher e do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez. Para a mulher, a situação de alto risco, prolonga-se arbitrariamente pelo puerpério, até 30 dias após o parto (Lowdermilk, et al., 2008). O autor (Graça, 2005) considera uma *gravidez de alto risco* quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência na população em geral. Idealmente, a identificação de uma grávida de risco deve ser efetuada ainda na consulta pré-concepcional.

Neste sentido, procuramos desenvolver práticas sob o auge das boas práticas como um garante para assegurar cuidados de excelência, partindo do pressuposto que corroboramos com (Cunha, et al., 2009), de que um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna.

Neste sentido, a prática dos EEESMO deve ser altamente qualificada e baseada em conhecimentos científicos atuais, que permitem ao profissional prestar cuidados de excelência. Foi com base neste pressuposto que o estágio foi efetuado.

De acordo com as diretrizes da DGS, para a Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, o EEESMO determina o risco concecional de forma sistemática, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar. Determina também os efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno, quer fetal, introduzindo as modificações convenientes, orientando de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário.

Segundo o relatório de Mortes Maternas (MM) em Portugal, divulgada pela Direção Geral de Saúde (DGS) entre 2001-2007, o valor médio do indicador de risco de Morte Materna em Portugal é de 12 mortes para 100000 nados-vivos, valor este ligeiramente superior para regiões do Globo mais desenvolvidas. O adiamento da maternidade para idades tardias e a falta de controlo de patologias pré-existentes à gravidez também parece estar relacionado com este número de mortes maternas.

No sentido de demonstrar como decorreu o processo de aquisição de competências, nesta área específica, descrevemos não só os cuidados prestados à mulher com patologia gravídica, mas também como recontextualizamos os conhecimentos científicos e como desenvolvemos o pensamento crítico-reflexivo.

Os objetivos major deste estágio consistem em adquirir a capacidade de deteção, encaminhamento e cuidar da mulher grávida em situação de risco e da sua família de forma culturalmente congruente.

Dando resposta ao que a OE preconiza os cuidados prestados à mulher com gravidez de risco, passou pela informação e orientação sobre as medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez e ao mesmo tempo foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas intervenções que visaram a adaptação à gravidez e a deteção de desvios ao padrão normal da gravidez.

A deteção de sinais e sintomas sugestivos de uma gravidez com complicações pode ser difícil e muito subtil. Mas através da entrevista à grávida, podemos obter os dados que permitem identificar riscos, formular diagnósticos e implementar as devidas intervenções. No contexto do estágio, após a consulta do processo, das grávidas que nos eram atribuídas, damos início ao processo de cuidados, começando por fazer a nossa apresentação e informar a grávida e sua família acerca da nossa presença e disponibilidade para ajudar.

A entrevista não formal foi a estratégia para obter dados pertinentes não só face à especificidade da sua situação clínica, como também à cultura como pessoa. Consideramos que a informação obtida por este processo constituiu uma mais-valia, como estratégia, pois permitiu antecipar-nos aos problemas, diagnosticar e controlar sintomas de complicações.

A diferenciação de cuidados assenta na patologia identificada, sendo aqui abordada a doença hipertensiva da gravidez.

A escolha da Patologia hipertensiva como meio de descrição das atividades desenvolvidas neste estágio prende-se com o fato de ser a patologia mais frequentemente verificada na UCE.

As doenças Hipertensivas da gravidez são das complicações obstétricas mais comuns e com maior morbilidade, podendo provocar: Eclampsia, disfunção renal, descolamento prematuro da placenta, parto por cesariana, RCIU, parto pré-termo e recém-nascido Leve para a Idade Gestacional (LIG) (Ribowsky, 2012).

A Hipertensão arterial (HTA) pode surgir durante a gravidez ou pode ser agravada em grávidas com HTA prévia (Graça, 2005).

A Hipertensão gestacional leve é definida como o surgimento de Hipertensão arterial (pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou pressão sanguínea diastólica > 90 mmHg) que ocorre após as 20 semanas de gestação sendo que na maioria dos casos de HTA leve resulta numa gravidez normal. Na HTA grave os valores de pressão arterial assumem valores > 160mmhg de pressão sistólica e 110mmhg de pressão diastólica (Ribowsky, 2012).

Para melhor entendimento dos vários subtipos de HTA, foi categorizada a patologia. O autor (Leveno, 2010) define em cinco categorias os distúrbios hipertensivos da gestação: (1) Hipertensão gestacional, (2) pré-eclampsia (PE), (3) eclampsia, (4) pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crónica, (5) hipertensão crónica.

No tratamento a uma mulher com um distúrbio hipertensivo, tivemos bem presente os vários conceitos que cada um deles implica, adequando a sua prática à patologia identificada.

Devido às várias categorias de HTA possíveis, a pré-eclampsia (PE) foi selecionada para fundamentar as competências específicas do EEESMO em relação aos cuidados a prestar a uma mulher com patologia gravídica, por ser esta entre as várias categorias de patologias, a mais frequente na UCE, onde decorreu o estágio.

A PE é uma síndrome específica da gestação, na qual há uma redução da perfusão de órgãos principais devido ao vaso espasmo e à ativação endotelial (Leveno, 2010).

A detecção desta patologia em mulheres com gravidez de baixo risco é feita muitas vezes a nível dos cuidados de saúde primários, num trabalho multidisciplinar entre médico/enfermeiro. Nestes casos, o EEESMO assume um importante papel no diagnóstico e referência de situações de risco médio/alto.

A PE pode ser ainda classificada entre leve e grave. Difere entre si, pela presença, frequência e gravidade de sintomas específicos. Os sintomas alvo da nossa vigilância foram: Aumento da pressão sanguínea sistólica e diastólica; edema generalizado, proteinúria, elevação rápida do peso, cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal (epigástrica no quadrante superior), oligúria (< 500ml/24h), náuseas com ou sem vômitos, convulsão, creatinina sérica, trombocitopenia, elevação das enzimas hepáticas e frequentemente associada à PE está a RCIU (Ribowsky, 2012) (Leveno, 2010).

A distinção entre si é muito importante, porque a PE leve pode evoluir muito rapidamente para grave.

A atuação mais adequada perante a PE tem sido alvo de estudos, para (Langenveld, et al., 2011) quando se está perante uma PE numa mulher com idade gestacional entre 34-37 semanas, a decisão entre a atitude expectante e o parto imediato deve ser ponderado tendo em conta a gravidade dos sintomas. Já (Lewis, et al., 2009) refere que até às 37 semanas deve se adquirir uma atitude expectante, a partir desta idade gestacional o parto deve ser imediato, no entanto, os estudos não são perentórios relativamente à melhor atuação, porque um parto muito prematuro leva à maior morbilidade do recém-nascido, no entanto se a PE evolui de forma rápida para o nível grave, o parto deve ser imediato.

A elevação da tensão arterial deve ser comprovada através do *roll-over test*, correlacionado com a *prova de angiotensina II*, no entanto, o seu interesse clínico é reduzido. A proteinúria é comum aparecer concomitantemente com a elevação tensional, mas nem sempre a PE faz-se acompanhar do aparecimento de proteinúria.

As epigastralgias são causadas pelo edema hepático ou hemorragia subcapsular do fígado, estão mais relacionadas com o agravamento da situação. As cefaleias estão relacionadas com o edema cerebral e focalizam-se habitualmente na região frontal, também podendo ser a nível occipital, este sintoma pode surgir na PE leve ou grave. As perturbações da visão têm a ver com o espasmo arteriolar ou edema cerebral. A oligúria (volume inferior a 30ml/h) e anúria

são provocadas pela lesão glomerular. A hiper-reflexia resulta da irritabilidade do SNC e precede habitualmente as convulsões provocadas pelo edema cerebral (Graça, 2005).

A nossa atuação passou pela vigilância e investimento na prevenção do risco, através de atividades diagnósticas como: despiste da presença de cefaleias, distúrbios visuais, dor epigástrica e ganho rápido de peso. A monitorização do peso era diária, assim como a avaliação da proteinúria. A monitorização da tensão arterial era efetuada de 4/4 horas, exceto entre a meia-noite e a manhã, para promover o repouso da grávida. Estivemos atentos às análises laboratoriais que eram solicitadas pela equipa médica, em dias alternados (contagem plaquetas, estudo da coagulação, enzimas hepáticas, perfil bioquímico). O débito urinário também foi alvo da nossa vigilância e este deve ser de 30ml/h ou 120ml/4 horas), assim como a vigilância do edema, tendo sempre em conta a distribuição do mesmo e o grau de depressão, pois sabemos que quando os sintomas estão já a afetar o SNC o edema localiza-se muitas vezes na face, mãos e abdómen.

Quando a gestação tem já as 36 semanas, para (Graça, 2005) não há benefício em prolongar a gravidez. Se a gestação tem menos de 36 semanas, principalmente entre as 34-36 semanas e a situação materno-fetal esteja estabilizada, pode-se adotar uma atitude expectante, que inclui o repouso no leito e a monitorização contínua do bem-estar materno e fetal. A hospitalização nestes casos, segundo o autor supra citado, tem benefícios em relação a mulheres que não foram internadas com este diagnóstico, o desempenho perinatal foi mais favorável em mulheres hospitalizadas.

Apesar de a hospitalização poder ser uma fonte de stress, que deve ser evitado nestas situações, a monitorização e vigilância do bem-estar materno-fetal é muito mais rigorosa e permanente, podendo implementar-se as ações necessárias de forma mais precoce.

A gravidez, como um estado natural, é para muitas mulheres geradora de stress, no entanto, a maioria adapta-se bem à sua nova etapa (Alderdice, et al., 2009). Uma mulher com complicações associadas à sua gravidez, tem os níveis de stress aumentados, relacionado com os sentimentos de medo e ansiedade relativamente à sua situação clínica, este mesmo autor, refere que altos índices de stress podem complicar o desfecho de uma gravidez.

Neste sentido, no cuidado às mulheres durante este estágio, foram implementadas intervenções que visaram o controlo destes sentimentos através da implicação da mulher no processo de decisão no que diz respeito aos cuidados clínicos, promovendo a sua adesão aos tratamentos e a adaptação e aceitação do

seu estado clínico. Segundo (Alderdice, et al., 2009) as mulheres com complicações na gravidez sofrem de mais ansiedade, depressão e stress. Este estudo refere que mulheres internadas com complicações obstétricas demonstram sentimentos de baixa de autoestima, diminuição da autonomia e sensação de incompetência no que diz respeito ao papel parental.

Nestas situações em que a mulher vivencia uma situação altamente stressante, pode colocar em risco quer o seu bem-estar quer o do feto. Esta constatação alerta-nos para a necessidade de, reforçar uma relação empática e de confiança, para que a mulher e seus significativos verbalizem os seus medos no sentido de ajudar e ou minimizar esta situação adversa. O encaminhamento para um profissional mais habilitado, como um psicólogo, faz também parte do cuidado de excelência do EEESMO.

Das experiências vivenciadas na UCE, não houve casos que necessitassem deste tipo de acompanhamento profissional. O EEESMO, mesmo quando referencia estas situações deve criar uma relação empática e de confiança com a mulher e seus significativos, para que estes verbalizem os seus medos e assim os ajude a diminuir esta situação adversa.

A transmissão de confiança foi sempre uma postura adotada por nós, capacita a mulher de força e coragem para enfrentar as várias complicações, sendo importante a mulher verbalizar que é capaz de enfrentar a sua situação atual. O cuidado era individualizado e adaptado às necessidades de cada uma das grávidas e das suas famílias (Alderdice, et al., 2009).

As intervenções que promovem a adaptação das mulheres com complicações passou também pela informação completa do seu estado de saúde, envolve-la e à sua família nas tomadas de decisão clínica, o tratamento com respeito (ter em conta as suas preferências, crenças) e a presença, a transmissão de confiança, a disponibilidade para esclarecer dúvidas, receios, ou simplesmente ouvir as preocupações da mulher e a execução de técnicas como massagem, segundo (Alderdice, et al., 2009) favorecem a diminuição do stress. Assim, fica demonstrada a autonomia do EEESMO no controlo da patologia em causa, ou seja, apesar da vigilância da gravidez de risco sair do âmbito de atuação do mesmo, pode implementar intervenções autónomas que visam o controlo e tratamento da sintomatologia.

Na UCE existem protocolos de atuação perante a PE. Quando a grávida tinha diagnóstico de PE e a sua idade gestacional era menor que 36 semanas, a atitude expectante era sempre privilegiada, tendo em conta o estado da mãe e do feto. Nestas situações, era administrado às grávidas glicocorticóides para acelerar a

maturação pulmonar. Este tratamento parece não piorar a hipertensão materna (Leveno, 2010).

Quando é adotada uma atitude expectante, durante a hospitalização a grávida e feto devem ser monitorizados e vigiados frequente e detalhadamente para garantir a identificação precoce de qualquer sinal de agravamento, fazendo nós, nestas situações, as vigilâncias acima citadas.

Relativamente à avaliação fetal, a vigilância do bem-estar do mesmo foi nossa preocupação devido ao risco de perfusão uteroplacentária diminuída. A par disto a mãe é alertada para a estar atenta aos movimentos fetais os quais também íamos verificando pelo registo do cardiotocógrafo (CTG), que habitualmente dispõe de detetor dos movimentos fetais.

A Frequência Cardíaca Fetal (FCF) é também vigiada e interpretada pelo registo do CTG. Na UCE a monitorização da FCF através de CTG era prescrita pelo médico conforme a patologia que a grávida apresentasse ou o bem-estar materno-fetal o exigisse. A maior vigilância era gerida mediante a necessidade da díade (mãe/feto) pelo enfermeiro.

O bem-estar fetal pode ser avaliado através do estetoscópio fetal de Pinard, dispositivo de ultra-som (doppler) ou através do CTG como já referido (Devane, et al., 2012).

A avaliação do bem-estar fetal durante a gravidez, sobretudo quando há uma situação de risco, é considerado fundamental no cuidado à mulher grávida e essencial para otimizar os resultados fetais. Esta monitorização pode ser intermitente ou contínua.

A este propósito, lembramos que o primeiro instrumento a ser utilizado para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais foi o estetoscópio de Pinard, desenvolvido em 1896 por A. Pinard. A utilização deste instrumento, apesar de estar em desuso é defendida por alguns autores como um precioso instrumento de avaliação do bem-estar fetal, utilizado frequentemente por parteiras que defendem que o mesmo deveria manter-se em uso. Através dele faz-se a auscultação da FCF que consiste na audição direta através do estetoscópio colocado no quadrante do abdómen mais apropriado, após as manobras de Leopold para identificação do foco. A recomendação é que deve ser usado por parteiras com ouvido treinado, ou seja, como muita experiencia, permitindo até detetar a variabilidade (Blake, 2008).

O método de auscultação intermitente é preconizado pela Nice (2001) como o ideal para vigilância de uma gravidez de baixo risco.

O doppler, utilizado mais frequentemente antes do terceiro trimestre, foi inventado por Christian Doppler em 1803, mas amplamente utilizado só em 1960.

Segundo (Blake, 2008) este é o método mais versátil para auscultação da FCF. A partir do terceiro trimestre, a CTG era o método sempre utilizado para avaliação do bem-estar fetal.

A monitorização contínua através do CTG era prática comum na MJD. As grávidas a partir do terceiro trimestre, internadas na UCE eram monitorizadas diariamente, de acordo com a patologia que apresentassem.

A CTG tem sido utilizada como um importante instrumento de avaliação do bem-estar fetal. No entanto, o seu uso indiscriminado em gravidezes de baixo risco está relacionado com o aumento dos níveis de ansiedade da grávida, podendo comprometer o desfecho da gravidez (Mancuso, 2008) e a sua utilização nestas situações também tem demonstrado não conseguir prever o resultado perinatal. Por isso, decisões tal como avançar para cesarianas ou outras intervenções, não devem ser baseadas unicamente neste método (Kaban, et al., 2012).

A par das vigilâncias, monitorizações e administração de medicação apropriada a cada situação (anti hipertensores, corticoterapia) a nossa atuação passou pelo desenvolvimento de intervenções que visavam a promoção do bem-estar emocional da mulher e seus significativos, incentivando o repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo para promover o fluxo sanguíneo uteroplacentário. Este repouso era gerido mediante o estado clínico da mulher, já que uma restrição muito acentuada pode gerar sentimentos de ansiedade desencadeantes de aumento da tensão arterial.

Nestas situações de internamento pudemos constatar a importância de sermos sensíveis às necessidades psicológicas de cada mulher, pois, a implementação de técnicas de relaxamento podem ser eficazes na redução de stress, tais como a massagem, música ou técnica de imaginação guiada.

Alguns exercícios, que não exigem grande gasto de energia podem ser ensinados e incentivados como os exercícios de Kegel, para promover o tônus muscular, melhorar o fluxo sanguíneo, a regulação do intestino e contribui para a prevenção da incontinência urinária de esforço no pós-parto.

Para além dos cuidados específicos que cada patologia exige, o bem-estar materno era vigiado através da monitorização dos sinais vitais, através da avaliação física das grávidas tal como: (estado geral, coloração pele e mucosas, perda sanguínea vaginal) e suas queixas (somáticas e psicológicas).

A vigilância por parte do EEESMO durante a hospitalização é mais rigorosa, havendo a possibilidade de intervir rapidamente quando surge algum sinal de agravamento. No entanto, quando a pré-eclampsia não está a colocar em risco a diáde mãe/filho, a mulher pode fazer a autovigilância no domicílio, mas deve ser

planeada a alta cuidadosamente, para que a mulher e a sua família sejam capazes de detetar algum sinal de agravamento da situação. Os ensinamentos passam por alertar para a importância do repouso no leito, auto cuidado higiene, alimentação, autovigilância no que diz respeito e a sinais de agravamento da pré-eclampsia (Lowdermilk, et al., 2008).

A prestação de cuidados por parte do EEESMO a uma mulher em trabalho de abortamento também faz parte das competências preconizadas pelo OE. Durante a estadia na UCE, tivemos a oportunidade de contactar com algumas mulheres que estavam em situação de abortamento. Relativamente às situações de abortamento, todos aconteceram no primeiro trimestre, ou seja, até às doze semanas e referiam-se a situações de abortamento incompleto, retido, terapêutico e eletivo, este habitualmente relacionado com a interrupção voluntária da gravidez (IVG). Em situações de abortamento antes das dez semanas, os produtos da concepção (embrião/feto e placenta), tendem a ser expelidos na totalidade e completos. No entanto, diz-se incompleto quando há retenção da placenta após a expulsão do feto. O aborto retido é definido pela retenção uterina dos produtos mortos da concepção por várias semanas (Leveno, 2010).

O abortamento também pode ocorrer no segundo trimestre, estando frequentemente relacionado com mais complicações. A OMS cit. por (Graça, 2005) considera que existe abortamento se a gravidez termina antes das 22 semanas de idade gestacional. Segundo a *WHO*, *FIGO* e *ICM* (2004), referem que a definição de abortamento de acordo com a idade gestacional pode variar de país para país de acordo com a legislação local. Segundo estas entidades os sinais de abortamento incluem hemorragia vaginal e contrações uterinas dolorosas e cessam os sinais de gravidez.

Quando uma mulher recorre ao serviço de urgência, estes sinais devem ser logo questionados para o despiste de abortamento, a avaliação dos sinais vitais, o estado geral da mulher, antecedentes obstétricos e pessoais. Na MJD existem protocolos de atuação mediante a idade gestacional em causa.

Nesta Instituição, a maioria dos enfermeiros, era objeto de consciência, o que muitas vezes, comprometia a dinâmica do serviço já que só alguns enfermeiros prestavam cuidados a mulheres em trabalho de abortamento, principalmente quando este se referia a IVG.

Seja qual for o motivo da decisão de fazer um aborto ou passar involuntariamente por uma situação de abortamento é para a maioria das mulheres uma situação que pode deixar marcas para toda a sua vida. Esta situação afeta a identidade pessoal da mulher e pode conduzir ao desenvolvimento de culpa,

depressão e ansiedade (Lowdermilk, et al., 2008). O papel do EEESMO nestas situações é muito importante na ajuda aos pais, para fazerem o luto de forma adequado. O luto é uma experiência humana universal, compartilhado por todas as culturas, é o lamentar da perda de alguém significativo

Vários estudos sobre este tema, referem que as mulheres que passam por situações de aborto ou morte perinatal verbalizam sentimentos de raiva, frustração, culpa e sentem-se sozinhas (Angelo, et al., 2007).

Nestas situações o planeamento de cuidados e intervenções adequados à cultura da família enlutada pode atingir o objetivo de os ajudar a ultrapassar esta situação de forma não traumática. A mulher que vivencia esta experiência precisa de ajuda personalizada para vivenciar o luto como um processo normal, passando pelos seguintes estádios: aceitação da realidade, dor de luto, adaptação à nova situação e reorganização (Adolfsson, et al., 2006).

Na abordagem a estas mulheres na UCE, tivemos algum cuidado em fazê-lo de forma calma e em criar um ambiente empático para que esta se sentisse à vontade para verbalizar os seus sentimentos, pois a capacidade de escuta, paciência e atenção nas pessoas que estão a passar por um processo doloroso são essenciais para uma vivência menos penosa da perda. Era dada informação ao casal sobre todo o procedimento a que a mulher ia ser sujeita (medicação e efeitos da mesma, possível perda sanguínea e dor abdominal) e sobre toda a situação que englobou a morte do feto/bebé. Palavras como “morte” e “morreu” devem ser utilizadas para ajudar os pais a aceitarem a realidade. Frases como “foi melhor assim”, “vai ter outro bebé” devem ser evitadas, pois parecem demonstrar desprezo pela sua dor (Lowdermilk, et al., 2008).

Situações que demonstrem ser patológicas, como a não-aceitação da perda, devem ser referenciadas a profissionais habilitados como por exemplo aos psicólogos.

Para além da promoção da adaptação à realidade da perda, foi mantida a vigilância de eventuais complicações no processo de abortamento, como a perda sanguínea, certificação da expulsão dos produtos de concepção – (feto/embrião e placenta) e vigilância dos sinais vitais.

No momento da alta, eram realizados ensinamentos no sentido de capacitar a mulher de conhecimentos e habilidades para o autocuidado e autovigilância. Os sinais que a mulher deverá estar atenta englobam: perda sanguínea vaginal por mais de uma semana ou em quantidade abundante, em relação ao período menstrual; prolongamento das contrações uterinas, aumento da dor abdominal, hipertermia, mal-estar ou lipotimia.

As questões relativamente à contraceção também eram abordadas, já que a mulher pode engravidar mesmo antes de retomar o seu ciclo menstrual. Por isso, era orientada para a consulta de planeamento familiar com o seu médico de família e também era informada sobre os métodos de contraceção existentes (WHO, FIGO e ICM, 2004).

Para além dos cuidados específicos que prestávamos às mulheres internadas na UCE, também foi nossa preocupação, desenvolver ações no sentido de promover a sua parentalidade e a adaptação ao novo papel de mãe/pais.

A parentalidade desempenha um papel significativo na construção da vida familiar e esse papel influencia a trajetória do desenvolvimento das crianças. Esta trajetória começa na gravidez e desenvolve-se durante toda a infância, influenciando a saúde mental e todo o seu desenvolvimento (Halle, et al., 2008).

A avaliação da adaptação à gravidez atual e ao processo patológico pelo qual a mulher e a sua família estão a passar constitui uma das situações que são alvo de cuidados e de avaliação pelo EEESMO. A criação de uma relação de confiança com a grávida, a demonstração de disponibilidade para ouvir e esclarecer as dúvidas da mesma, facilitava este processo. Na MJD, a presença de um acompanhante significativo para a mulher grávida é permitida durante o internamento, exceto durante o turno da noite.

A presença do progenitor permite também uma avaliação da adaptação paterna à gravidez e a todo o processo. Corroboramos com a perspetiva de (Lowdermilk, et al., 2008) que através do diálogo com a mulher grávida e o progenitor seríamos capazes de aferir a aceitação da gravidez de ambos, a identificação do papel de mãe e pai, favorecendo o bem-estar psicológico da família e diagnosticar precocemente situações de risco.

2.1.2. Trabalho de Parto

O terceiro período do estágio profissionalizante decorreu na sala de partos.

Com a realização deste estágio, foi possível a prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto e parto (eutócico e distócico) e ao recém-nascido, desenvolvendo e adquirindo as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, que refere que o EEESMO tem competência para cuidar da mulher de uma forma culturalmente congruente, durante o trabalho de parto e parto, num

ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

A Instituição de acolhimento adota algumas condutas protocolizadas, no entanto, os cuidados prestados iam sendo adaptados a cada situação e planeados individualmente para cada mulher.

As parturientes admitidas na sala de partos, poderiam provir de vários locais, ou diretamente do exterior, já em trabalho de parto, da sala de expetantes ou de indução.

Em qualquer um dos casos, aquando a admissão das parturientes era questionado às mesmas se tinham um plano de parto, para que fosse possível adaptar os nossos cuidados ao mesmo.

Ao mesmo tempo, realizávamos a integração da parturiente e do seu significativo ao serviço. Eram dadas informações sobre o ambiente físico, a possibilidade da permanência contínua de um significativo, que na maioria dos casos foi o companheiro.

Relativamente ao plano de parto, este ajuda os pais a esclarecerem aos profissionais de saúde o que pretendem no seu parto, aspetos como: familiares presentes; as técnicas de alívio da dor; posicionamento durante o parto; a opção de ingerir ou não alimentos entre outras opções, como rituais religiosos ou culturais, assim como aspetos relacionados com o RN (laqueação do cordão umbilical, colocação do RN pele a pele, desejo de amamentar na 1ª hora de vida do RN), analgesia (se pretendiam ou não epidural), era dada a opção e informação sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor (uso da bola, chuveiro, massagens).

No entanto, os desejos do casal devem ser ajustados depois à realidade da situação, às condições físicas e aos recursos humanos no momento do seu parto (Fitzgerald, 2011).

A realidade que constatei em relação à planificação dos partos, é que para todos os casais, o plano de parto era algo desconhecido. No entanto, no decorrer do trabalho de parto, houve sempre a preocupação da nossa parte, tentar corresponder às expetativas do casal.

O que verificamos é que o poder de decisão e escolha por parte da mulher ainda é muito baixo, o chamado *empowerment* da maioria das mulheres é ainda muito pouco desenvolvido, subjugando-se com muita frequência ao que os profissionais de saúde decidiam.

O *empowerment* quer dizer “poder distribuído, conhecimento, informação e recompensa, resultando em resultados positivos através da interdependência dos termos” tal como referem Bowen e Lawler, 1995, cit. (Fitzgerald, 2011).

Este conceito deve ser trabalhado nas aulas de preparação para o parto ou tal como referi anteriormente, nas consultas de vigilância da gravidez.

Neste sentido, os estudos demonstram que o cuidado de saúde centrado na mulher e na família, sendo tratados como parceiros de cuidados pelos profissionais de saúde e não como meros recetores passivos, faz com que a mulher se sinta mais envolvida na sua saúde o que conduz a resultados positivos de nascimento (Bell, 2012).

Fazendo a ponte com o que verificamos neste estágio, é que as mulheres estão no fundo da cadeia hierárquica na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados. No topo da hierarquia está o médico e enfermeiro, sendo o discurso habitual dos profissionais de saúde centrado no “vamos fazer”, sem haver um debate prévio com a principal interessada mas também não havendo habitualmente objeções por parte da mulher.

Consciente dos benefícios que o *empowerment* tem nos resultados do nascimento, procuramos sempre, estabelecer uma relação de empatia e confiança com a díade mulher/companheiro ou familiar/amigo significativo, criando um espaço favorável para a verbalização das dúvidas, anseios e medos da mesma.

Assim, houve sempre a tentativa da nossa parte implicar a mulher no processo de decisão e dada informação pertinente sobre todas as intervenções que se desenhassem relevantes para o seu cuidado.

Apesar do *empowerment*, idealmente ser trabalhado e desenvolvido ao longo de toda a gravidez, sentia que a díade demonstrava maior felicidade e menos ansiedade quando era integrada no plano de cuidados, portanto tentava *empoderar*, de alguma forma, aquele casal ou a mulher e seu significativo no seu parto.

Vários estudos demonstram que integrar a mulher na prestação de cuidados, aumenta a sua confiança, diminui a ansiedade e promove a redução de partos pré-termo; aumenta a taxa de sucesso de amamentação e aumenta os seus níveis de satisfação com o parto, o que leva à promoção de um vínculo mais forte entre a mãe/filho (Bell, 2012).

Ainda na tentativa de proporcionar uma experiência de parto positiva, a política da Instituição permitia a presença de um significativo continuamente com a parturiente na sala de partos, indo de encontro com o que diz (Brüggemann, et al., 2005), referindo que o apoio contínuo da mulher durante o trabalho de parto diminui a taxa de cesarianas, diminuiu a duração do trabalho de parto, reduz do uso de analgesia, diminui a utilização de ocitocina e aumenta a satisfação materna com a experiência do nascimento, para além de aumentar o conforto da mulher.

Tendo presente os benefícios da implicação do significativo para a mulher na progressão e experiência do parto, foi nossa preocupação promover a sua interação com a equipa de saúde, para que o próprio se sentisse acolhido, aumentando o seu sentimento de confiança e o reconhecimento do seu papel, que se refletirá positivamente no conforto físico e emocional da mulher.

Ainda na admissão da parturiente na sala de partos, outros dados eram colhidos como paridade, idade materna, tipos de parto anterior (eutócico, distócico-cesariana ou instrumentado), peso e condições do bebé anterior, condição social e física, resultados analíticos, nomeadamente grupo sanguíneo, isoimunização Rhesus).

Entretanto, eram iniciadas algumas intervenções. Quando as parturientes provinham da sala de indução ou da sala de expectantes, habitualmente vinham já puncionadas, caso contrário era cateterizada uma veia e iniciado uma solução de lactato de ringer. Habitualmente era este o líquido endovenoso de eleição devido à grande maioria das mulheres optar pela analgesia epidural, sendo este utilizado para prevenir ou corrigir a hipotensão provocada pela ropivacaína ou pelo sufentanil, fármacos estes, habitualmente administrados para analgesia por epidural.

Quando a mulher tinha diagnóstico de diabetes gestacional ou diabetes pré-existente à gravidez era iniciado o protocolo de diabetes implementado na MJD. Era então iniciado um soro glicosado a 5% a um ritmo de 150ml/h, e eram efetuadas as pesquisas de glicemia capilar de 4/4h, associadas a um esquema de administração de insulina subcutânea também protocolado mediante os valores apresentados. Para além desta vigilância como EEESMO realizava também a vigilância de sinais e sintomas de complicações da diabetes (hipoglicemia/hiperglicemia) dando resposta às competências preconizadas pela ordem no que diz respeito à vigilância de parturientes com patologia associada.

Outro procedimento protocolizado que pudemos verificar foi a limpeza intestinal por intermédio de enema.

A preparação do intestino, nas várias bibliografias consultadas, referem que não deve ser implementada como rotina. Neste estágio pudemos verificar que era um procedimento protocolizado, com a exceção se a parturiente referisse que o intestino tinha funcionado havia pouco tempo. A terapêutica usada era duas bisnagas de microlax. Algumas vezes nos interrogamos porquê e se este procedimento não carecia de alterações, pois de acordo com (Fraser, et al., 2010), deve ser questionado à mulher se o pretende fazer e a ser feito, só em situações

que não houve movimentação intestinal por 24 horas ou no exame vaginal o reto pareça estar cheio.

A recomendação de o enema não ser usado, de forma rotineira já foi decretada pela Organização Mundial de Saúde OMS, 1997, cit. (Tzeng, et al., 2005). As desvantagens do uso do enema antes do trabalho de parto, vêm contradizer precisamente aquilo que é defendido para a sua administração, o *risco de infecção*. No entanto, o estudo supra citado refere que pelo fato das fezes ficarem mais aquosas aumenta o risco de contaminação de bactérias entéricas do canal de parto e consequentemente do RN, para além do desconforto que a sua administração provoca à mulher. Posto isto, o uso do microclister deve ser utilizado mediante avaliação individualizada da mulher e não ser usado de forma indiscriminada de forma a caminhar para um parto cada vez mais humanizado.

Um outro aspeto importante a considerar na admissão da parturiente na sala de partos foi estar atenta ao resultado do *Streptococcus b hemolítico do grupo B* (SGB). É um diplococo gram positivo encapsulado que foi isolado pela primeira vez em 1887 e descrito como *Streptococcus agalactiae*. Na grávida pode provocar infecção do trato urinário (ITU), amnionite, endometrite e bacteriemia. No recém-nascido (RN) pode ser responsável por infecção sistémica ou focalizada, infecção esta que em 75% dos casos é precoce (manifestando-se na primeira semana de vida, geralmente antes das 72 horas) mas que pode ser tardia (entre a primeira e a quarta semanas de vida) ou muito tardia (entre o primeiro e o sexto mês de vida). Após os 30 dias de vida, na criança, no homem adulto e na mulher não grávida, a infecção por SGB, embora rara pode existir e está geralmente associada a estados de imunodeficiência (Almeida, et al., 2004).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), relatado nos Consensos de Neonatologia, 2004, o rastreio com cultura de zaragatoa vaginal e rectal entre as 35 e as 37 semanas de gestação pode detetar as grávidas que têm maior probabilidade de colonização por SGB na altura do parto, ou seja, com maior risco de transmissão vertical. O antibiótico (ATB) de eleição para tratar esta infecção é a penicilina.

A profilaxia ATB intraparto é tanto mais eficaz quanto mais próxima do início do trabalho de parto for a primeira administração de ATB: quando o nascimento se dá 1 hora após o início de antibioterapia materna, a taxa de colonização do RN é de 46% (semelhante à falta de tratamento materno).

No caso de a mulher ter o SGB positivo, existe um protocolo que consistia na administração de ATB de penicilina 4/4 horas até se desencadear o parto, o que vai de acordo com as recomendações da SPP.

Outra questão importante verificada neste estágio, foi o facto de a analgesia por epidural ser o método de alívio da dor, eleito por todas as mulheres com que tivemos a oportunidade de contactar.

Culturalmente, o parto está associado à dor e sofrimento. Na bíblia sagrada é proferida a profecia “pariras com dor”. No entanto, a dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual, tendo uma componente sensorial e emocional (Lowdermilk, et al., 2008). Apesar de a dor ser influenciada por vários fatores como os fisiológicos, sociais e culturais, também a ansiedade e as experiências anteriores a preparação para o parto, o conforto, o apoio e o ambiente que a rodeia, podem determinar o comportamento face à dor. A dor no trabalho de parto é uma das mais intensas que o Ser Humano pode sentir segundo o que diz Melzack e Col., Cit. (Graça, 2005).

Dada a diversidade e formas de encarar a dor por parte das mulheres, foi importante estarmos preparados para dar resposta às diferentes solicitações. Uma mulher que não queira que lhe sejam administrados fármacos para alívio da dor, deve ter à sua disposição profissionais habilitados a oferecerem outras medidas, como as não farmacológicas que passam por técnicas de relaxamento, respiratórias, effleurage, contrapressão, música, acupressão/acupuntura, biofeedback ou aromaterapia.

Durante este percurso algumas das mulheres com quem tivemos a possibilidade de contactar, mostraram-se recetivas à implementação de algumas medidas não farmacológicas, como a massagem ou as técnicas respiratórias. Mas, como a grande maioria não tinha frequentado aulas de preparação para o parto, facilmente perdiam o controlo da dor e pediam a colocação do cateter epidural.

Tendo em conta os efeitos negativos da dor no trabalho de parto, principalmente devido à pouca colaboração e baixa recetividade para ouvir a informação numa fase avançada do trabalho de parto (hipertonía uterina ou diminuição da atividade uterina, devido às descargas de adrenalina e cortisol) foi importante oferecer à mulher a analgesia adequada à sua situação e vontade.

Existem vários de tipos de analgesia, no que diz respeito a fármacos, estes podem ser sistémicos, inalatórios e loco-regionais (epidural e subaracnoideu).

Entre a analgesia possível, o que nos diz a evidência é que a epidural é a que oferece melhor alívio da dor do trabalho de parto. No entanto alguns estudos revelam que o uso da analgesia por epidural, pode aumentar a duração do 2º período do trabalho de parto podendo levar a um maior número de partos instrumentados e está relacionada com o aumento da perfusão de ocitocina, no

entanto, não parece afetar negativamente o recém-nascido (Anim-Somuah, et al., 2011).

Assim, a decisão de iniciar a analgesia por epidural deve ser da mulher juntamente com o profissional de saúde. Na sala de indução ou expetantes ou quando a mulher referia que não queria epidural, e tinham queixas álgicas, a medicação habitualmente prescrita era a petidina ou tramadol.

Alguns estudos referem que estes fármacos são uma boa opção para os casos acima referidos, segundo (Kooshideh, et al., 2009) estes têm uma ligeira discrepância no que diz respeito à duração do trabalho de parto, demonstrando ser a petidina a mais positiva, este mesmo estudo não relaciona estes opióides sistémicos com maior número de depressão respiratória neonatal ou índices de Apgar diminuídos.

Em todo o caso, foi nossa preocupação estar sempre atento a todos os medicamentos administrados durante o parto para associar qualquer complicação materna ou ao recém-nascido com a administração dos mesmos. Devido ao risco de intoxicação por opióides do recém-nascido, na sala de partos está sempre presente nos fármacos obrigatórios a Naloxona, antídoto dos opióides.

Quando a opção passava pela analgesia por cateter epidural, era contactado o anestesista e o enfermeiro ficava responsável pela preparação do material, posicionamento da parturiente e gestão do ambiente físico.

Durante a colocação do cateter epidural e administração dos fármacos (ropivacaína e sufentanil) foi vigiado o bem-estar materno e fetal. Foram monitorizados os sinais vitais, para despiste de hipotensão grave, ao mesmo tempo é infundida a solução de lactato de Ringer. A posição em decúbito lateral também diminui a ocorrência de hipotensão e é avaliado o traçado da CTG.

A vigilância do bem-estar da mulher e fetal após colocação do cateter epidural é rigorosa. O traçado da CTG, hipotensão materna, tonturas, náuseas, vômitos, prurido, diminuição da força dos membros inferiores, retenção urinária, temperatura corporal, são aspetos que nos exigiam atenção acentuada na vigilância durante o trabalho de parto. Sabemos, também que a hipertermia verifica-se com alguma frequência após a administração dos analgésicos, devido a alterações na termorregulação, podendo também a infeção estar subjacente. O aumento da temperatura corporal pode levar a taquicardia fetal e neonatal (Lowdermilk, et al., 2008).

A cateterização vesical foi um procedimento frequentemente observado na sala de partos, após a colocação do cateter epidural.

O globo vesical pode impedir a progressão da apresentação fetal no canal de parto, sendo por isso necessário incentivar a mulher a fazer o esvaziamento vesical a cada 1-2 horas. A maioria das mulheres, apesar de analgesiada, mantinha a percepção da micção, não sendo necessária a algaliação.

A necessidade de cateterização vesical por vezes verificava-se em mulheres com sinais de retenção urinária, no entanto, a opção por realizar a algaliação intermitente era preferida. Este é um procedimento que não é inócuo, para além de haver o risco de lesionar a uretra, principalmente quando a apresentação já está muito apoiada e descida, aumenta o risco de ITU. Assim, sempre que possível, esta técnica deve ser evitada e a micção espontânea ser incentivada.

Desde o início do trabalho de parto que estar atento ao bem-estar materno e fetal faz parte das nossas competências. Relativamente ao bem-estar materno é importante a monitorização do pulso, 100 batimentos cardíacos por minutos (bpm) ou superior pode ser indicativo de ansiedade, dor, infeção ou hemorragia. A temperatura era registada a cada 4 horas no trabalho de parto normal, a pirexia pode ser indicativa de infeção, cetoacidose ou uma resposta à analgesia epidural. A pressão arterial a cada 2-4 horas se os valores estiverem <140mmHg para diastólica e <90mmHg para diastólica. Durante a colocação do cateter epidural e subsequente administração da analgesia a tensão arterial deve ser continuamente monitorizada, a hipotensão detetada pode ser indicativa da analgesia, que pode comprometer a perfusão uterina e consequentemente o bem-estar fetal, pode estar relacionada com a posição supina ou choque (Fraser, et al., 2010).

O suporte contínuo dado à parturiente passa por várias intervenções que visaram a promoção da progressão do trabalho de parto, de forma espontânea.

Neste sentido, fizeram parte das nossas intervenções o incentivo à deambulação (caso haja rotura de membranas, a apresentação deve estar encravada, devido ao risco de prolapso do cordão) já que a deambulação ou a adoção de uma posição ereta pode aumentar a probabilidade de parto eutócico espontâneo (Wilson, et al., 2009). A deambulação também promove a distração da mulher, o contato com o companheiro e melhora a atividade uterina. No caso de a mulher estar analgesiada, foi efetuada a vigilância das funções motoras, devido ao risco de queda (Lowdermilk, et al., 2008).

Se houver contra indicação materna ou fetal para a deambulação é importante a mulher ser incentivada a mudar de decúbito a cada 30 a 60 minutos. As posições em decúbito lateral são as melhores já que promovem o fluxo sanguíneo uteroplacentário melhorando a oxigenação fetal. No caso de a mulher se sentir mais

confortável em decúbito dorsal, deve ser colocada uma almofada em cunha por baixo de uma anca para evitar que o útero comprima a artéria aorta e a veia cava.

Durante o trabalho de parto, foram oferecidas à parturiente alguns materiais que promovem o conforto e a progressão do trabalho de parto, como o caso da bola de parto. Esta pode estimular a mobilidade pélvica e promove o relaxamento pélvico e perineal, quando a mulher se senta na bola firme mas depressível e se movimenta com movimentos rítmicos. Apenas uma parturiente aderiu à bola de parto, no entanto, informamos as mulheres dos materiais que tinham ao seu dispor e foram realizados ensinamentos sobre os seus benefícios.

Ainda na continuidade deste suporte ao longo do TP, a maioria dos anestesiologistas impunham o jejum. As mulheres com períodos de jejum longos tinham uma perfusão de glicose 5% e podiam apenas molhar os lábios. No entanto, o que nos diz a evidência é que não há provas dos benefícios nem das desvantagens do jejum em mulheres com TP de baixo risco ou que tenham potencial para o parto ser por cesariana. Por este motivo, devia ser dada a liberdade à mulher para escolher se quer comer ou beber no TP (Singata, et al., 2012). Neste sentido, a nossa atuação foi de encontro ao que é melhor para a mulher, informando-a desta evidência, dando-lhe o poder para defender os seus interesses dialogando com os profissionais.

Relativamente à administração de líquidos endovenosos, era habitual a perfusão de lactato de Ringer devido à probabilidade de todas as mulheres optarem por um parto sem dor, por intermédio da analgesia epidural, como já foi referido. O que nos diz a bibliografia em relação à administração de fluídos endovenosos é que não há necessidade num TP de baixo risco, a menos que seja administrada a analgesia epidural, para prevenir a hipotensão, (Graça, 2005) defende que em TP demorados, a administração de glicose e sódio a um ritmo de 60 a 120 ml/h impede a desidratação e acidose.

A monitorização do bem-estar fetal foi alvo da nossa atenção. A monitorização contínua da FCF era norma habitual na MJD, mesmo em mulheres com trabalho de parto de baixo risco. Este facto, condicionava a mobilidade das mulheres e consequentemente o seu conforto, já que estavam confinadas à cama. Aliado a isto, a maioria também apresentava a perfusão de analgesia por cateter epidural de forma contínua.

A cardiocotografia (CTG) diz respeito ao registo contínuo da frequência cardíaca fetal instantânea e da contração uterina, como já referi anteriormente, alguns dos aparelhos, também registam os movimentos fetais. Esta monitorização pode ser

externa e interna, a mais frequentemente utilizada é a externa, mas os traçados não são tão fidedignos (Filho, et al., 2010).

Como já foi referido, era prática comum a CTG ser realizada de forma contínua a partir do momento que a mulher dava entrada na sala de parto, a menos que a mesma recusasse, o que nunca aconteceu. O que nos diz a evidência relativamente à monitorização contínua é que esta deve ser reservada para gravidezes de alto risco (Devane, et al., 2012). Segundo a NICE (2001), a auscultação intermitente para avaliar o bem-estar fetal em mulheres com gravidezes de baixo risco, é a recomendada.

A FCF é afetada por vários fatores externos, como o ambiente extrauterino e outros estímulos, como as contrações uterinas ou a hipoglicemia materna.

Na vigilância do trabalho de parto, quando se interpreta o traçado da CTG deve ser tido em conta os seguintes detalhes; o nome da parturiente, número do processo, a data e hora, avaliação da qualidade do traçado, tocografia (contrações uterinas), frequência cardíaca, variabilidade, acelerações, desacelerações. Mas as quatro variáveis principais são a frequência cardíaca basal, a variabilidade do momento basal, a presença de acelerações e desacelerações.

No primeiro período do trabalho de parto, a FCF permanece mais ou menos estável ou acelera durante as contrações uterinas. À medida que a apresentação vai descendo no canal, pode haver a compressão do cordão umbilical e da cabeça fetal, podendo resultar em desacelerações, principalmente quando as membranas estão íntegras. Estas desacelerações que duram menos de 3 minutos e boa recuperação à taxa anterior de desaceleração são as chamadas desacelerações precoces e não são motivo de preocupação, já que a FCF recupera espontânea e rapidamente. No entanto, quando existe uma desaceleração com duração superior a três minutos, começa durante ou após uma contração atingir o seu nadir, após o pico da contração, e ainda não recuperou quando a contração termina estamos perante desacelerações tardias, sendo estas motivo de preocupação e atuação (Fraser, et al., 2010).

Sempre que os traçados da CTG suscitavam preocupação, fazíamos a comunicação à equipa médica, sendo entretanto implementadas algumas medidas como a mudança de decúbito da parturiente e era iniciada oxigenoterapia para garantir uma adequada perfusão placentária e fetal. A par destas medidas era transmitida toda a informação aos pais, de forma tranquila para que não ficassem alarmados e não aumentassem os níveis de stress da mulher, comprometendo ainda mais a oxigenação fetal.

Alguns estudos referem que a CTG como meio de vigilância contínua não reduz a mortalidade perinatal ou neonatal, pois os dados dependem da interpretação humana, que pode ser subjetiva, levar a um maior intervencionismo do parto, como mais cesarianas, cerca de mais 20% e verifica-se que a equipa de saúde muitas vezes centra-se mais na máquina do que na mulher. Ou seja, o método contínuo não mostra ser mais eficaz que o intermitente ou mesmo do que a auscultação manual (Devane, et al., 2012).

Dos artigos científicos consultados podemos concluir que a CTG embora seja um meio valioso para a avaliação do trabalho de parto e para a gestão do nascimento, é insuficiente para prever o resultado perinatal, ou seja, o trabalho de parto deve ser avaliado de forma individualizada e não ficar sustentado apenas no valor preditivo da CTG (Kaban, et al., 2012), e a mulher deve ser devidamente informada sobre os tipos de monitorização para poder optar de forma consciente. A OMS preconiza a auscultação intermitente, num parto de baixo risco como a melhor atuação na promoção do parto normal.

Também foi possível observar a colocação de um eletrodo no couro cabeludo fetal para avaliação da FCF - eletrocardiograma (ECG). Neste tipo de avaliação obtém-se o registo contínuo da FCF instantânea. Para poder ser aplicado, a dilatação cervical deve ser no mínimo de 1 cm e com rotura prévia das membranas. É um procedimento realizado pelo obstetra e só deve ser efetuado, quando o CTG apresenta resultados inquietantes (Whitworth, et al., 2010).

Um outro tema controverso e que nos suscitou dúvidas foi a realização ou não da amniotomia.

Quando há a necessidade de monitorizar a FCF diretamente e o colo apresenta condições para tal, compreende-se a realização da mesma.

A vária literatura consultada refere que a amniotomia pode encurtar a duração do trabalho de parto. No entanto, ainda não encontramos disponíveis estudos suficientes para alicerçar e considerar a amniotomia como uma prática recorrente.

Para mulheres saudáveis com início de trabalho de parto espontâneo a partir das 38 semanas, não há benefício em realizar esta técnica. A par disto, a maioria das mulheres que é submetida a amniotomia refere queixas álgicas durante o procedimento devido à manipulação, apresentam alguma perda sanguínea vaginal e algumas referem aumento das contrações (Boulvain M, 2010). Durante o estágio de trabalho de parto foi possível constatar que esta prática é comum entre médicos e enfermeiros. Alguns contraindicam que esta seja realizada, devido ao risco de infeção, já que após a RM a evolução do trabalho de parto pode não acontecer.

No entanto, alguns estudos, como o de (Ajadi, et al., 2006) enumera benefícios relativamente à realização da amniotomia como: aceder ao couro cabeludo do feto quando é necessária avaliação da FCF direta através da colocação de stan; avaliar as características do líquido amniótico e como já referi, aumenta a contratilidade uterina, diminuindo o tempo de trabalho de parto, no entanto, estudos referem que só o 1º período do trabalho de parto é encurtado.

Mas se por um lado o aumento da contratilidade uterina vai encurtar o tempo do trabalho de parto, também é verdade que a parturiente fica mais queixosa após o procedimento. Relativamente aos aspetos negativos da realização da amniotomia estão descritos o aumento da incidência de anormalidades da frequência cardíaca fetal, risco de prolapso de cordão umbilical e foram documentados mais pedidos de analgesia devido à dor e maior incidência de cesarianas (Ajadi, et al., 2006).

Para as parturientes que estão na sala de partos, a amniotomia é realizada sem dor, uma vez que, praticamente todas as mulheres têm analgesia epidural em perfusão. Mas quando é realizada na sala de expetantes ou indução, as mulheres queixavam-se de dor durante o procedimento. Nesta fase a dor foi gerida mediante administração de analgésicos prescritos pelo médico, que o enfermeiro vai gerindo mediante as suas queixas.

A vigilância durante a amniotomia, deve incidir sobre a FCF e esta deve ser realizada quando a apresentação está encravada. Durante o procedimento deve evitar-se mobilizar a apresentação, para diminuir o risco de prolapso do cordão umbilical. Ao realizar o procedimento, é aconselhado realizar pressão no fundo uterino, para que a apresentação fique bem justaposta, diminuindo também a probabilidade de prolapso do cordão e idealmente durante uma contração uterina.

Esta técnica também pode ser ponderada quando se deteta a paragem da fase ativa do trabalho de parto, a evidência faz referência ao uso conjunto da amniotomia com a perfusão da ocitocina, diminuindo o tempo de nascimento em 44 minutos comparado com o uso isolado da ocitocina (Cunnigham, et al., 2012).

Sendo a amniotomia um procedimento controverso relativamente aos seus efeitos benéficos para o desenvolvimento do trabalho de parto, esta decisão deveria ser tomada baseada na preferência da mulher. Para isso, as mulheres devem ter conhecimento aprofundado sobre o trabalho de parto, os procedimentos a que pode ser sujeita, os benéficos e desvantagens, para que a sua decisão seja tomada de forma consciente, baseada no conhecimento e no que é melhor para ela e para o seu filho.

A monitorização do trabalho de parto a par da identificação do mesmo e das complicações inerentes ao parto fazem parte das competências do EEESMO.

O trabalho de parto é o período que vai do início das contrações uterinas regulares até à expulsão da placenta (Cunnigham, et al., 2012).

Durante o percurso formativo foi possível efetuar com precisão a monitorização e a vigilância do trabalho e da execução do parto a 43 mulheres (ANEXO III), indo de encontro ao que a diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho preconiza para a atribuição do título de EEESMO. Para além da execução dos partos referidos tivemos oportunidade de prestar cuidados a outras parturientes, vigiar o trabalho de parto que culminaram em partos distócicos, que fazem parte das nossas experiências, ao longo deste estágio do núcleo de partos.

Nas figuras abaixo encontra-se a representação gráfica do número total de partos a parturientes de risco e normais e, também, o número de partos realizados com e sem episiotomia assim como os partos participados cefálicos.

FIGURA 1: Parturientes de risco e normais

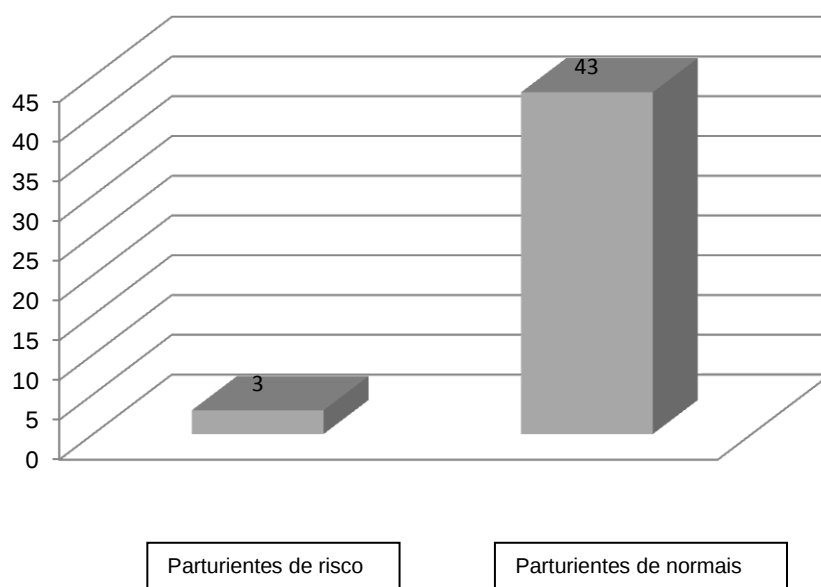
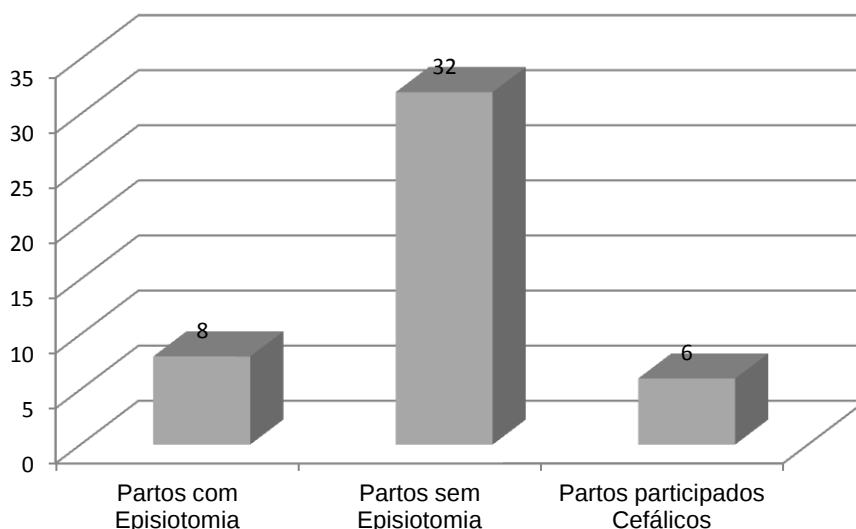


FIGURA 2: Partos com episiotomia, sem episiotomia e participados cefálicos



Constatei que a maioria das mulheres era admitida numa fase latente ainda do trabalho de parto, ou seja, com menos de 4 cm de dilatação cervical. Segundo (Cunnigham, et al., 2012) estas mulheres são alvo de mais intervencionismo por parte da equipa médica, com maior número de encaminhamentos para cesarianas e maior estimulação com ocitocina comparativamente com as mulheres que são admitidas numa fase ativa do trabalho de parto, com 4 ou mais cm de dilatação.

Para uma melhor compreensão do trabalho de parto, convencionou-se dividir o mesmo em três estádios. O *1º estágio (dilatação)* decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino; o *2º estágio (período expulsivo)*, começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o *3º estágio (dequitação)* decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2005).

O 1º estágio está dividido em duas fases: a *latente* e a *ativa*. Designa-se que o trabalho de parto está na fase latente quando começam as contrações regulares e o colo está completamente extinto e com 3 cm de dilatação. Depois desta fase inicia-se a fase ativa, e que o colo se dilata mais rapidamente até ser atingida a dilatação completa.

O índice de Bishop para avaliar o estágio em que se encontrava o trabalho de parto era o mais usado na MJD. Este índice é baseado nas características do colo do útero (posição, dilatação, extinção e consistência) e plano da apresentação fetal. Este sistema tornou-se o sistema de pontuação mais utilizado para prever o

resultado dos partos, principalmente resultantes das induções (Teixeira, et al., 2012).

Este índice, desenvolvido por Bishop em 1964, veio auxiliar a prevização do sucesso da indução eletiva em mulheres múltiparas. Antes da indução do parto, idealmente devem ser avaliadas as condições do colo pelo índice de Bishop, para determinar a necessidade de amadurecimento cervical, avaliação da pelve materna, verificação da integridade das membranas, apresentação fetal, avaliação da vitalidade fetal pela CTG e a idade gestacional deve estar muito bem esclarecida (Filho, et al., 2010).

Relativamente à monitorização do parto, a sua progressão na MJD era verificada através do *Partograma*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbilidade e mortalidade materna e fetal. No entanto, estudos revelam que este deve ser utilizado numa fase ativa do trabalho de parto (na zona II do partograma) devido ao intervencionismo exagerado na primeira parte do mesmo, ou seja, na fase latente (Rocha, et al., 2009).

O *Partograma* é a representação gráfica do trabalho de parto, que permite acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, evitando intervenções desnecessárias (Filho, et al., 2010). O objetivo do partograma é fornecer uma visão pictórica do trabalho de parto, para alertar o obstetra e o EEESMO dos desvios da saúde materna ou do bem-estar fetal (Lavender, et al., 2012).

Como referi, na MJD esta representação gráfica era utilizada para monitorizar o progresso do trabalho de parto. Os dados obtidos a transcrever para o partograma, eram através do toque vaginal. Durante o estágio, foi-me possível realizar vários toques, assim como observar os profissionais a realizarem o mesmo.

O número de exames vaginais correlaciona-se com a morbilidade decorrente da infeção, principalmente nos casos em que a rutura de membranas já se verificou. No entanto, este exame é o mais frequentemente repetido já que dá alguma segurança aos profissionais de saúde no que diz respeito à deteção de trabalho de parto iminente e se as membranas já não estão íntegras. Mas pelo motivo anteriormente referido e pelo desconforto e stress que este exame gera na mulher, só deve ser realizado quando indicado pelo estado da mulher ou do feto.

Existem alturas próprias para o exame vaginal ser efetuado, com o objetivo de beneficiar a mulher e o feto na prestação de cuidados. Na admissão é um deles ou quando ocorre uma alteração significativa na contratilidade uterina, quando a

mulher sente uma maior pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rotura de membranas ou quando ocorrem desacelerações variáveis da FCF (Lowdermilk, et al., 2008).

Reconhecer as situações indicadas para realizar o toque vaginal, faz parte das competências do EEESMO. A conduta e atitudes assertivas da orientadora de estágio foi muito enriquecedora, porque sempre foi realizado este exame quando o mesmo se justificava. No entanto, a presença dos muitos profissionais de saúde no núcleo de partos, levava a que nem sempre isto fosse respeitado.

Quando se justificava realizar o toque vaginal era explicado à parturiente o que estaria a motivar a minha pretensão e era sempre solicitada a sua permissão. Foi sempre mantida a sua privacidade. A realização deste exame permite avaliar a apresentação posição e variedade (APV); A extinção e dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, qual a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), o plano de Hodges, em que se encontra o nível de descida da apresentação no canal de parto e a variedade fetal anterior, posterior ou transversa).

A *extinção cervical* é expresso em relação ao comprimento do canal cervical em comparação com um colo normal. Quando o comprimento do colo se encontra reduzido a metade, diz-se que está extinto a 50%. Quando o colo está tão fino quanto o segmento uterino inferior adjacente, encontra-se totalmente extinto, ou seja, a 100%.

A dilatação cervical é determinada quando o diâmetro médio de abertura cervical ao deslizar o dedo do examinador desde a margem da abertura cervical em um lado até à margem do lado oposto. O diâmetro transversal é estimado em cm. Fala-se em colo totalmente dilatado quando o diâmetro mede 10 cm.

A posição do colo é determinada pela relação entre o óstio cervical e a apresentação fetal. Pode ser central, anterior ou posterior. A consistência pode ser classificada de mole, firme ou intermédia.

O plano em que a apresentação se encontra, é descrito em relação às espinhas isquiáticas. Quando a parte mais inferior da apresentação fetal está ao nível das espinhas isquiáticas diz-se que está no plano 0. O American Collge of Obstetricians and Gynecologists, 1989 cit. (Cunnigham, et al., 2012) estabeleceu que cada quinto representa 1cm acima ou abaixo das espinhas isquiáticas desde a entrada da apresentação na pelve. Assim, à medida que a apresentação desce no sentido das espinhas isquiáticas, a designação é plano -5, -4, -3, -2, -1 e 0, abaixo das espinhas isquiáticas o plano é +1, +2, +3, +4, +5 até ao parto.

No que diz respeito ao tipo de parto tivemos oportunidade de observar dois partos em apresentação pélvica, sendo estes realizados pela equipa médica. Mas

os partos que realizamos foram todos de apresentação cefálica. Apesar de termos conhecimentos acerca dos mecanismos de trabalho de parto e tipos de apresentações, sendo a modalidade em apresentação cefálica que mais experienciamos ao longo da sua realização, e a cada passo era recontextualizado o conhecimento abstrato de uma forma a que fosse operacionalizado através das manobras e técnicas adequadas à APV.

Segundo o autor (Graça, 2005) o mecanismo de parto em apresentação em vértice (cefálico) é o mais comum. Explica também os *movimentos cardinais* deste tipo de parto são: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. O *encravamento* verifica-se quando há a passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal (diâmetro biparietal) através do estreito superior.

A descida, ocorre por ação de duas forças: da pressão do líquido amniótico enquanto as membranas estão intatas, da pressão direta do fundo uterina sobre a pelve fetal, a contração dos músculos abdominais maternos e fenómenos de moldagem fetal. A *flexão* do pólo cefálico dá-se quando este encontra resistência, oferecida pelo colo do útero. O mento do feto aproxima-se do tórax, de maneira a que o diâmetro diminua (occipito-frontal) de 12,5 cm fica com 9,5 cm. A *rotação interna* é o movimento essencial para que o TP evolua. Habitualmente só acontece quando o polo cefálico atinge o plano 0, ou seja, quando a apresentação está encravada. Este movimento leva o occipital a rodar no sentido da sínfise púbica (movimento de 45° nas variedades anteriores e 90° nas transversas), colocando-se o diâmetro sagital da apresentação coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto.

A *extensão* acontece quando o pólo cefálico fletido, atinge o plano da vulva, iniciando-se um movimento contrário ao da flexão, o qual leva a base do occipital ao contato direto com o bordo inferior da sínfise púbica. Este movimento ocorre pela ação da contração uterina e pela resistência oferecida pelos músculos pélvicos e pela sínfise púbica.

A *rotação externa* acontece após a exteriorização do pólo cefálico pela ordem: occipital, bregma, fronte, nariz, boca e mento, este retoma à atitude anterior à rotação interna. Este movimento designa-se de *reconstituição*, continuando a rotação externa até que o diâmetro sagital da cabeça fetal se coloca numa posição transversa, sendo este movimento acompanhado pelo tronco do feto, levando o diâmetro bi-acromial a colocar-se no diâmetro ântero-posterior do estreito inferior, facilitando a expulsão fetal. Por fim dá-se a *expulsão* fetal quase imediatamente após a rotação externa. Sai de seguida o ombro anterior sob a sínfise púbica e o

ombro posterior distende o períneo posterior. Após a saída dos ombros, o restante corpo fetal rapidamente é expulso.

Apesar da descrição supra descrita, ao longo do estágio, podemos constatar que o mecanismo de descida do feto pode variar muito, no entanto, as variedades posteriores e anteriores não diferem muito entre si. Entre as nulíparas e multíparas existem também diferenças nos padrões de descida, ainda segundo (Graça, 2005) nas nulíparas, o polo cefálico pode encontrar-se já no plano 0, mesmo antes do início do TP e nas multíparas, a descida da apresentação muitas vezes só se inicia quando a dilatação está quase completa.

O trabalho de parto é definido pelo conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Fenómenos como as contrações uterinas, a pressão-intra abdominal, a resistência à passagem do móvel fetal impulsionam a descida do feto para o exterior. À partida, a natureza humana, deveria ser só por si suficiente para que tudo ocorra dentro da normalidade. Pois apesar do esforço de muitos profissionais de saúde em tornar o parto o mais natural possível, ainda se verifica muita instrumentalização do parto. As intervenções médicas existem, quando a natureza não está a dar a resposta adequada e se verificam as chamadas *distócias*, mas o que se verifica é que o intervencionismo atua mesmo em partos que não apresentam qualquer disfunção.

Por *distócia* entende-se uma evolução anormalmente lenta do TP devido à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão. Podem ser divididas em duas categorias, as distócias de natureza mecânica (alterações na apresentação, da posição ou dimensão do feto, anormalidade da bacia materna ou do canal de parto) e as de natureza dinâmica (disfunção contrátil uterina).

As distócias dinâmicas são as mais referenciadas neste relatório de estágio, já que durante o meu percurso foram as mais frequentes.

Segundo (Filho, et al., 2010) refere que as distócias dinâmicas referem-se a contratilidade uterina ineficiente para fazer dilatar o colo fazer progredir o parto ou apresentar uma atividade uterina exagerada capaz de determinar um parto rápido e precipitado.

As anomalias da contração podem ser quantitativas e qualitativas, isto é, as primeiras produzem ondas generalizadas que mantêm o triplo gradiente descendente (TGD) apenas os seus valores podem ser hipo ou hiperativos, as segundas dizem respeito a ondas generalizadas com gradiente invertido, incoordenadas (Filho, et al., 2010).

A disfunção uterina, em qualquer fase do TP, caracteriza-se pela ausência de progressão deste ritmo normal.

As distócias que se verificavam com maior frequência foram as de ordem dinâmica, como já referi. Foi importante recrutar conhecimentos que permitiram ter competência para distinguir se estávamos perante uma distocia dinâmica ou se poderá estar subjacente alguma outra causa que esteja a provocar a anormalidade contrátil. Para isso, o recurso aos conhecimentos na área da pelvimetria pélvica foi importante para despistar uma eventual incompatibilidade feto-pélvica (IFP). Em casos de hipotonia, antes de iniciar qualquer terapêutica foi importante reconhecermos que se está perante a fase ativa do TP, ou seja, a atividade uterina está a uma intensidade suficiente para produzir sensação dolorosa e provocar modificações no colo apresentando uma dilatação igual ou superior a 4cm.

Segundo (Graça, 2005) existem sinais, que quando presentes, indicam com grande probabilidade estarmos perante uma situação de compatibilidade entre o feto e o canal de parto: conjugado diagonal normal, paredes de bacia quase paralelas, espinhas isquiáticas pouco proeminentes, curvatura do sacro não aplanado, ângulo supra púbico superior a 90°, apresentação fetal em vértice, polo cefálico encravado ou descendo na escavação pélvica quando se pressiona manualmente o fundo uterino (Manobra de Hillis-Muller). Segundo este mesmo autor, quando o diagnóstico de IFP não é totalmente seguro poderá efetuar-se uma “*Prova de trabalho de parto*” que consiste em iniciar ocitocina a um ritmo progressivo, sob monitorização cardiotocográfica contínua até se obter contratilidade regular. A prova é interrompida caso surjam sinais de sofrimento fetal ou se perante uma dinâmica uterina não se verificarem modificações a nível do colo e da progressão da apresentação. Quando o diagnóstico de IFP se confirma, o parto por cesariana é a conduta apropriada.

Considera-se que estamos perante uma hipotonia uterina quando o nadir da concentração não atinge os 50mmHg e a sua duração não ultrapassa os 45 s e o intervalo entre as contrações encontra-se alargado (menos de 2 contrações em 10 minutos) (Graça, 2005).

Relativamente a este fármaco, a ocitocina, é o fluido intravenoso mais frequentemente utilizado. A maioria das parturientes admitidas na sala de partos, quando vinham da sala de indução ou de expetantes vinha já com a perfusão em curso.

A ocitocina, segundo (Wei, et al., 2012), quando conjugada com a técnica da amniotomia, na primeira fase do trabalho de parto, parece diminuir a taxa de cesarianas, que é um dos objetivos primordiais da maioria das instituições públicas,

já que nos últimos anos, as taxas de cesariana são muito altas. No entanto, este mesmo estudo revela que a amniotomia realizada isoladamente aumenta o risco de parto por cesariana. Relativamente à ocitocina como ato isolado, ainda não existem estudos sobre os seus efeitos positivos/negativos na progressão do parto.

Neste sentido, importa ter conhecimentos que nos permitam fazer a vigilância e identificação de sintomas maternos e fetais que possam comprometer o desfecho do parto com a utilização da ocitocina. Assim a FCF e a contratilidade uterina foram vigiadas durante a administração de ocitocina.

Quando detetávamos alterações do traçado de CTG ou se as contrações excediam os 60 s de duração a perfusão de ocitocina era desligada ou diminuído o ritmo (Graça, 2005). Após a suspensão da ocitocina a concentração da mesma no plasma materna diminui rapidamente já que a sua semivida é de cerca de 3 minutos (Cunnigham, et al., 2012). Nos casos de hipotonia, onde a ocitocina é utilizada como ato isolado, deve confirmar-se se está perante a confirmação de TP, confirmar a IFP, a sua utilização deve ser cuidadosa em mulheres múltiparas (> 5 partos) e cesarianas anteriores, devido ao risco de rutura uterina.

Pode, ainda, ocorrer hiperestimulação uterina, podendo levar a hipoxia fetal, a situações como o prolapso do cordão, situação transversa ou placenta prévia, situações estas que contraindicam o uso da ocitocina (Graça, 2005) (Lowdermilk, et al., 2008).

Um dos efeitos negativos da ocitocina é a retenção de líquidos, a dose utilizada era de 10U diluídas em 1000cc de Soro glicosado a 5% indo de encontro ao que a bibliografia refere. Era tido sempre em atenção a necessidade de iniciar a perfusão de ocitocina isoladamente de outros fármacos ou fluídos, já que os mesmos a profundirem livremente, podem provocar a administração de doses tóxicas de ocitocina. Se ao fim de 2 a 3 após início da ocitocina não houverem modificações a nível do colo, deve ponderar-se a cesarina.

A ocitocina também tem ação a nível do aparelho cardiovascular e neurológico (convulsões) se for administrada em altas doses, pode provocar uma queda da tensão arterial e aumento dos batimentos cardíacos. Por este motivo a monitorização dos sinais vitais da mulher e bem-estar fetal foi sempre alvo da nossa vigilância após administração da ocitocina (Cunnigham, et al., 2012).

A hipertonia é definida pelo aumento patológico da atividade miometrial, graficamente traduz-se por um aumento do tônus de base (> 12 mmHg) e vários picos de contrações uterinas. Nos casos de hipertonia uterina também podemos encontrar a taquissístolia uterina, que se caracteriza pelo aparecimento de 5 ou mais contrações num intervalo de 10 minutos (Graça, 2005).

Quando a ocitocina está em perfusão e é detetada uma frequência de contração uterina de cinco em dez minutos, sete em quinze minutos ou traçada de CTG com FCF desfavorável, esta deve ser suspensa de imediato (Cunnigham, et al., 2012).

A etiologia mais habitual destes casos, prende-se com o uso de doses altas de ocitocina mas também pode ser devido a descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPNI) o que provoca desacelerações no traçado de CTG.

Quando eram detetadas estas situações, algumas medidas eram implementadas imediatamente como a suspensão da perfusão de ocitocina, a mudança de decúbito da parturiente e era iniciada oxigenoterapia reportando também a situação ao obstetra.

Quando a mulher entra no período expulsivo, os seus níveis de ansiedade e do companheiro aumentam. A preocupação pela humanização na experiência do parto, mantendo a qualidade de assistência às mulheres, implicou que fosse promovida a participação do companheiro/família nesta experiência.

Segundo o “documento de consenso” – Iniciativa parto Normal, o apoio prestado pelo elemento significativo da mulher neste momento, diminui os níveis de ansiedade e epinefrina (adrenalina) relacionados com a diminuição da contratilidade uterina, diminui o tempo do período expulsivo e está relacionado com a diminuição dos baixos valores do índice de apgar.

O reconhecimento do trabalho de parto é o primeiro passo para uma assistência de qualidade e individualizada. Quando a mulher vai ao hospital é necessário fazer uma entrevista para obter dados como: data do início das contrações e a sua evolução no que respeita à frequência e duração, localização e tipo de desconforto, persistência das contrações, presença e tipo de corrimento vaginal ou rolhão mucoso e estado das membranas, como já abordado anteriormente (Lowdermilk, et al., 2008).

O período expulsivo faz parte do segundo estágio do trabalho de parto, e é o período onde o feto nasce. Este caracteriza-se pela dilatação completa do colo (10cm), a extinção do mesmo (100%) e pelo nascimento do feto.

Neste período existem três fases que o permitem reconhecer, principalmente pelos comportamentos verbais da mulher. A primeira fase é a *latente*, onde a mulher está calma, ainda não deve fazer esforços expulsivos e o feto continua a sua descida de forma passiva. As forças impulsionadoras para o feto nascer são as contrações uterinas, gravidade e os esforços expulsivos.

Quando a mulher se encontrava nesta fase, era aconselhada só a fazer o esforço expulsivo durante a contração, para que não gastasse a energia necessária numa fase mais avançada. Quando está sob o efeito da analgesia, pode não dar

conta dessa sensação, então era pedido para tocar na sua barriga na região do fundo uterino sentindo as suas contrações.

Para favorecer a descida do feto, o posicionamento materno também ia sendo alterado, obtendo assim o auxílio da gravidade. Como referi, a maioria das mulheres estava confinada à cama devido à CTG contínua e ao cateter epidural com a analgesia contínua, neste sentido, o posicionamento era adaptado no leito.

A posição mais frequentemente utilizada em alternativa à de litotomia era posição de mãos-e Joelhos, onde é adotada uma posição de quatro apoios que para além de aliviar a dor lombar, aumenta a mobilidade do cóccix facilitando a rotação interna do feto, aumenta os diâmetros pélvicos e pela ação da gravidade facilita a descida fetal no canal de parto (Lowdermilk, et al., 2008).

Na segunda fase, a de descida é caracterizada pelo *reflexo de Ferguson*, que resulta da pressão exercida pela apresentação sobre os músculos do assoalho pélvico, provocando uma forte necessidade de puxar (Lowdermilk, et al., 2008). Habitualmente a apresentação está no plano +1 e a mulher está mais concentrada no esforço expulsivo. Nesta fase a atenção divide-se entre o parto e a vigilância do bem-estar materno e fetal.

Através das manobras de Leopold, com a mulher em decúbito dorsal, é possível identificar a apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida na pélvis e a localização esperada do ponto de intensidade máxima da FCF para colocação do eletrodo do CTG.

A par dos esforços involuntários que promovem a descida do feto, através das contrações uterinas, são importantes os esforços voluntários da mulher para impulsionar a sua descida.

O puxo dirigido, designado por manobra de Vassalva (MV) era frequentemente incentivado. Outra manobra muitas vezes observada foi a “Toco braçal”.

Partindo desta realidade, confrontando-a com o que nos diz a evidência sobre estas manobras, sentimos a necessidade de fazer uma reflexão sobre estas práticas.

A contração dura cerca de 6 segundos, um puxo dirigido pode durar até 10 s. A eficácia da MV ainda utilizada na sala de partos tem vindo a ser contestada no que diz respeito à sua eficácia e benefícios/males para a díade mãe/feto. Um estudo levado a cabo por (Lemos, et al., 2011) refere que os esforços utilizando a MV pode estar associado a PH do sangue venoso do cordão umbilical estar diminuído. Este mesmo estudo refere a MV parece encurtar o período expulsivo, no entanto, os efeitos da apneia prolongada do puxo com a glote fechada no Apgar do

RN são negativos. Defende que o puxo dirigido deve ser efetuado com a glote aberta, referindo que o uso de vocalizações pode ser benéfico.

A MV também está relacionada com alterações hemodinâmicas maternas devido ao aumento de pressão intratorácica, há uma diminuição do retorno venoso para o coração, diminuição do débito cardíaco, queda da tensão arterial, redução do oxigénio placentário consequentemente diminui o O₂ para o feto, aparecendo valores de PH e de PO₂ mais baixos no sangue arterial umbilical (Prins, et al., 2011). A OMS, devido aos efeitos negativos desta manobra, desaconselha a sua instrução.

Assim, tendo por base estas evidências, durante o meu estágio, no comando de um parto, sempre incentivamos a mulher a puxar com a glote aberta, no sentido de promover a sua expressão dos seus sentimentos se assim desejasse. É recomendado que a mulher puxe de forma espontânea quando sente o impulso, dando lugar a 4-5 puxos expiratórios, curtos, com a contração e com a glote aberta, promovendo uma maior oxigenação, respirando entre os esforços expulsivos, cada puxo deve durar 5 segundos (APEO, 2009) (Lowdermilk, et al., 2008).

A utilização de pressão no fundo do útero (Manobra de Kristler) durante o período expulsivo, também foi das manobras mais frequentemente utilizadas na sala de partos da MJD. A sua efetividade não está demonstrada e pode ser danosa para o útero, períneo e feto. A OMS, nas recomendações para o parto normal, repudia a utilização desta técnica, classificando-a como uma conduta que é frequentemente utilizada sem haver evidência científica que comprove a sua eficácia. Por este motivo, nunca executei esta manobra por não a considerar segura e não haver recomendações claras sobre a técnica.

Outro aspeto controverso da sala de partos diz respeito ao posicionamento da mulher no período expulsivo. Todas as mulheres eram posicionadas em posição ginecológica, isto é, em litotomia.

O que a literatura defende, é que a mulher deve ser quem decide a posição que lhe mais convém, tendo os profissionais de saúde de estar habilitados a realizarem os partos em várias posições.

Um estudo levado a cabo por (Priddis, et al., 2011) demonstra que as posições verticais estão relacionadas com menor número de cesarianas e menos instrumentação do parto, no entanto no que diz respeito ao trauma perineal, os estudos não são conclusivos relativamente ao posicionamento mais preventivo.

No entanto, sendo o parto um processo dinâmico, a mulher idealmente deveria adotar vários posicionamentos que fossem favorecendo a descida fetal no canal de parto.

A posição de litotomia, é a posição mais favorável à atuação dos profissionais de saúde, já que facilita a gestão de qualquer situação que surja. O que nos diz (Lowdermilk, et al., 2008) é que esta posição usada de forma rotineira é uma prática prejudicial e ineficaz e deve ser desencorajada. Sem dúvida que para a realização de intervenções como episiotomia ou instrumentação do parto, é mais cômoda para o profissional, no entanto, o objetivo dos mesmos, deve ser sempre a promoção de um parto eutócico com a menor intervenção possível, daí, outras posições deverem ser consideradas e aplicadas.

Segundo (Gottvall, et al., 2007) num estudo que fizeram sobre os benefícios dos diferentes posicionamentos durante o parto, é que as mulheres em posição de litotomia apresentam um maior risco de lacerações com afetação do esfíncter anal e é feito um maior esforço no período expulsivo.

Alguns estudos levados a cabo pela Cochrane, referem que as posições verticais, comparativamente com o posicionamento em litotomia, diminuem o segundo período do trabalho de parto, diminuição de instrumentação (fórceps, ventosa e episiotomia), diminuição da sensação dolorosa por parte da mulher e diminuição das alterações da FCF. No entanto, parece estar relacionado com o aumento de lacerações perineais e maiores perdas de sangue (Cecatti, et al., 2005).

Tendo por base estas conclusões, orientávamos a mulher sobre a possibilidade de adotar diferentes posições durante o parto.

No nosso percurso de estágio, quando era constatada a fase de transição, nas nulíparas e na fase ativa as múltiparas eram preparados todos os instrumentos necessários à realização do parto. Todo o material era previamente preparado e devidamente acondicionado numa pesa de apoio, aos pés da cama.

No início de cada turno, verificava as salas que eram atribuídas à minha orientadora de estágio. Era verificada a funcionalidade do reanimador neonatal, a saída de O₂ e preparado o material de reanimação, que se encontrava nesse espaço. Quando a mulher estava na fase de transição do período expulsivo, era ligado o reanimador para que aquecesse, ligava a fonte de O₂ e a roupa do recém-nascido estava já previamente preparada e aquecida. O material e medicação de cuidados imediatos ao recém-nascido também estavam previamente preparados, como seringa, agulha, kanakion, terricil, pulseira de identificação e dispositivo de segurança.

Entretanto na mesa, eram dispostos os instrumentos. Conforme protocolo do serviço, antes de me equipar efetuava lavagem e desinfecção das mãos, colocava a touca e máscara de proteção, vestia a bata esterilizada e calçava as luvas

esterilizadas. De seguida colocava campos esterilizados que vinham no kit de partos por baixo da região glútea da mulher, campo este que continha um saco para aparar o material biológico resultante do parto, e cada perna era protegida com campos esterilizados, conseguindo um ambiente estéril para a receção do recém-nascido.

Nesta fase, a mulher está já colocada em posição de litotomia, estando os profissionais de frente para a mulher. Assim, a descida da apresentação e das condições do períneo iam sendo vigiadas.

Os partos que realizei na sua totalidade foram 43. Nos quais, realizei 6 episiotomias e episiorrafias. A maioria apresentava pequenas lacerações de 1º grau na mucosa ou no períneo. Nesta Instituição, estava em curso uma técnica para reduzir o número de lacerações e episiotomias. Para isso havia um grupo experimental, do qual fiz parte, uma vez que a minha orientadora de estágio era uma das mentoras deste projeto, que será explicado em maior pormenor no capítulo seguinte.

A episiotomia passou de um estatuto de rotina, em que era ensinada e executada em todos os partos eutócicos, como forma de prevenção das lacerações para um estatuto de técnica a ser evitada.

Este procedimento consiste na incisão dos pudendos, a perineotomia na incisão no períneo. No entanto, é usado o termo da episiotomia para a designação da incisão no períneo. Esta técnica quando efetuada, não deve ser muito precoce devido ao risco de perda sanguínea por um período de tempo longo até ao parto, se tardiamente é difícil controlar as lacerações extensas. Esta deve ser realizada quando a cabeça fica visível durante uma contração com um diâmetro de 3 a 4 cm (Cunnigham, et al., 2012). A episiotomia pode ser realizada a nível médio-lateral, mediana ou lateral.

O número de episiotomias tem diminuindo drasticamente nos últimos 25 anos. Os estudos não mostraram efetividade na redução de complicações do assoalho pélvico e está relacionada com a maior incidência de lacerações retais e do esfíncter anal (Cunnigham, et al., 2012)

O American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006, cit. (Cunnigham, et al., 2012) conclui que o uso da episiotomia deve ser reservado a casos particulares e não deve ser realizada de forma rotineira.

Uma revisão sistemática levada a cabo por (Aasheim, et al., 2012) sobre diferentes técnicas com vista a redução do trauma perineal, refere que a aplicação de compressas quentes no período expulsivo é a técnica mais eficaz comparativamente com a *manobra de Ritgen modificada* (aplicação de pressão no

fundo do reto para baixo para ajudar na flexão da cabeça quando a parte posterior do pescoço está por baixo da sínfise púbica), episiotomia e massagem perineal na prevenção do trauma perineal, para além de reduzir a dor e diminuir a incidência da Incontinência urinária.

Assim, quando a cabeça começava a coroar, era avaliado o períneo, para verificar a sua distensibilidade, ao mesmo tempo, um outro enfermeiro derramava sobre o períneo água esterilizada aquecida em banho-maria enquanto fazia proteção do períneo, sem o manipular, apenas lubrificava o períneo com gel lubrificante para ajudar a distender os tecidos e com a *manobra de Ritgen modificada* evitada a exteriorização brusca da cabeça fetal.

A proteção manual do períneo e a manobra de Ritgen não foram ainda cientificamente comprovadas relativamente à sua efetividade na evitação do trauma perineal, mas também não foi comprovado o seu malefício, daí continuarem a ser utilizadas de forma rotineira. São necessários mais estudos para comprovar a sua eficácia (Aasheim, et al., 2012).

Quando se opta pela realização da episiotomia, deve escolher-se o momento certo e deve ser utilizada quando estamos perante uma distocia de ombros, pelve, utilização de fórceps ou ventosa, períneo cicatricial, estado fetal não tranquilizador.

Quando a cabeça fetal se exteriorizava, em primeiro lugar verificava a existência de circulares cervicais do cordão umbilical, quando eram suficientemente largas, estas eram desenroladas à volta da cabeça, quando verificava a existência de circular apertada, como aconteceu em pelo menos duas situações, o cordão era clampado e cortado à vulva. De seguida, rápida mas delicadamente era ajudada a reconstituir e rodar para logo de seguida proceder à exteriorização do ombro anterior e depois posterior, a mão direita mantém a proteção do períneo, finalmente o corpo emergia e era observada e hora de nascimento e dita em voz alta.

Logo após o nascimento e verificação do estado do recém-nascido, este era limpo e estimulado através da massagem tátil (nas costas de cima para baixo) era avaliado mediante o índice de Apagar relativamente à respiração e à cor (rosto e peito devem estar rosados) e era decidido rapidamente se era necessária a reanimação.

Se o RN apresentasse boa vitalidade, procedia-se à clampagem e corte do cordão. Era sempre questionado ao pai se o queria fazer. Relativamente ao tempo que este deve ser pinçado, existe alguma evidência sobre a vantagem de atrasar a clampagem cerca de 30-45 segundos para facilitar a transfusão placentário-fetal, que segundo (Rabe, et al., 2012) diminui o risco de hemorragia intraventricular,

principalmente em prematuros, diminuição do risco de anemia e diminuição do risco de colite necrosante.

De seguida o RN era colocado em contato com a pele da mãe e coberto com lençol previamente aquecido. Existem algumas vantagens de contato pele a pele como: mantém o bebé aquecido, promove o processo de vinculação e o contato promove a amamentação precoce (Bystrova, et al., 2009).

A vinculação diz respeito à relação única, específica e duradoura que forma entre mãe e bebé e segundo Klaus e Kennell, 1976 cit. (Figueiredo, 2003) estabelece-se logo no primeiro contato.

A avaliação e estabilização do RN faz parte das competências do EEESMO, assim como a deteção de qualquer alteração morfológica e funcional do RN. Após o nascimento o índice de Apgar era avaliado, que consiste numa rápida avaliação da necessidade de reanimação efetuado ao 1º minuto de vida e quando estabilizado e junto da mãe é novamente avaliado ao 5º minuto de vida. Este índice permite avaliar, baseado em cinco sinais, o estado fisiológico do RN, a frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa (choro) e cor da pele. Cada item é pontuado de 0,1 ou 2 (Lowdermilk, et al., 2008).

Enquanto prestávamos os cuidados ao RN realizávamos a sua avaliação física. Quando o parto era eutócico e sem intercorrências, o RN não tinha gemido ou sinais de dificuldade respiratória, a primeira avaliação era realizada pelos enfermeiros especialistas, caso fosse detetada alguma anormalidade o pediatra era contactado de imediato. Numa das minhas avaliações a um RN foram detetadas alterações morfológicas indicadoras de que o RN fosse portador de trissomia XXI, foi contactado o pediatra que confirmou as suspeitas e mais tarde, já no puerpério, após cariótipo foi confirmado o diagnóstico. O pediatra também estava sempre presente nos partos distócicos.

Também tivemos a oportunidade de colaborar com alguns obstetras em partos distócicos, ou no nascimento assistido com fórceps ou ventosa. Habitualmente estes partos instrumentados resultavam dos esforços expulsivos maternos serem ineficazes, fadiga materna ou quando o traçado do CTG não era tranquilizador. Nestes casos, o EEESMO colabora na técnica, manuseando muitas vezes a pressão da ventosa, dá apoio à parturiente durante os esforços expulsivos, informa sobre todo o procedimento e avalia o RN logo após o nascimento.

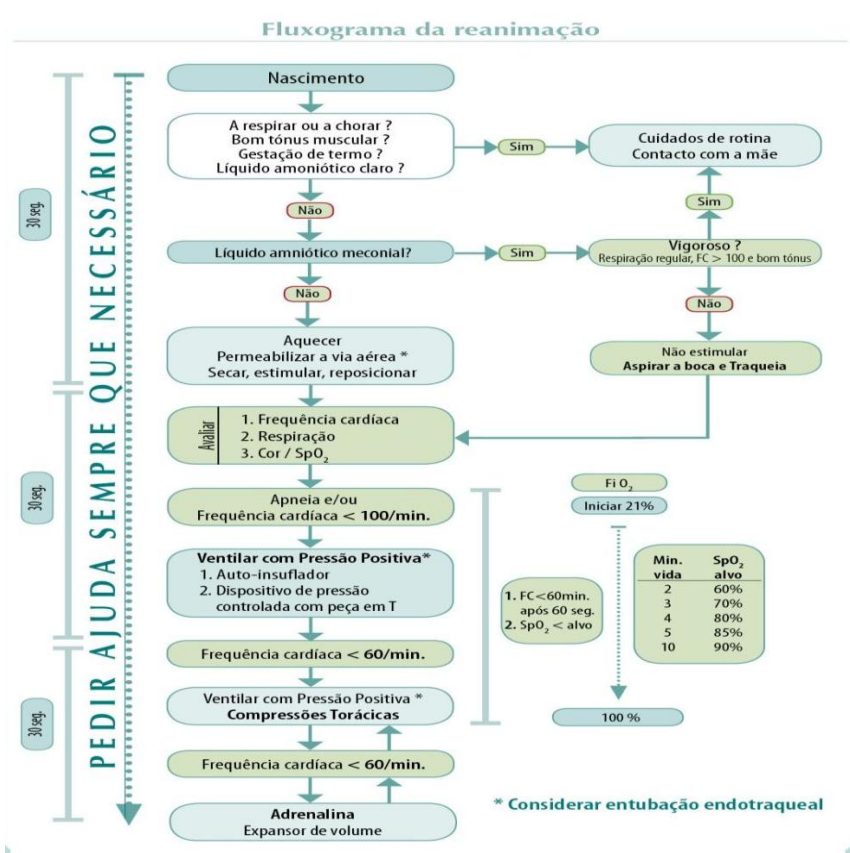
Após a avaliação física que engloba a postura, sinais vitais, o peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico, abdominal, pele, cabeça, olhos, orelhas, face, boca, pescoço, caixa torácica, abdómen (incluindo o cordão

umbilical), genitais, extremidades, região dorsal e ânus como refere (Lowdermilk, et al., 2008) procedia-se às intervenções terapêuticas.

No entanto, o nascimento pode não ser sempre assim harmonioso e o RN pode necessitar de reanimação. Segundo (Chabernaude, 2005) em todos os países do mundo 5 a 10% dos RN necessitam de alguma ajuda para a adaptação à vida extra-uterina. Mas, segundo (Oliveira, et al., 2012) cerca de 1% dos RN necessitará de reanimação avançada, sendo necessário o EEESMO ter conhecimentos nesta área para poder atuar com eficiência e eficácia.

Estão descritos os passos a realizar numa reanimação neonatal na Figura 1

FIGURA 3: Fluxograma de reanimação do RN



Fonte: (Oliveira, et al., 2012), *Consensos de Neonatologia*

Após a estabilização do RN e da mãe, deve ser promovido o aleitamento materno na 1ª hora de vida do recém-nascido. Este é um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno segundo (Saraiva, 2010) integrante das dez condições impostas para um hospital ser considerado *amigo dos bebés*, como é o caso da MJD e faz parte das recomendações da OMS. A autora (Figueiredo, 2003) defende que a amamentação na 1ª hora de vida do RN promove o processo de vinculação.

Após o nascimento, nas 1ªs duas horas a vigilância contínua do RN faz parte das competências do EEESMO. Por vezes, o RN por parto distócico, pode apresentar algumas lesões corporais, sobretudo a nível da cabeça. No parto por ventosa é comum ver uma bossa e ou formação sero-hemática. O RN pode manifestar sinais de dor como gemido ou choro súbito. Nestas situações quando não eram detetadas outras causa procedia-se à analgesia com paracetamol oral. Houve um caso em que o RN, após parto distócico por ventosa apresentava gemido intermitente, procedeu-se à analgesia com o paracetamol e surtiu efeito.

O terceiro período do trabalho de parto está compreendido desde o nascimento do RN até à expulsão da placenta. A conduta ativa no processo de dequitação era o usual da Instituição. Logo após o nascimento do RN era iniciada a ocitocina e tração controlada do cordão umbilical, segundo (Lowdermilk, et al., 2008) a gestão ativa do terceiro período do trabalho ativo diminui o risco de hemorragia.

As recomendações da FIGO e ICM para a prevenção da hemorragia no pós-parto englobam a administração de ocitocina (10U IM) e é preferível em detrimento de outros útero-tônicos devido ao seu tempo de ação ser rápido, ao fim de 3 minutos é eficaz e tem poucos efeitos secundários, mas também podem ser utilizadas drogas com a ergometrina e misoprostol, a tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina após a expulsão da placenta. Esta massagem uterina deve acontecer logo após a expulsão da placenta até que o útero se contraía, a cada 15 minutos o útero deve ser palpado para certificação da formação do globo de segurança de Pinard, durante as 2 horas no pós-parto e repetir a massagem sempre que se considere que o útero está mais relaxado.

A dequitação fisiológica, implica que se aguarde os sinais de separação da placenta (descida do cordão, pequena perda de sangue e útero firma e globo à palpação e sinal de Küstner) e a mulher deve ser incentivada a puxar quando surgem as contrações uterinas.

Durante a expulsão da placenta, deve ser utilizada a manobra de Jacob-Dublin, que consiste em torcer a placenta à medida que esta se exterioriza de forma a

garantir que a mesma e as membranas sejam totalmente expulsas. Existem dois mecanismos de dequitação: *Shultze* e *Duncan*. o mecanismo de Shultze caracteriza-se pela separação se iniciar pela parte mais central, formando um hematoma que só é expulso após a expulsão da placenta, neste mecanismo habitualmente a perda de sangue é menor. No mecanismo de Duncan o descolamento inicia-se pela periferia, pelo que a hemorragia antecede a saída da placenta, esta distinção permite prever a maior ou menor perda hemática.

A remoção manual da placenta ou restos placentares pode ter de ser feita quando há retenção, o que foi possível presenciar, no estágio, é que esta técnica é sempre efetuada pelo médico obstetra. Após a expulsão da placenta, esta deve ser atentamente observada nos seguintes aspetos: forma, local de inserção do cordão, integridade e forma dos cotilédones, integridade das membranas, presença dos dois folhetos, âmnios e córion. Também avaliava o cordão umbilical quanto à presença dos 3 vasos (2 artérias e uma veia, tamanho).

Após a expulsão da placenta eram iniciados então os mecanismos preventivos da hemorragia pós-parto como já referido anteriormente. A vigilância do bem-estar materno logo após o parto foi continuamente avaliada para despiste de complicações. A monitorização da tensão arterial, pulso, pele, respiração e estado de consciência foram também alvo da minha avaliação. Na 1ª hora, estes parâmetros foram avaliados de 15 em 15 minutos, como refere (Graça, 2005).

O períneo e o canal de parto eram avaliados logo após o parto para a verificação da integridade dos mesmos e a correção das lacerações ou da episiotomia.

A grande maioria das correções do períneo e mucosa que realizamos foram pequenas lacerações de 1º grau. As lacerações do primeiro grau envolvem o frénulo dos pequenos lábios, pele perineal e mucosa vaginal, mas não a fáscia e músculo subjacentes, incluindo as lacerações periuretrais que eram muito frequentes. As lacerações do segundo grau envolvem as estruturas referidas e a fáscia e músculos do corpo perineal, mas não afetam o esfíncter anal. As lacerações do terceiro grau englobam todas as estruturas referidas anteriormente e o esfíncter anal, as do quarto grau estendem-se à mucosa intestinal (Cunnigham, et al., 2012).

Após a identificação das estruturas afetadas, avaliava a dor da mulher, por vezes a analgesia epidural já não estava a atuar e era necessária a injeção local de anestesia com lidocaína a nível dos podendos ou infiltração por planos. Preparava todo o material necessário, eram efetuados os primeiros cuidados de higiene ao períneo e com técnica asséptica, iniciávamos a reparação das lacerações ou a episiorrafia.

A correção das lacerações e da episiotomia deve ser efetuada por planos, não devem ficar “espaços mortos” e a aproximação das diferentes camadas deve ser cuidadosa. Antes de iniciara a correção das lacerações/episiiorrafia colocava sempre o tamponamento vaginal. Iniciava a reparação da mucosa vaginal em primeiro lugar com sutura contínua, associada a menos dor (Cunnigham, et al., 2012) e fio absorvível, habitualmente o Vicryl rapide 2/0. Esta sutura terminava a nível do anel himeal (fúrcula). De seguida procedia ao encerramento dos músculos e tecido celular subcutâneo perineal. Habitualmente a sutura da epiderme era com pontos separados ou pontos donati. No final da correção das lacerações e episiotomia procedia à retirada do tampão vaginal e inspeção do canal de parto.

Segundo (Cunnigham, et al., 2012), a reparação das lacerações e da episiotomia devem ser efetuadas após a expulsão da placenta para que o profissional esteja estritamente concentrado na técnica e não seja interrompida pela expulsão da placenta, no entanto, após dequitação pode haver sangramento contínuo.

Após a episiiorrafia era importante fazer a gestão da dor perineal de acordo com a situação e estado particular da puérpera. A aplicação de gelo local contribui para diminuir o edema e o desconforto (Cunnigham, et al., 2012). Nesta fase torna-se importante incentivar a mulher a urinar, já que o globo vesical pode provocar a descompressão uterina.

Ao fim da quarta avaliação de valores estabilizados na 1ª hora em que são avaliados os parâmetros vitais de 15/15 minutos, é feita uma nova avaliação na 2ª hora. Na ausência de complicações e no caso de parto eutócico, eram oferecidos líquidos e um pequeno lanche se assim o desejasse. No final, de todos os procedimentos e verificada a estabilização da mulher e do RN procedia-se aos registos informáticos.

A puérpera e RN permaneciam na sala de partos cerca de 2 horas após o parto para estabilização, se o bem-estar da díade fosse constatado o serviço de puerpério era contactado e procedia-se à transferência de ambos.

2.1.3. Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade

A realização deste estágio permitiu a aquisição de competências específicas do EEESMO no cuidado à puérpera e RN.

Através das experiências emergentes do estágio e da articulação com os conhecimentos desenvolvidos por intermédio da procura constante de evidência científica que suportasse a prática, foi possível adquirir e desenvolver a capacidade de cuidar desta díade e sua família, garantindo-lhes as melhores condições de evolução, tal como prevê a diretiva 2005/36/CE.

De acordo com esta diretiva, a atribuição do título de EEESMO também comporta a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais, os quais foram realizados.

O puerpério veio a revelar-se um período intenso e complexo, onde foi necessário recrutar e desenvolver várias competências no cuidado à puérpera e RN. Para além dos cuidados físicos decorrentes das esperadas alterações fisiológicas, a promoção da parentalidade e o cuidado ao RN foi sempre alvo do nosso cuidado.

Define-se o puerpério como o período que compreende o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não grávido. A duração deste período não é exata, mas habitualmente considera-se que varia entre as 4 a 6 semanas. Esta fase, pela sua complexidade e especificidade é muitas vezes designada de quarto trimestre da gravidez.

Como pudemos verificar ao longo do estágio, este é um período de muitas alterações fisiológicas e psicológicas.

Após o parto, a puérpera encontra-se fragilizada e dependente no autocuidado. A indicação de repouso no leito é variável, tendo em conta o seu tipo de parto em qualquer um dos casos, os primeiros cuidados à puérpera passavam pelo autocuidado higiene, avaliação dos sinais vitais, perda sanguínea, formação do globo de segurança de Pinard, ferida cirúrgica (abdominal ou perineal) e eram realizados ensinamentos sobre os cuidados perineais, a primeira micção e os cuidados de higiene daí decorrentes e era informada sobre a importância do 1º levante e de este ser sempre acompanhado.

Após cesariana, sob anestesia epidural, o repouso no leito era mantido pelo menos 6 horas no caso de a anestesia ter sido raquidiana, o período de repouso era de 12 horas. Nestas situações, o autocuidado era realizado no leito e a puérpera era instruída e incentivada a realizar alguns movimentos passivos dos membros inferiores, para diminuir as complicações tromboembólicas secundárias à imobilidade (Lowdermilk, et al., 2008).

A revisão do registo pré-natal, trabalho de parto e parto era efetuada quando a puérpera dava entrada no serviço, para que fossem avaliados os dados que pudessem predispor a mulher à hemorragia ou infeção (tipo de parto, o tempo de

rotura de membranas, tipo de dequitação, peso e comprimento do RN, o SGB, alergias entre outros aspetos que devem ser transmitidos na passagem da puérpera e do RN da sala de partos para o serviço).

Após um parto eutócico, se a puérpera estivesse hemodinamicamente estável, a deambulação era incentivada precocemente. No serviço não havia um protocolo no que diz respeito ao levantar. Antes do mesmo, eram monitorizados os sinais vitais, a vigilância da condição uterina, queixas algícas da puérpera e perda sanguínea vaginal. A puérpera era sempre acompanhada no 1º levantar devido ao risco de lipotímia.

O ensino sobre o autocuidado higiene, com enfoque na região perineal, reveste-se de grande importância na prevenção da infeção puerperal, sendo a sua prevenção um dos principais objetivos para diminuir a morbilidade e mortalidade materna e neonatal (Kramer, et al., 2009).

A infeção puerperal pode ter origem na episiorrafia/correção de laceração. Neste sentido, a puérpera era instruída a fazer a lavagem perineal e a limpar-se no sentido da uretra para o ânus e a trocar o penso higiénico várias vezes. Este procedimento para além de prevenir a infeção favorece a cicatrização (Lowdermilk, et al., 2008).

As medidas de prevenção da infeção não passam apenas por medidas que a própria puérpera pode implementar, mas também tem a ver com toda a gestão do ambiente físico em sua volta e as medidas de desinfeção e assepsia levadas a cabo pelos profissionais da instituição nas suas diversas tarefas. Neste sentido, a nossa função passava também pela supervisão da limpeza da cama, devendo esta ser mudada diariamente assim como o módulo onde a puérpera está inserida. A lavagem das mãos é uma medida universal entre todos os convintes hospitalares a fim de evitar as infeções cruzadas. Foi demonstrado que as mãos dos enfermeiros podem estar contaminadas com 100 a 1000 formações de colónias de *Klebsiella spp.* só no manuseamento de alguns objetos de uso rotineiro como o esfigmomanómetro ou termómetro (Tulay, et al., 2011).

Assim, a lavagem das mãos antes da abordagem a qualquer puérpera e ao RN foi sempre um procedimento presente e ensinado à mulher, sempre que manuseava objetos de utilização coletiva ou quando procedia ao seu autocuidado e ao RN.

A 1ª micção, se ocorre na casa de banho, a puérpera era acompanhada para prevenir o risco de queda, assim como no 1º autocuidado. Este risco relaciona-se com a maior propensão à lipotímia devido ao período prolongado deitada, perda sanguínea considerável e à anestesia.

A retenção urinária é um dos efeitos secundários possíveis dos opióides administrados para a analgesia, nomeadamente da morfina. A distensão da bexiga nos pós parto pode, impedir a contração uterina e promover a sua atonia. Esta situação pode provocar hemorragia e promover a ITU, pelo que deve ser evitada. Neste sentido, a mulher era estimulada a urinar após 6 a 8 horas e se tal não se verificasse eram tomadas outras medidas que estimulasse a micção espontânea. Quando esta não se verificava, a algália intermitente era a estratégia mais adequada como recomenda a (NICE, 2006).

Os cuidados à episiorrafia, lacerações, hemorroidas ou ferida cirúrgica abdominal assim como a vigilância dos sintomas indicativos de infeção como o rubor, calor, dor, edema ou supuração também fizeram parte dos cuidados que prestamos à puérpera. O alívio da dor provocado pelas hemorroidas ou pelo edema perineal era conseguido pela aplicação de gelo local nas primeiras 24h após o parto, tal como recomenda (Lowdermilk, et al., 2008).

A promoção do restabelecimento do trânsito intestinal também foi alvo da nossa intervenção. O início do funcionamento do intestino garante-nos que não houve afetação de estruturas viscerais decorrentes do parto e suturas. A administração de medicação narcótica, a imobilidade do pós-parto, o medo da puérpera em realizar esforço e a dor também podem conduzir à obstipação.

Assim, a puérpera era incentivada a ingerir líquidos, aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras e a deambular frequentemente. Quando estas medidas não resultavam, era-lhe oferecido laxante, tal como defende a (NICE, 2006).

A dor no pós-parto pode comprometer a disponibilidade da puérpera para tratar do seu filho e de si mesma, é importante estar desperta e confortável. Foi relevante na prestação de cuidados estar atento aos sinais indicativos de dor e às suas queixas algicas...

Assim, neste sentido, implementamos medidas para promover o conforto e eliminar a dor que passaram pela gestão do regime terapêutico, através de administração de fármacos prescritos (opióides ou não opióides). Para além das medidas farmacológicas de alívio da dor, foram implementadas medidas não farmacológicas como aplicação de gelo no períneo, técnicas de relaxamento, distração e promovíamos a interação da mãe com a criança, tal como defende (Lowdermilk, et al., 2008) no alívio do desconforto e dor.

A analgesia mais habitual ministrada às puérperas de parto eutócico é o paracetamol e o ibuprofeno, quando o parto era por cesariana, a morfina era o fármaco de eleição.

Após o parto, a vigilância de cefaleia, habitualmente intensa, está relacionada com a punção acidental da dura-máter. A cefaleia relaciona-se com a perda de líquido cefalorraquidiano. Quando detetados estes sintomas, sabíamos que devíamos comunicar ao anestesista de referência e que habitualmente os cuidados implementados passam por manter o repouso no leito, não efetuar movimentos bruscos com a cabeça e fazer levantes por curtos períodos de tempo, aumentar a ingestão hídrica e por vezes é prescrita cafeína (Lowdermilk, et al., 2008).

A administração de morfina por catéter epidural implica uma vigilância rigorosa da puérpera devido aos seus possíveis efeitos secundários. Antes da administração da morfina, a tensão arterial era monitorizada e verificada a funcionalidade do cateter epidural.

A morfina, assim como outros opiáceos podem provocar prurido, náuseas, vômitos, retenção urinária e depressão respiratória. Antes da administração da droga, a puérpera era informada sobre os seus possíveis efeitos secundários.

A hemorragia no pós-parto é uma das possíveis complicações. Esta pode resultar de uma deficiente contração uterina. Durante o estágio, foi possível experienciar algumas destas situações que resultaram de atonias uterinas. Perante estas situações, a ação imediata foi a massagem do fundo uterino até este se contrair. Em todos os casos, esta ação foi por si só eficaz.

Quando as massagens não são suficientes para contrair o útero podem ser administrados líquidos intravenosos e ocitócicos de acordo com a prescrição médica.

A atonia uterina resulta da incapacidade do útero em se contrair firmemente, estando habitualmente relacionada com a multiparidade, hidrâmnios, fetos macrossómicos, gestação múltiplos, coágulos sanguíneos ou fragmentos placentares. As intervenções de enfermagem para prevenir a hemorragia no pós-parto passam por promover a o tônus uterino e evitar a distensão vesical.

A involução uterina começa dois dias após o parto, mas a sua contração começa logo após o nascimento, sentido pela puérpera como cólicas ou contrações, mas mais brandas do que as do trabalho de parto, sendo mais acentuadas na múltipara e mais vigorosas durante a amamentação devido à libertação de ocitocina. Ao final do terceiro dia de puerpério as contrações diminuem de intensidade (Cunnigham, et al., 2012). Logo após o parto, o útero situa-se cerca de 2 cm abaixo do umbigo, ao fim de 12 horas situa-se cerca de 1 cm acima do umbigo. A involução uterina ocorre cerca de 1 a 2 cm a cada 24 horas (Lowdermilk, et al., 2008).

Tendo por base este conhecimento, foi possível identificar desvios à normalidade desta fase. A par da avaliação da involução uterina, posicionamento e

consistência, sinais de choque hipovolémico eram pesquisados, como a hipotensão, taquicardia, Hipoperfusão periférica e alteração de consciência.

A vigilância da perda sanguínea no período puerperal permite detectar estas situações de descompressão uterina. A observação da saturação do penso higiênico é a medida mais acessível e rápida para efetuar essa vigilância. De acordo com (Lowdermilk, et al., 2008), um penso perineal saturado em 15 minutos ou menos e uma coleção de sangue sob os glúteos são indicadores de perda excessiva de sangue, exigindo intervenção imediata.

No pós-parto é esperada a eliminação de sangue pelo canal vaginal resultante do descolamento da placenta, sendo esta perda designada de lóquios. Nas primeiras 2 horas após o parto, o conteúdo de fluxo sanguíneo pode ser semelhante a um forte período menstrual, começando a quantidade a diminuir gradualmente assim como a coloração a alterar.

No entanto, a perda sanguínea excessiva, nem sempre resulta da atonia uterina, pode ter origem em hematomas vaginais ou vulvares ou lacerações.

O envolvimento da puérpera nos cuidados de enfermagem é um forte aliado na detecção precoce de sintomatologia que pode revelar-se urgente/emergente, neste sentido, iam sendo realizados ensinamentos sobre o processo normal de involução uterina e perda sanguínea, assim como as massagens uterinas promotoras da contração do útero que a própria poderia fazer.

A gestão do repouso e a diminuição da fadiga da puérpera no pós-parto também foi alvo da nossa atenção. Este período é muito intenso para a mulher devido às exigências durante o parto (parto prolongado, cesariana, anemia, amamentação e as componentes psicológicas relacionadas com a depressão e ansiedade). Por vezes a sensação de fadiga é tão intensa que a puérpera pode estar incapaz de cuidar do RN. Os nossos cuidados passaram pelos ensinamentos relacionados com a dieta e planeamento de atividades (repouso, sono, gestão de visitas) de acordo com o que diz (NICE, 2006)

Como já foi referido, umas das complicações possíveis no pós-parto, é o tromboembolismo.

A deambulação precoce é defendida por (Lowdermilk, et al., 2008) e (NICE, 2006) como forma de prevenir esta complicação, para além de promover a recuperação mais rápida da vitalidade.

Para além da implementação de intervenções preventivas do tromboembolismo iam sendo vigiados os sinais e sintomas de flebite ou formação de trombo. O *sinal de Homan* deve ser pesquisado, no entanto (NICE, 2006) recomenda que não seja efetuado de forma rotineira. Este teste é positivo quando a puérpera refere queixas

nos gêmeos aquando da dorsi-flexão do pé acompanhado de calor, rubor, edema e sensibilidade excessiva. O médico deve ser notificado e o membro inferior elevado (Lowdermilk, et al., 2008). Durante o estágio, não foi identificado nenhum caso suspeito.

A retoma da imagem anterior à gravidez, é uma preocupação verbalizada pela maioria das puérperas. Neste sentido, ainda no puerpério, o exercício físico era incentivado e instruído. Os exercícios podem começar logo no pós-parto e irem progredindo no nível de complexidade (Lowdermilk, et al., 2008).

Para além dos exercícios de condicionamento físico, existe um grupo muscular que é geralmente esquecido pelos profissionais de saúde e pelas próprias mulheres, que é o que compõe o assoalho pélvico.

Este grupo muscular tem uma importante função na continência urinária, que é frequentemente afetada durante a gravidez e no pós-parto, resultando na IUE.

Este tema será abordado mais profundamente no *capítulo 3*, onde está descrita a revisão integrativa efetuada sobre os exercícios pélvicos na prevenção da IUE no pós-parto. Neste sentido, no puerpério eram ensinados às puérperas os exercícios de Kegel e outros exercícios específicos importantes no fortalecimento do assoalho pélvico (Lowdermilk, et al., 2008) (Cunnigham, et al., 2012).

Este estágio também permitiu desenvolver competências para cuidar da puérpera com patologia associada ou concomitante. A patologia que as puérperas mais frequentemente apresentavam era a diabetes gestacional. Esta patologia quando surge na gravidez, a maioria das vezes reverte para normoglicemia após o parto.

Não foi verificado nenhum caso de descompensação a nível glicémico. As puérperas com diabetes mellitus pré-existente à gravidez, retomam o seu esquema de pesquisas e administração de insulina/ADO anterior à gravidez.

Os RN filhos de mães diabéticas requeriam sempre uma vigilância rigorosa no que diz respeito aos valores de glicemia. Habitualmente, estes RN são macrossômicos devido aos valores glicémicos maternos serem elevados o que leva a um aumento do pâncreas e consequentemente maior produção de insulina, levando a hipoglicemias neonatais, que, no caso de não serem evitadas ou detetadas atempadamente podem ser fatais.

A vigilância destes RNs implicou a identificação de sinais e sintomas de hipoglicemia (sucção débil, tremores, alteração do tônus muscular, letargia, irritabilidade, apneia, episódios de cianose, hipotermia, convulsão). A monitorização da glicemia capilar era efetuada nas duas primeiras duas 2horas após o

nascimento, 4, 6, 12, 24 e 48 horas e sempre que surgiam sintomas compatíveis com hipoglicemia como defende o (Comité de Estudios Fetoneonatales, 2002).

Uma das competências do EEESMO é promover a transição para a parentalidade da mulher e família de forma saudável, onde se espera que a mulher demonstre competência para cuidar do bebê, identifique desvios da normalidade e estabeleça uma relação emocional adequada

Inerente à complexidade da recuperação física e psicológica após o parto, a mulher/casal tem ainda a tarefa de integrar um novo papel, o de pais.

A transição para a parentalidade descreve-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e termina quando a mãe/pai desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis (Lowdermilk, et al., 2008).

O período em que a mulher permaneceu no puerpério, permitiu-nos detetar algumas situações de risco que podiam por em causa o cuidado adequado ao bebê quando estivessem em casa. A vinculação é um termo que tem sido usado para descrever a proximidade e interação que se desenvolve entre mãe/filho. A forma como os pais cuidam do seu filho, o olham e o tocam evidencia o lado emocional que aqueles pais têm com a criança.

A promoção da vinculação entre pais – bebê foi sempre uma preocupação patente durante a prestação dos nossos cuidados. Segundo (Lowdermilk, et al., 2008) o enfermeiro pode promover este processo através de intervenções como: proporcionar aos pais a oportunidade de pegarem, olharem e cuidarem do RN, encorajar os pais a pegarem o RN ao colo, gerir o ambiente físico (permitir o alojamento conjunto) preparar os pais para as mudanças previstas, reforçar positivamente os comportamentos parentais, entre outras, que foram postas em prática durante o nosso percurso no puerpério.

Na MJD existe um serviço de apoio a famílias que evidenciavam risco no que diz respeito aos cuidados ao RN, que era chamado de serviço social. Quando detetávamos alguma destas situações, era então o caso referenciado.

A saúde mental da puérpera foi também alvo da nossa atenção. A transição para a parentalidade é conseguida com maior facilidade, quando a mulher se encontra bem psicologicamente e disponível para assimilar e acomodar conhecimentos que lhe permitam cuidar do seu filho autonomamente.

Os nossos cuidados visavam o bem estar-estar físico, psicológico, emocional e social que permitissem o início saudável da sua vida familiar.

Nos primeiros dois dias após o parto, a mulher experimenta sentimentos de bem-estar e felicidade, no entanto, devemos estar atentos ao *blues pós-parto* ou

baby-blues. Habitualmente este fenómeno ocorre 4-5 dias após o parto, que consiste em sentimentos de labilidade emocional, choro fácil, sentimentos derrotistas, inquietação, fadiga, insónias, cefaleia, ansiedade, tristeza e raiva.

Quando estávamos em contato com a puérpera, questionávamos sobre o seu bem-estar emocional e qual o seu apoio familiar em casa. Tentávamos encorajá-las a partilhar connosco as suas alterações de humor de acordo com o que diz (NICE, 2006). No caso de alguma situação patológica ser identificada, era orientada para o psicólogo.

A puérpera e sua família eram informadas sobre a possibilidade de sentimentos de ansiedade, mau humor e choro poderem ocorrer e se dentro de 10 a 14 dias estes sentimentos não se resolverem deveria procurar ajuda. Ainda no puerpério e também com vista a alta hospitalar eram dadas indicações no sentido de as mulheres cuidarem da sua saúde mental.

Neste sentido, as puérperas eram incentivadas a praticar exercícios leves, tirarem tempo para descansarem, aceitarem ajuda para cuidarem do RN e fornecíamos informação no que diz respeito aos recursos da comunidade que lhe poderiam dar apoio social (Lowdermilk, et al., 2008) (NICE, 2006).

Segundo uma publicação de (Badaracco, et al., 2011) o *baby-blues* é um transtorno normal e que desaparece espontaneamente, no entanto, caso se torne persistente pode levar à psicose pós-parto que é a situação mais grave, podendo ser fatal se não for tratada. A depressão pós-parto surge como intermédia entre estas duas. Uma mulher com sintomas de depressão pós-parto pode apresentar-se triste, inútil, culpada, desinteressada e não ser capaz de se concentrar nos cuidados com o bebé e com ela própria e pode afetar 10% a 15% das mulheres.

A propósito da amamentação, uma revisão sistemática levado a cabo por (Donaldson-Myles, 2011) sobre os efeitos da amamentação na prevenção da depressão pós-parto, demonstrou que as mães que amamentam os seus filhos têm menos propensão a sofrer de distúrbios mentais após o mesmo. Portanto, para além das reconhecidas vantagens da amamentação esta vem sustentar o seu efeito positivo na mulher e por isso esta foi incentivada e promovida ao longo de todos os estágios.

Quando uma situação de risco é detetada em contexto hospitalar, a referenciação ao centro de saúde é de extrema importância para o planeamento de visitas domiciliárias. Estas, segundo (Shaw, et al., 2006) podem melhorar a interação mãe-bebé, melhoram a saúde mental da mulher e demonstram ter um efeito positivo no ensino da contraceção pós-parto.

A transição para a parentalidade não é um processo fácil nem inato. As puérperas, na sua maioria, demonstravam muito receio na prestação dos cuidados ao RN.

A preparação para o parto, para além de preparar a mulher para o parto propriamente dito, engloba um conjunto de ensinamentos que visa promover a referida transição. No entanto, o que se verificou ao longo de todos os estágios é que poucas mulheres tiveram as ditas aulas.

O tempo que as puérperas permanecem no serviço varia de acordo com o seu tipo de parto. Após um parto eutócico, o tempo varia entre os 2 a 3 dias, após distócico por cesariana 3 a 4 dias.

Em qualquer um dos casos e face às múltiplas transformações deste período, a disponibilidade das puérperas para a aprendizagem sobre aspetos da parentalidade é pouco. É por este motivo que a articulação dos serviços diferenciados com os de cuidados primários deve ser posta em prática.

O número de mulheres atribuído a cada enfermeiro era cerca de 8, o que implicava um esforço acrescido por parte dos profissionais para não comprometer a excelência de cuidados.

A vigilância da adaptação dos pais ao seu novo papel foi alvo da nossa vigilância. Esta adaptação, por vezes traduz-se em comportamentos que indicam a ligação afetiva que liga os pais ao bebé, como a forma com pegam no RN ou como o acalmam quando chora (Lowdermilk, et al., 2008).

Foram efetuados os vários ensinamentos referentes aos cuidados ao RN em vários momentos durante a permanência das puérperas no serviço de internamento. Foram realizados ensinamentos sobre o banho, a roupa, os cuidados ao coto umbilical e sobre a mudança da fralda.

O banho para além de proporcionar a higiene do RN, permitia-nos fazer a sua observação física e ensinávamos e treinávamos os pais relativamente à técnica do banho. No entanto, o banho que nos era possível dar ao RN no puerpério era parcial devido às limitações físicas da instituição.

O banho parcial tem sido associado a uma maior perda de calor e mais choro por parte do RN (Lowdermilk, et al., 2008). Para efetuar o ensino do banho de imersão, que é o usualmente efetuado em casa, transmitia apenas os conceitos teóricos do mesmo, já que não era possível os pais treinarem.

Neste momento, também aproveitava para realizar ensinamentos relativamente à eliminação intestinal e vesical do RN, relativamente às suas características e padrão habitual ao mesmo tempo era explicado aos pais os cuidados a ter na

prevenção do eritema das fraldas de acordo com as recomendações de (NICE, 2006).

Era ensinado à puérpera que o RN quando bem alimentado, apresenta cerca de 6-8 mudas de fraldas com urina e cerca de 4 defeções, esta informação também ajuda no controlo da ansiedade no que diz respeito à amamentação (Lowdermilk, et al., 2008).

Também foram ensinados aspetos relacionados com o choro do RN (fome, fralda molhada, necessidade de eructar, frio, calor, quando estão doentes, dor) e também técnicas para acalmar o bebé; sobre os padrões de sono do RN (frequência, estado de alerta) a posição mais adequada para dormir e sobre a técnica para eructar.

Antes da alta hospitalar os pais eram informados sobre o *Teste de Guthrie*, as consultas de vigilância no centro de saúde e sobre o esquema de vacinação recomendado. Eram alertados para a importância da 1ª consulta (Lowdermilk, et al., 2008) (NICE, 2006).

Outros aspetos abordados antes da alta hospitalar foram: o ensino sobre a prevenção de acidentes e a segurança rodoviária (uso de cadeira para transportar o bebé no carro e o seu funcionamento, prevenção de quedas, queimaduras, afogamento), sinais de doença como: febre ($> 38^{\circ}\text{C}$ axilar), hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$ axilar), diminuição do apetite (recusa de duas alimentações seguidas), vómitos, diarreia, diminuição dos movimentos intestinais/obstipação, diminuição do débito urinário (não urinar durante 18 a 24 horas ou molhar menos de seis a oito fraldas por dia), dificuldade respiratória, cianose consequente da alimentação ou não, letargia, choro inconsolável, exsudado sanguinolento ou purulento do cordão umbilical, desenvolvimento de secreções oculares (Lowdermilk, et al., 2008).

Uma situação muito recorrente nos RN é a icterícia fisiológica. Esta ocorre em 60% dos RN, sendo mais grave nos prematuros. Esta situação surge habitualmente depois das 24 horas de vida, tal como pude verificar e quando ocorre antes, a icterícia é considerada patológica, habitualmente provocada por incompatibilidade sanguínea ou infeção e a sua progressão é cefalo-caudal.

A vigilância do RN relativamente à coloração da sua pele, mucosas e escleróticas foi alvo da nossa atenção e os pais também eram ensinados relativamente à vigilância da cor do RN, para que fossem capazes de identificar alterações na mesma e procurassem cuidados atempadamente quando já estavam em casa (Lowdermilk, et al., 2008) (NICE, 2006).

A promoção do aleitamento materno foi uma das intervenções por nós implementada, transversal a todos os estágios percorridos.

A OMS define o aleitamento materno exclusivo como o único alimento que o latente recebe e nenhum outro líquido à exceção de gotas, xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou fármacos.

Pelo reconhecimento do aleitamento materno como o melhor alimento para o RN, a OMS e a UNICEF, em 1991, criaram a iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, tendo sido atribuída à MJD esta designação pelo seu cumprimento dos *dez passos para o sucesso do aleitamento materno*.

Segundo (Saraiva, 2010), os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são: As instituições terem uma política de promoção do aleitamento materno afixada e transmiti-la regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; a equipa de saúde ter formação para implementar esta medida; todas as grávidas são informadas das vantagens e da prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de se separadas dos filhos temporariamente; Não dar nenhum outro alimento ou líquido ao RN para além do leite materno, a não ser que haja indicação médica; praticar o alojamento conjunto, permitindo que as mães permaneçam com os seus filhos 24hras/dia; dar de mamar ao RN sempre que ele queira; não dar tetinas ou chupetas; Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta da Instituição.

Como futura EEESMO e reconhecendo os benefícios do aleitamento materno as minhas intervenções foram de encontro à promoção do mesmo. O aleitamento materno exclusivo, preferencialmente, deve ocorrer no primeiro semestre de vida da criança e deve integrar o programa de diversificação alimentar enquanto for mutuamente desejado pela mãe e latente (Afonso, et al., 2012).

Tendo por base o conhecimento que o leite materno é o melhor para o RN/latente, as políticas de saúde visam promover este tipo de alimentação, de preferência de forma exclusiva até ao sexto mês de vida da criança. Apesar das vantagens reconhecidas do aleitamento materno, este nem sempre é fácil e nem é um conhecimento inato das mulheres.

Apesar do nosso esforço e da restante equipa de saúde para promover o aleitamento materno, este nem sempre é fácil e isento de complicações. Foi possível verificar a ansiedade que gera em muitas puérperas não só pela dificuldade na técnica da amamentação, mas também em relação a mitos e medos relacionados com a mesma. Não eram poucas as vezes que as puérperas demonstravam receio de o leite não ser suficiente para alimentar o RN. A nossa atuação passava por desmistificar alguns medos e fazeres-lhe o ensino sobre os

sinais de fome do RN assim como alguns sinais que evidenciam o pouco aporte nutricional. Também se revelaram importantes os ensinamentos sobre a estimulação da produção de leite: amamentar o RN em horário livre, esvaziar a mama até ao fim e só depois oferecer a outra, na mamada seguinte alternar, acordar o bebé e não o agasalhar em demasia, aumentar a frequência das mamadas, amamentar também de noite que há maior libertação de prolactina e deve retirar leite sempre que não está com o bebé (Saraiva, 2010).

Durante a amamentação podem surgir algumas dificuldades e complicações que afetam o sucesso da mesma, mas com a correta intervenção, podem ser ultrapassadas. As complicações que ocorreram a maioria das vezes, prendiam-se com o ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos e/ou fissurados.

O ingurgitamento mamário pode ser provocado pelo excesso de leite, atraso no início da amamentação, pega incorreta, diminuição da duração das mamadas, remoção pouco frequente do leite ou défice de produção de ocitocina. Nesta situação a puérpera era orientada sobre as medidas anteriormente referidas para aumentar a produção do leite e corrigir a pega. A pega correta é evidenciada por boca bem aberta a rodear o mamilo e aréola, queixo deve tocar na mama, lábio inferior virado para fora e as bochechas devem ficar arredondadas durante a deglutição (Saraiva, 2010). A aplicação de compressas frias também pode ajudar no alívio da dor (Lowdermilk, et al., 2008).

Quando as puérperas apresentavam os mamilos dolorosos e/ou fissurados eram instruídas para fazer expressão de algumas gotas de colostro antes da mamada para humedecer o mamilo e aréola de forma a diminuir a dor da sucção. Se a dor persistisse, a mamada devia ser interrompida com a colocação do dedo na boca do RN. A pega era corrigida e a puérpera era aconselhada a manter uma boa higiene dos mamilos lavando os mesmos com água para remover a saliva do bebé e a aplicar algumas gotas de leite para massajar os mamilos, deixando-os ao ar sempre que possível (Lowdermilk, et al., 2008). Outros problemas derivados da amamentação podem surgir, como o bloqueio dos ductos mamários, mastite ou candidíase.

Desde a entrada da puérpera no serviço, que as intervenções de enfermagem visam a recuperação da puérpera e a sua capacitação para cuidar de si e do bebé autonomamente em casa.

O plano de alta começa desde logo a ser delineado, adaptado individualmente às necessidades e dúvidas de cada puérpera. Neste sentido, os ensinamentos para a preparação do regresso a casa referiam-se: ao autocuidado higiene; sinais de

complicações maternos e neonatais, atividade sexual, contraceção, aspetos nutricionais, exercício físico e medicação prescrita (Lowdermilk, et al., 2008).

O acompanhamento após a alta em contexto domiciliário é muito importante para garantir a aquisição de competências no que respeita aos cuidados ao bebé, avaliação da mulher, ambiente do lar e esclarecer as dúvidas que a puérpera apresente.

A articulação que é feita da MJD com os centros de saúde da área é feita por fax, onde é informado o respetivo centro de saúde do nascimento do RN, tipo de parto e se o puerpério é normal ou patológico. Aquando a alta, a puérpera leva uma carta direcionada ao enfermeiro de família com os dados mais importantes do parto e puerpério.

Antes da alta o RN é vacinado com as primeiras vacinas do Plano Nacional de vacinação (PNV), sendo elas a vacina contra a hepatite B (VHB) e a vacina contra a tuberculose com o bacilo de Calmette e Guérin (BCG). Tivemos em conta o princípio que a administração da vacina BCG deve ser administrada ao RN, desde que o seu peso seja igual ou superior a 2kg, de acordo com as orientações da OMS. Ainda no serviço, era realizado aos RN o rastreio auditivo. Relativamente a este rastreio os pais eram informados sobre a sua importância e qual o procedimento habitual no caso de serem detetadas alterações.

As puérperas recebem ainda recomendações sobre a dieta apropriada ao período de amamentação, prevenção da obstipação, a medicação apropriada às várias situações que a mulher pode apresentar, como suplementos de ferro na prevenção da anemia e analgésicos na dor (Lowdermilk, et al., 2008).

A informação sobre a retoma da atividade sexual e a contraceção após o parto é um tema abordado antes da alta. O casal não deve sair do hospital com dúvidas para que não comprometa a recuperação da mulher e a relação do casal.

Neste sentido, a puérpera é informada sobre a consulta de revisão de puerpério 6 semanas após o parto, altura em que também será seguro, à partida, retomar a atividade sexual. No entanto, o casal deve ser alertado para algumas alterações a nível da resposta sexual da mulher, nestas situações, sinais de dispareunia após este período de 6 semanas deve ser explorado e pode ser recomendado o uso de lubrificantes para o desconforto de acordo com as recomendações de (Lowdermilk, et al., 2008) (NICE, 2006).

A contraceção deve ser utilizada mesmo nas mulheres a amamentar, já que a ovulação pode ocorrer antes do primeiro mês após o parto. A orientação para consulta de planeamento familiar no centro de saúde deve ser logo após a alta, aproveitando o momento em que vai com o RN fazer o teste de Guthrie. Segundo a

(NICE, 2006), a consulta de planeamento familiar deve acontecer logo após uma semana do parto.

A par da transmissão de todas as competências que o EEESMO deve promover junto da mulher para que ela faça a transição para o seu novo papel de mãe e o execute de forma saudável, a relação que se estabelece com ela ao longo de todo o internamento é crucial. Como diz (Lundgren, et al., 2007), a disponibilidade, a confiança, reciprocidade e a individualidade dos cuidados a cada mulher favorece a sua entrega à aprendizagem e aumenta a sua participação. Após esta descrição sobre como desenvolvemos e adquirimos as nossas competências como EEESMO, dizemos que o ideal de cuidados passa pelo acompanhamento da mulher desde o início da sua gravidez, parto e pós-parto com o mesmo enfermeiro especialista, para que esta relação se estabeleça e produza resultados mais positivos. Esperamos que um dia as políticas de saúde permitam uma organização dos cuidados de saúde em que possamos oferecer este cuidado individualizado a todas as mulheres no seu processo de maternidade.

2.2. A participação num projeto de investigação como uma experiência significativa para o Desenvolvimento de Competências

Muitas foram as experiências e competências adquiridas, todavia, no campo de estágio no núcleo de partos tivemos a experiência de integrar e colaborar num projeto em curso na MJD levado a cabo por um grupo de enfermeiros do qual a minha tutora faz parte.

O objetivo deste projeto é demonstrar que é possível reduzir o número de episiotomias, mantendo a integridade perineal através de um método simples que consiste na aplicação de água morna sobre o períneo, no período expulsivo, mais precisamente quando a apresentação fetal está no plano +4. A par desta intervenção, o períneo é lubrificado a nível posterior e anterior, sem grande manipulação do mesmo.

Relativamente aos resultados obtidos com esta técnica, sendo sempre implementada em todos os partos, dos 43 partos que realizei apenas 7 foram intervencionados com episiotomias.

Face ao panorama da MJD, em que a maioria dos profissionais (médicos e enfermeiros) realiza de forma rotineira esta técnica, já desaconselhada pela OMS, considero estes resultados muito positivos e um mote de mudança para os restantes profissionais.

Outro aspeto interessante que pudemos observar é que não há um único caso de laceração de 3º ou 4º ou grau no períneo das parturientes em que não foi realizada a episiotomia. O número de períneos íntegros foi de 21. Os restantes apresentavam lacerações de 1º ou 2º grau.

Uma revisão sistemática levado a cabo por (Aasheim, et al., 2012), conclui que para evitar o trauma perineal, entre as várias técnicas abordadas no estudo, a aplicação de compressas quentes a nível do períneo, no período expulsivo, demonstrou ser a mais efetiva na proteção do trauma perineal. No entanto, vários fatores têm de ser tidos em conta como a posição da mulher durante o parto e o próprio tecido da mulher entre outros fatores, podem também afetar o desfecho do parto.

Tendo em conta as recomendações da OMS sobre o não uso indiscriminado da episiotomia e segundo o que nos diz (Carroli, et al., 2012) sobre o facto de não diminuir o trauma perineal grave, dispareunia no pós-parto, não reduzir a incidência da IUE e aumentar as morbilidades maternas no pós-parto relacionadas com a episiorrafia, o uso da episiotomia de forma rotineira deve ser abolida e cada situação deve ser avaliada como única e restringir a sua utilização apenas à necessidade.

Assim, considero esta experiência muito positiva na minha formação como futura EEESMO, já que o procedimento deste grupo experimental é baseado na evidência científica mais atual e tem demonstrado efeitos muito positivos no trabalho de parto assim como na satisfação das mães.

3. OS EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA PÉLVICA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NO PÓS - PARTO – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Esta revisão integrativa da literatura com ênfase na Incontinência urinária de Esforço (IUE) no pós-parto visa problematizar e refletir sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na prevenção desta morbidade.

Esta revisão da literatura surge na continuidade e como uma mais-valia da aquisição de competências do EEESMO. Também vinculou a possibilidade de escolher uma área específica de intervenção e do nosso interesse, de forma a demonstrar como podemos prestar cuidados baseados em evidência científica através da Investigação.

Pretende-se, assim, demonstrar de que forma o EEESMO pode intervir no controle da incidência da IUE.

Para tal, a pesquisa de artigos sobre a questão foi efetuada na base de dados da EBSCHOST limitando a procura num intervalo entre os anos de 2005 e 2013.

Desta pesquisa, foi possível concluir que a Incontinência urinária (IU) surge como um problema de etiologia multifactorial. No entanto, os exercícios de fortalecimento pélvico em diferentes momentos da vida da mulher grávida têm demonstrado ser determinantes na prevenção, tratamento e reabilitação desta morbidade. Partindo desta premissa, surgiu o interesse por esta investigação, tendo como objeto de estudo os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da IUE.

Tendo em conta a incidência da IUE, o seu subdiagnóstico e de que se trata de uma patologia que os enfermeiros podem ter um papel autónomo e efetivo no controle da morbidade e consequentemente na qualidade de vida da mulher, os

resultados desta revisão integrativa assumem um importante contributo para a prestação de cuidados do EEESMO.

3.1. Introdução ao Problema

A IU é uma patologia relativamente comum que pode afetar mulheres de todas as idades, podendo variar de gravidade e de natureza. Embora raramente a IU coloque a vida das mulheres em risco, pode influenciar seriamente o seu bem-estar físico, psicológico e social e o impacto que provoca sobre as famílias das mulheres com IU podem ser profundos (NICE, 2006).

A Sociedade Internacional de Continência define a IU, como qualquer perda involuntária de urina, sendo classificada pela Associação Portuguesa de Urologia (APU) em três categorias: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista.

No entanto, esta revisão da literatura incide sobre a IUE por ser a que acomete mais frequentemente as mulheres no pós-parto (Thom, et al., 2010). Segundo este autor, a prevalência da IUE no pós-parto ronda os 30% nos primeiros três meses e apresentam resultados variáveis conforme o tipo de parto.

O parto instrumentado é aquele que aparece associado a maior prevalência de IUE, a seguir o parto eutócico e com menor taxa associada é o parto por cesariana a rondar os 13%. As taxas de incidência e prevalência da IU feminina apresentam alguma dificuldade de cálculo devido a diferentes metodologias utilizadas no diagnóstico, as diferentes definições empregues e os diferentes níveis de gravidade considerados.

Relativamente à definição, (Freitas, et al., 2011) afirma que a IUE pode ser definida pela perda de urina após um esforço, sem que haja contração do músculo detrusor da bexiga. Esta situação acomete cerca de metade das mulheres com alterações anatómicas ou funcionais da bexiga. Quando a pressão intravesical excede a pressão intrauretral máxima em situações de esforço, ocorre a perda involuntária de urina. (Freitas, et al., 2011).

Quanto ao diagnóstico, da IUE, este não é fácil, não tendo a ver com a interpretação de sintomas, mas antes com a não referência dos mesmos. O diagnóstico da IUE tem uma base clínica, baseada numa história de perdas involuntárias de urina aquando do aumento de pressão intra-abdominal (em atividades como tossir, rir, levantar objetos, ou outros esforços físicos), e num exame físico que, para além de documentar a perda de urina durante o esforço abdominal, pode detetar hipermobibilidade do colo vesical ou prolapsos genitais. Também pode ser efetuado por intermédio dos meios auxiliares de diagnóstico. (Conceição, et al., 2009).

Vários fatores podem estar na origem da IUE, segundo (Ege, et al., 2008) a instrumentação do parto (fórceps/ventosa), episiotomia, RN pesado para a idade gestacional, obesidade, a não realização de exercícios pélvicos durante a gravidez, tabagismo, paridade e nível socioeconómico baixo são descritos como percussores de IUE.

Um fato é interessante neste estudo, a referência feita à diferença significativa da taxa de prevalência de IU durante a gravidez e no pós-parto. As queixas das mulheres durante a gravidez são mais frequentes do que no pós-parto. A grávida assume a IU como algo inerente à gravidez fazendo referência ao problema de forma natural, todavia, no período de pós-parto, mesmo com afetação da sua qualidade de vida aos vários níveis (social, psicológico, sexual), a mulher não procura ajuda dos profissionais de saúde talvez por vergonha de abordarem este flagelo.

De acordo com Fultz e Herzog cit. (Ege, et al., 2008) as mulheres com IUE têm tendência para o isolamento social, são mais depressivas e mais infelizes do que as mulheres sem a doença.

Devido aos vários fatores etiológicos da IU, interessa estudar cada um deles aprofundadamente já que a mudança/adoção/abandono de algumas práticas pode diminuir a prevalência da IU. O EEESMO, através da evidência científica mais atual, necessita implementar intervenções na sua área de competência para prevenir, tratar ou reabilitar a mulher com IUE. Segundo Baessler e Schuessler cit. (Ege, et al., 2008) os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico quando realizados durante a gravidez e após o parto, reduzem o risco de desenvolver a IUE, afirmando que deveriam integrar a rotina das consultas pré-natal e do pós-parto.

Na base da IUE como se pode verificar podem estar vários fatores. Neste relatório objetivou-se estudar a influência dos exercícios pélvicos no período pré-gravídico, gravidez e no pós-parto na prevenção e tratamento da IUE, para a partir

dos resultados mudar práticas e contribuir para a construção contínua de um corpo de conhecimentos de enfermagem baseado na evidência científica mais atual.

3.2. Metodologia

Como já foi referido anteriormente, este estudo sobre a IUE tem por base a metodologia de uma revisão integrativa da literatura, permitindo a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, tal como é definido este método de investigação científica por (Souza, et al., 2010).

Relativamente à abordagem que é feita neste trabalho, é qualitativa pela sua natureza de análise de conteúdo aos artigos identificados.

A revisão da literatura constitui um instrumento da Prática Baseada em Evidência (PBE), em que orienta a prática profissional, o cuidado clínico fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência científica.

Segundo (Souza, et al., 2010) são seis as fases do processo de elaboração da revisão integrativa, sendo eles: A elaboração da pergunta orientadora; a pesquisa na literatura; a colheita de dados, a análise crítica dos estudos incluídos; a discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa.

Tendo por base os pressupostos da revisão integrativa da literatura, procedeu-se à elaboração da pergunta orientadora deste trabalho: “Qual a eficácia dos exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na prevenção e tratamento da IUE?”

A identificação dos artigos com relevância para este estudo, consistiu na pesquisa em bases de dados disponíveis na plataforma EBSCO host da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Após a elaboração da questão e da pesquisa bibliográfica inicial, ficaram patentes alguns dos termos mais utilizados relativamente à temática em estudo. Para responder à segunda e terceira fase da revisão integrativa da literatura, procedeu-se à pesquisa e colheita de dados.

Assim, efetuou-se a pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*; *MedicLatina*; *Academic Search Complete*; *ERIC*; *Library*,

Information Science & Technology Abstracts; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessments e Cochrane Methodology Register.

Foram usados os seguintes descritores, utilizando a linguagem booleana, nas bases de dados acima descritas: *(incontinence AND urinary AND delivery AND exercises)/ (nurs* AND Exercise* AND Pelvic AND Pregnancy).*

Como critério de inclusão para a seleção de artigos, estipulou-se que só seriam tidos em conta os artigos que incluíssem o tema dos exercícios pélvicos, os artigos disponíveis nas bases de dados, ou seja, com acesso ao texto e que apresentassem o texto integral (full texto), foram privilegiadas as revisões sistemáticas sobre o tema, publicados em português, Inglês e espanhol e a procura de evidência compreendeu os anos entre 2005 e 2013.

O fato de privilegiar as revisões sistemáticas em detrimento de outros estudos tem a ver com a natureza do próprio estudo. Uma revisão sistemática é um método rigoroso de reduzir o viés e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação. Das revisões sistemáticas, tentou-se selecionar as meta-análises, que é uma técnica estatística utilizada nas revisões sistemáticas que ajudam a responder a questões relativas a eficácia de intervenções (Craig, et al., 2004).

3.3. Resultados

Relativamente aos resultados obtidos, após a pesquisa efetuada, nas bases de dados originou um total de 47 artigos, dos quais foram selecionados 7 com relevância para o nosso estudo. O critério de exclusão para os restantes artigos prendeu-se com o fato de não corresponderem a revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, serem de outras disciplinas, não estarem disponíveis ou pelo próprio título.

Dos 7 artigos selecionados, 6 artigos são revisões sistemáticas e 1 é um estudo randomizado controlado.

Para expor os resultados da análise dos artigos, elaborou-se um quadro com informação relativamente ao nível de evidência, autores, ano de publicação, fonte, país, objeto de estudo, metodologia, resultados e conclusão.

No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, a prática baseada em evidência veio auxiliar os enfermeiros a construir o corpo de conhecimentos da enfermagem com base em evidência científica e assumir-se perante as outras disciplinas como uma profissão verdadeiramente científica e com resultados positivos na qualidade da prestação dos cuidados e nos ganhos em saúde.

A realização dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, é um tema que já vem sendo abordado na grande maioria dos manuais de Obstetrícia, com referência aos seus benefícios, mas não são perentórios no que diz respeito à sua eficácia na prevenção da IU, quando devem ser realizados, quantas vezes e por quanto tempo.

Com esta revisão integrativa da literatura, pretende-se perceber se as intervenções como o ensino dos exercícios da musculatura pélvica, antes, durante e após a gravidez são eficazes na prevenção da IUE no pós-parto.

Para apreciar a eficácia de um tratamento ou intervenção, as revisões sistemáticas são consideradas o “padrão de ouro” (Craig, et al., 2004).

Para avaliar o nível de evidência dos estudos (Haynes, 2007) apresenta o modelo da pirâmide, hierarquizando os diferentes estudos, colocando no vértice da mesma as revisões sistemáticas. Este modelo de hierarquização designa-se pela pirâmide dos 5S, onde o nível de evidência I situa-se no topo da pirâmide.

O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço, no pós-parto.

TABELA 1: Análise dos Artigos

Autores (Ano)	Publicação/ País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	N.E.
Briggs, Joanna (2006)	Joanna Briggs Institute Austrália	Avaliar a eficácia dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico após o parto.	Revisão sistemática da Literatura Inclusão de seis estudos randomizados controlados Participantes: Mulheres com diferentes tipos de parto e com incontinência urinária no pós-parto.	Os resultados obtidos permitem afirmar que o programa de exercícios de fortalecimento pélvico (PEFP) após o parto é eficaz para reduzir e tratar a IU. A algumas mulheres resolve a IU a curto-prazo a outros pode prevenir a IU a médio prazo. A meta-análise não forneceu dados específicos sobre a necessidade de individualizar os exercícios a cada mulher.	O PEFP deve ser ensinado logo a seguir ao parto, idealmente no período pré-natal. Deve haver sessões individualizadas para certificação da correta realização dos exercícios. Incentivar as mulheres a incluir o PEFP na rotina de vida diária. Apesar de não haver um programa específico de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, é benéfica a sua realização.	I
Briggs, Joanna (2011)	Joanna Briggs Institute Austrália	Avaliar a eficácia dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico após o parto.	Revisão Sistemática da literatura Incluídas mulheres após o parto, independentemente da paridade, tipo de parto ou idade. Fizeram parte 21 estudos em que 6, o estudo era de avaliação preventiva da IU, 5 estudos de tratamento, as restantes ou o seu estado não era revelado ou apresentavam vários tipos de IU.	Dos seis estudos sobre a prevenção da IU, revelaram continência no momento de avaliação e o índice de IU 3 a 6 meses após foi mais baixa em relação ao grupo que não realizou os exercícios. Dos 5 tratamentos e 3 mistos apresentaram resolução da IU. A meta-análise realizada separadamente a mulheres com IU prévia à gravidez, demonstrou que após a realização do PEFP 20% das mulheres apresentavam melhorias da IU. No entanto, um grande número de mulheres foi perdido, devendo haver prudência na leitura destes últimos dados.	Os resultados demonstram que a realização do PEFP é eficaz na prevenção da IU e deve ser iniciado no período pré-natal embora no pós-parto também seja eficaz. Este estudo também não é conclusivo relativamente à frequência e intensidade das contrações musculares, mas não há evidência que um PEFP de alta intensidade seja mais eficaz em relação a um com menos intensidade.	I
Mason, L. et al (2010)	Journal of Clinical Nursing Inglaterra	Avaliar a eficácia dos exercícios musculares do assoalho pélvico no período pré-natal na prevenção da IU em primíparas.	Estudo randomizado duplamente-cego De forma aleatória 286 mulheres foram distribuídas pelo grupo de controlo e experimental. O experimental realizava 8-12 contrações da musculatura pélvica 2 vezes ao dia. Aplicação da escala de Bristol modificada para avaliar o desconforto da IU entre a 20ª e 36ª semana de gestação e a escala de Leicester para avaliar o impacto da	O grupo experimental 35% das mulheres apresentavam IU às 20 semanas, 48% às 36 semanas e 36% após o parto, os resultados no grupo de controlo não foram muito diferentes havendo uma diminuição pouco significativa no grupo com intervenção. Ao grupo a quem foi aplicada a escala de Leicester revelou uma diminuição das queixas urinárias, mas também pouco significativa em relação ao grupo de controlo.	As mulheres que executaram o PEFP apresentam uma melhoria da sintomatologia, no entanto, não é suficientemente relevante para garantir a eficácia do PEFP no pré-natal. A falha de resultados também esteve relacionada com a baixa adesão das mulheres aos exercícios. Há a necessidade de implementar medidas para aumentar a adesão das mulheres para realizarem os exercícios todos os dias durante a gravidez e o após o parto.	II

O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço, no pós-parto.

			IU.			
Lemos, A. et al (2008)	International Journal of urology Brasil	Avaliar a eficácia dos exercícios perineais durante a gravidez na prevenção da I.U.	Revisão sistemática da literatura Mulheres primíparas que realizaram os exercícios perineais durante a gravidez foram incluídas neste estudo. Foram utilizados estudos controlados para avaliar a eficácia apenas da realização dos exercícios perineais. Foram realizadas duas meta-análises para testar a eficácia dos exercícios perineais durante a gravidez na prevenção da I.U.	Um estudo indicou efeito protetor dos exercícios de fortalecimento pélvico na prevenção da I.U.; um outro estudo revelou uma diminuição significativa da frequência da I.U. 6 meses após o parto; um outro estudo revelou melhoria na força muscular do assoalho pélvico ao longo da gravidez e no período após o parto. a meta-análise não pode ser aplicada por não haver homogeneidade no método de avaliação do estudo.	A revisão sistemática indica que a realização dos exercícios perineais tem um efeito protetor sobre os músculos do assoalho pélvico e reduzir a IU verificada entre 3 a 6 meses após o parto, sendo recomendada sua realização durante a gravidez.	I
Rodríguez, R.M; Pélaez, M.;Barakat, R. (2012)	Revista Española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva Espanha	Avaliar o impacto dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez na prevenção da IU no pós-parto.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de um estudo randomizado com dois grupos, um de controlo e o outro onde foram implementados os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Inclusão de um estudo randomizado com 875 mulheres durante 12 semanas	As mulheres incluídas no estudo randomizado apresentaram menos episódios de IU no final da gravidez e a incidência da IU nestas mulheres diminui após o parto. Os resultados do estudo randomizado demonstraram que a prevalência da IU no grupo experimental foi de 13% e no de controlo 19%. Um outro estudo revela	A realização dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são eficazes na prevenção da IU e Incontinência fecal após a gravidez, no entanto estes efeitos benéficos desaparecem a longo prazo devido à interrupção dos exercícios. Não foram registados efeitos adversos na realização dos exercícios. Estes exercícios realizados durante a gravidez podem facilitar o parto.	I
Watts, R., et al (2005)	International Journal of evidence-based healthcare Austrália	Determinar a eficácia do Programa de exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (PEFP) no período pré-natal e durante a gravidez na prevenção e tratamento da IUE após o parto.	Revisão sistemática da literatura Incluídos ensaios clínicos randomizados e ensaios não clínicos randomizados Incluídas mulheres com início de trabalho de parto espontâneo, parto vaginal eutócico ou distócico e cesarianas desde que não eletivas. Ao grupo experimental foi-lhes implementado o PEPF e introduzido método de biofeedback.	Os seis ensaios clínicos randomizados indicam que a realização do PEPF no período pré e pós-natal, são eficazes na prevenção e resolução da IUE após o parto. Sete ensaios clínicos randomizados e três não clínicos randomizados demonstraram que a realização do PEPF diminui a probabilidade das mulheres terem IUE no pos-parto.	Os PEPF devem ser ensinados encorajados no período pré-natal e pós-parto. As mulheres devem ser incentivadas a aderir ao programa. Deve ser incluído no período pré-natal um PRFP específico para cada mulher. Após a alta, o contato com a mulher deve ser mantido e deve ser incentivado o treino pelo menos duas vezes por semana.	I

O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço, no pós-parto.

Wagg, A; Bunn, F. (2007)	The Autors. Journal Compilation Reino Unido	Avaliar a eficácia dos exercícios pélvicos não assistidos na prevenção da IU no pós-parto, identificar intervenções eficazes e áreas de intervenção para futuras pesquisas.	Revisão sistemática da literatura A revisão da literatura inclui estudos randomizados controlados e pesquisa nas bases de dados da CINAHL, Medline e Cochrane Library.	Quatro estudos randomizados foram incluídos no estudo. Dos quais três demonstraram melhoria a curto prazo dos sintomas de IU. Todos os estudos demonstraram que as mulheres incluídas nos estudos, tiveram mais propensão em aderir aos exercícios.	Esta revisão demonstra que os exercícios mostram-se eficazes na redução da IU no pós-parto, no entanto a longo prazo podem não se manter por não serem assistidos por um profissional. Este estudo conclui que são precisas intervenções padronizadas e estas mulheres precisam ser acompanhadas para que também possam ser avaliadas.	I
--------------------------------	--	---	--	---	--	---

3.4. Discussão

Após mais uma etapa e terminadas as quatro primeiras fases da revisão integrativa, vai-se proceder à discussão, interpretação e síntese dos resultados obtidos após análise dos artigos selecionados.

A questão inicial debruça-se sobre “Qual a eficácia dos exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na prevenção e tratamento da IUE?”. Os vários artigos analisados abordam de forma conjunta a eficácia dos mesmos em diferentes momentos da vida da mulher, no período pré-natal e pós-parto. A referência à eficácia dos exercícios no período pré-gravídico não é evidente e poucos estudos existem sobre esta componente que pretendia avaliar.

Para melhor compreensão dos dados revelados pelos diferentes artigos procedeu-se à divisão temporal no que diz respeito à execução dos exercícios e vão ser aferidas para cada período as intervenções de enfermagem que visam a prevenção e/ou tratamento da IUE na mulher após o parto.

FIGURA 4: Distribuição temporal dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez



Como referimos, uma das intenções deste estudo era também compreender se o ensino dos exercícios de fortalecimento pélvico antes da gravidez seriam eficazes ou se contribuiriam para a prevenção ou tratamento da IU no pós-parto. Após este estudo constatamos que os estudos na sua grande maioria abordam o período pré-

natal e o pós-parto, razão pela qual a conclusão que retiramos referente a esta problemática é que ainda têm de ser efetuados estudos que abordem o período pré-gravídico.

Os artigos utilizados aportam os exercícios de fortalecimento pélvico no período pré-natal e pós-natal, introduzindo diferentes abordagens quanto ao tipo, frequência, duração e, ainda alguns analisam a relutância das mulheres; por um lado a referirem as queixas aos profissionais de saúde e por outro à fraca adesão das mesmas aos programas de exercícios prescritos pelos diferentes profissionais de saúde.

O importante desta revisão integrativa da literatura é extrair o que pode ser implementado pelo EEESMO de forma a melhorar a qualidade de vida das mulheres e identificar áreas de lacunas de conhecimento que o próprio pode investigar e tomar esta área como intervenção específica da área da enfermagem.

Assim, com a discussão dos artigos pretende-se fazer a interpretação dos mesmos, aferindo a relevância na prevenção da IUE no pós-parto através dos programas de exercícios realizados no período pré-natal e no pós-parto, dela tirar as conclusões, explicitar os vieses e identificar possíveis lacunas de conhecimento.

3.4.1. Ensino dos Exercícios de Fortalecimento Pélvico Durante a Gravidez e Após o Parto

A realização dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez e após o parto, segundo (Briggs, 2011) pretendem fortalecer a musculatura perivaginal e perineal para aumentar o controlo urinário das mulheres com IUE diagnosticada após o parto.

Este estudo pretende demonstrar a eficácia de um programa de exercícios, que pode ser variável relativamente à intensidade das contrações ou duração do programa, tendo alguns a associação de métodos como o biofeedback, método de um para um (consiste na assistência individualizada de um profissional de saúde no ensino dos exercícios à mulher) ou auxiliares de memória.

Independentemente do programa implementado, o que refere este estudo é que um programa de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica é eficaz em qualquer idade e revela que 20% das mulheres com IU durante a gravidez

apresentaram melhorias no final da mesma e na avaliação feita 12 meses após o parto.

De acordo com (Briggs, 2006) a percentagem de mulheres com IU após o parto varia desde os 6 a 43%. Para algumas mulheres a IU é um problema temporário, enquanto para outras pode ser um problema que persiste durante anos. Segundo Dolan et al, 2003 cit. (Briggs, 2006), 60% das mulheres que tiverem IU durante a gravidez relataram que o problema ainda persistia ao fim de 15 anos.

O que refere também esta revisão sistemática é que o ensino através da simples instrução verbal, não é tão eficaz como quando há a inclusão do biofeedback ou auxiliares de memória.

No entanto, este estudo não nos fornece dados relativamente ao tipo de exercícios que devem ser instruídos à mulher no período pré-natal e pós-parto.

No período pré-natal o que nos diz (Briggs, 2003) (Briggs, 2011) (Mason, et al., 2010) (Lemos, et al., 2008) (Haddow, et al., 2005) é que os exercícios devem começar às 20 semanas de gestação.

Esta revisão sistemática engloba três estudos randomizados, que segundo Wilson e Herbison 1998, cit. (Briggs, 2006) permitem afirmar que os exercícios realizados no pós-parto têm efeitos positivos no tratamento da IU. O principal objetivo desta revisão foi também avaliar a eficácia dos exercícios na prevenção e tratamento da IU no pós parto.

As recomendações resultantes da revisão sistemática levada cabo por (Briggs, 2011) indicam que todas as mulheres devem realizar os exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez, independentemente de já terem ou não IU. No que diz respeito às recomendações relativamente à frequência e intensidade este estudo não nos fornece esses dados.

Um outro aspeto interessante deste estudo é a abordagem que os profissionais de saúde devem fazer a estas mulheres. Como já foi referido, a IU é um problema que a maioria das mulheres não aborda, acabando por sacrificar a sua qualidade de vida por terem vergonha de procurar ajuda ou por pensarem que nada pode ser feito tal como refere (Azevedo, 2003).

Por este motivo, o EEESMO que faz a vigilância da gravidez deve estar sensibilizado para esta questão não só durante a gravidez mas também aquando a alta hospitalar e também ao nível dos cuidados de saúde primários.

O programa de exercícios a implementar a uma mulher deve ser realista, adaptado ao seu quotidiano, às suas características individuais e deve haver um profissional para fazer o ensino individual e incentivar a prática dos exercícios.

Segundo Sampselle, 2000, cit. (Briggs, 2006), 57% das mulheres com idade compreendida entre 35-74 anos sofre de IU. No entanto, sabe-se que a IUE afeta muito mais mulheres e com idades mais jovens do que é referenciado neste estudo.

No período pré-natal e pós-parto, são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento da IUE a obesidade, parto instrumentado, laceração perineal, RN pesado e paridade, no entanto este estudo refere que as pesquisas têm sido inconclusivas quanto aos fatores percursores da IU no pós parto, sendo necessário mais estudos neste âmbito.

Este estudo realça a importância dos profissionais de saúde informarem as mulheres de como prevenir a IU ainda na gravidez.

Os exercícios de fortalecimento pélvico surgiram pela primeira em 1948 com Kegel, tornando-se um ensino comum que integra os cuidados pré-natais e é frequentemente abordado nas consultas pós-parto. No entanto, a maioria dos profissionais descora este ensino e a mulher também não é suficientemente informada sobre a necessidade de como e o porque de os efetuar. Algumas recomendações foram desaconselhadas no que diz respeito aos exercícios pélvicos, como a interrupção da micção já que é percussor da Infecção do trato urinário (ITU) (Briggs, 2011).

Por estes motivos torna-se imperativo o EEESMO que faz a vigilância da gravidez ter conhecimentos atualizados e baseados na evidência científica, capazes de prevenir e/ou tratar a IU na gravidez.

Dos 6 estudos randomizados integrantes da revisão sistemática levado a cabo por (Briggs, 2006), 3 deles integraram programas de exercícios desenvolvidos no período pré-natal e as suas conclusões revelam efeitos positivos na redução da IU neste período apesar dos resultados não terem sido estatisticamente significativos. O tipo de exercícios foi variado tendo a frequência crescido ao longo do tempo, inicialmente 1 contração, 5 e depois 12, tendo cada programa variado entre os 20 e 50 exercícios por dia.

Este estudo revela que as mulheres alegam que a desistência do programa de exercícios está relacionada com a dificuldade que sentem na execução dos mesmos ou pelo receio de não estarem a ser executados corretamente.

Os outros três estudos randomizados focaram a eficácia dos exercícios no período pós-parto. Às mulheres foi recomendado a execução dos exercícios, sendo a instrução realizada 48 horas após o parto e três e cinco meses após o parto, consistindo na realização de 80 a 100 exercícios por dia, a avaliação foi feita em três e doze meses após o parto em dois estudos diferentes. Os resultados da meta-

análise indicam que o programa de exercícios no pós-parto reduz ou elimina a IU neste período.

As mulheres que no momento da alta foram incentivadas a realizar os exercícios, levando materiais que as auxiliavam na realização dos exercícios e com instrução individualizada às 48 horas após o parto e algumas semanas após o mesmo, revelaram maior adesão ao programa de exercícios comparativamente com as mulheres que receberam os cuidados habituais.

Um outro estudo realizado para avaliar a eficácia dos exercícios pélvicos após o parto, nesta revisão sistemática, integrou o feedback por parte dos profissionais de saúde sobre a eficácia dos mesmos. Receberam oito sessões individuais de instrução. Estas mulheres 16 semanas após o parto, estavam a realizar pelo menos três vezes por semana o programa de exercícios, com 66% das mulheres a participarem no mesmo. Na avaliação feita 12 meses após o parto esta percentagem decaiu para os 53%.

Para além do ensino que deve ser feito, a simples instrução verbal demonstrou não ser suficientemente persuasivo nem esclarecedor para as mulheres compreenderem a importância da realização dos exercícios nem como os devem realizar. Esta revisão sistemática refere que as mulheres para aderirem ao programa de exercícios necessitam da associação de outros métodos como o biofeedback, diários de treino, 8 sessões de instrução individual e instrução de grupo semanal. Os resultados verificaram que as mulheres em menos de 16 semanas após o parto realizavam os exercícios pelo menos 3 vezes por semana. Este programa deve começar no período pré-natal e deve manter-se no pós-parto.

A vantagem da mulher começar os exercícios no período pré-natal e manter no pós-parto é a possibilidade de maior contato com o profissional de saúde. Este contato pode ser útil em vários níveis, mas ao nível do exercício, estes podem dar o feedback da correta realização dos exercícios.

O incentivo dos exercícios, como referido deve ser feito logo após o parto, idealmente às 48 horas após, quando habitualmente a mulher tem alta hospitalar, o EEESMO deve implementar um plano de exercícios realista para a mulher, já que este é um período de grandes exigências. Este estudo refere que o seguimento em casa em casa é muito importante para garantir a realização destes exercícios.

O estudo de (Briggs, 2011) procurou evidenciar a eficácia dos programas de exercícios pélvicos através de como e quantas vezes estes deveriam ser praticadas para surtirem efeito. O que este conclui é que deve ser iniciado no período pré-natal e manter-se no pós-parto, são necessárias pelo menos duas sessões de instrução inicial. Este estudo não responde a questões no que diz respeito à frequência e tipo

de exercícios a serem realizados já que os vários estudos integraram vários programas de exercícios.

O problema da IU para muitas mulheres começa na gravidez, embora não seja claro que a gravidez ou o tipo de parto estejam relacionados com o aparecimento desta morbilidade (Wagg, et al., 2007).

A realidade dos serviços em Portugal, é muito diferente do que os estudos apontam como o ideal para estas mulheres aderirem aos programas e serem supervisionadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo EEESMO. O estudo de (Wagg, et al., 2007) aborda a eficácia dos exercícios do assoalho pélvico quando realizados em casa pelas mulheres sem assistência de um profissional. O que verificaram foi que, apesar de 31% das mulheres de uma amostra de 1008, referirem IU após o parto, a sua adesão aos exercícios foi baixa.

No entanto, os resultados apontam para uma eficácia destes exercícios no controlo de sintomas, quando executados sem assistência em casa. Segundo Wilson, et al., 2005, cit. (Wagg, et al., 2007) os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são a melhor forma para diminuir os sintomas da IU num curto período de tempo. No entanto, quando estes eram realizados com a assistência de um profissional, os resultados eram melhores.

Assim, relativamente a esta questão da assistência durante os exercícios, esta revisão sistemática refere que os exercícios no pré-natal têm efeitos positivos na redução da IU após o parto, no entanto, os resultados só têm significância a curto prazo, a longo prazo não foi demonstrada a manutenção do efeito. Este fato, segundo (Wagg, et al., 2007) pode estar relacionado com o fato das mulheres no período pré-natal não valorizarem a importância da realização dos exercícios e por referirem que não sentiam confiança na correta execução dos mesmos.

Esta revisão pretendeu perceber o efeito destes exercícios sem assistência no período após o parto, isto é, sem a utilização de qualquer tipo de equipamento.

Os quatro estudos incluídos, incluíam mulheres no período pós-parto e o resultado deste estudo refere que o grupo de intervenção teve resultados mais positivos no controlo da IU do que o grupo que recebeu os cuidados habituais.

Todos os estudos realizados com avaliação a curto prazo de IU, após o programa de exercícios no pós-parto, revelaram que a IU tinha diminuído, no entanto a longo prazo, ou seja, no follow-up doze meses após o parto, revelou que havia muito menos mulheres a realizarem os exercícios e que os efeitos benéficos tinham desaparecido.

Isto sugere que os exercícios para manterem os seus efeitos positivos, devem perdurar no tempo.

Foi também realizada a avaliação da força muscular pélvica nos grupos de tratamento após 6 semanas e 6 meses após o parto, revelando que a força muscular pélvica tinha aumentado.

Um aspeto de realçar neste estudo é a importância dada ao seguimento do programa de exercícios dos cuidados de saúde primários, onde o EEESMO poderá ter um papel relevante. No entanto, esta revisão sistemática, apenas encontrou um estudo, onde uma enfermeira dos cuidados de saúde primários realizava visitas domiciliárias para acompanhamento do programa de exercícios no pós-parto, tendo verificado uma redução na IU dentro de 12 meses, no entanto, a avaliação feita 6 anos após já não foi estatisticamente significativa. Mais estudos neste âmbito devem ser realizados.

No entanto, existem outras limitações ao sucesso do programa de exercícios no pós-parto, a pouca adesão das mulheres por não considerarem ser capazes da sua realização, do pouco incentivo e também a subsistência do problema devido ao subdiagnóstico, muitas vezes relacionado com a vergonha ou estigma social.

A conclusão deste estudo refere que os exercícios pélvicos no pré-natal e pós-parto não assistidos produzem efeitos benéficos na redução/tratamento da IU, no entanto, só encontraram respostas para os benefícios a curto prazo, a longo prazo o estudo não mostra que os exercícios sejam efetivos, talvez devido à baixa adesão.

Em relação aos fatores de risco, a revisão sistemática de (Lemos, et al., 2011) também aponta a gravidez e o parto vaginal com percutores da IU no pós-parto devido à lesão que pode ocorrer a nível das fáscias, ligamentos e dos músculos do assoalho pélvico. O motivo apontado pelo autor, para o início dos exercícios no pré-natal terem início às 20 semanas, deve-se ao fato de que a partir desta idade gestacional, há um enfraquecimento progressivo do assoalho pélvico até à 6ª semana após o parto.

A prevalência da IU na gravidez varia de 20 a 67% e no pós parto entre 0,3 a 44%. Os exercícios de Kegel, permitem aumentar a força muscular e diminuir as perdas de urina, no entanto, a falta de estudos sobre a sua eficácia e a inexistência de um protocolo ideal na prevenção de IU, tem contribuído para que os profissionais não os ensinem nem as mulheres considerem importante a sua realização.

Esta revisão sistemática, inclui ensaios clínicos randomizados e pretende avaliar o papel dos exercícios pélvicos no período pré-natal e no pós parto na prevenção da disfunção do assoalho pélvico e da IU, associando técnicas como o biofeedback. Esta revisão também pretende avaliar a frequência, duração e tipo de exercícios

ideais, para prescrever um programa de exercícios padronizado baseado em evidências científicas (Lemos, et al., 2008).

Posto isto, esta revisão sistemática que incluiu 4 ensaios clínicos randomizados com a participação de 675 mulheres, pretendeu verificar a eficácia dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico isolados de outras na técnicas no período pré-natal, na prevenção da IU no pós-parto, pretende também avaliar o programa de exercícios ideal, relativamente à duração, frequência e tipo de exercícios que os profissionais de saúde devem recomendar. A avaliação dos programas de exercícios ocorreu ao 35º, 36º semana de gravidez e à 6ª semana após o parto.

O programa de exercícios proposto no estudo de (Lemos, et al., 2008) foi o seguinte: as contrações musculares perineais durariam 6-8 segundos cada, variando a força de contração e número de repetições. Um outro estudo desenvolvido por Miller et al, cit. (Lemos, et al., 2008) recomenda cinco níveis de exercícios musculares do assoalho pélvico, de acordo com a capacidade individual, mas não há descrição de cada nível proposto.

Relativamente ao programa de exercícios após o parto, este estudo não refere a frequência, duração ou tipo de exercícios a efetuar, sendo a conclusão do estudo referente apenas aos exercícios pélvicos durante a gravidez.

Vários outros programas de exercícios foram propostos e sujeitos a avaliação como o plano de exercícios do American College of Sports Medicine, cit. (Lemos, et al., 2008) que sugere contrações musculares perineais em intervalos de 6 segundos, no entanto a força de contração muscular pode variar. Outros estudos incluídos nesta revisão sistemática referem 1 hora/semana de acompanhamento profissional in loco com o incentivo regular dos exercícios.

Após implementação dos programas, a avaliação revelou que a execução dos exercícios durante a gravidez teve um efeito protetor a nível perineal, diminuindo os sintomas de IU após o parto e podem prevenir e tratar a IU verificada na gravidez.

No entanto, os estudos não demonstram homogeneidade nos programas de exercícios recomendados, diferindo muito entre si. Este fato, não nos permite incluir nenhum programa específico de exercícios na prática, porque para já os estudos não se têm tornado reveladores relativamente ao tipo de exercícios a serem implementados.

A esta conclusão, também chegaram os autores da revisão sistemática realizada por (Rodríguez, et al., 2012) apesar da demonstração benéfica que os exercícios de fortalecimento muscular pélvico têm sobre a prevenção da IU durante a gravidez e após o parto, devido a não existir um procedimento de exercícios protocolado durante a gravidez.

Apesar de não haver descrição do tipo de programa de exercícios a ser implementado, vários estudos integrados nesta revisão sistemática, referem que a realização dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez diminuiu a taxa de IU significativamente durante a gravidez e após o parto.

O autor Morkved et al., cit. (Rodríguez, et al., 2012) propõe um programa de exercícios intensivo de exercícios durante 12 semanas, supervisionado por um profissional. Os seus resultados foram para o grupo de tratamento, uma taxa de IU 32% contra 48% do grupo de controlo avaliados às 36 semanas de gestação.

Nesta revisão, está apresentado um estudo feito pela Sociedade Internacional de Continência com 875 participantes grávidas, distribuídas aleatoriamente pelos grupos de controlo e tratamento, com a implementação de um programa de exercícios intensivo durante 12 semanas. No grupo de tratamento a taxa de IU foi de 13% enquanto no de controlo foi de 19%.

Um estudo incluído nesta revisão sistemática realizada pela Cochrane (2008) refere que as mulheres grávidas sem IU prévia, que realizaram os exercícios pré-natais intensivos, tiveram menos incidência da IU no último trimestre da gravidez; as mulheres já com IU prévia à gravidez, com a realização dos exercícios apresentaram também menos incidência de IU no pós-parto. Conclui também, que quanto mais intenso for o programa, maior é o efeito do tratamento.

Havendo a referência de que a episiotomia e as lacerações perineais podem estar na base do desenvolvimento da IU, também importante desenvolver atividades que possibilitem a menor incidência do procedimento e tornem o períneo menos favorável às lacerações. Neste sentido, o estudo de Salvensen e Morkved, cit. (Rodríguez, et al., 2012) também concluiu que a execução dos exercícios durante o período pré-natal diminuía incidência de episiotomias e das lacerações do períneo. À mesma conclusão, chegou o estudo de Bo et al, cit. (Rodríguez, et al., 2012), que também refere que um músculo treinado é menos propenso a lesões e mais fácil de regenerar após o parto. Durante a gravidez, os exercícios podem ajudar a contrariar o aumento da pressão intra-abdominal devido ao crescimento do feto.

Os objetivos principais dos exercícios de fortalecimento pélvico realizados durante a gravidez são o aumento da força, resistência e coordenação muscular, capaz de evitar o seu enfraquecimento ou regenerar o mesmo, para diminuir ou eliminar os sintomas de IU durante e após a gravidez.

Os autores desta revisão sistemática apresentam um esquema de exercícios que pode ser aplicado durante a gravidez. Sugerem que a mulher faça 8 contrações lentas de 6 segundos cada no início dos treinos, no final da gravidez deve fazer 3

séries de 15 contrações lentas e 5 séries de 20 contrações rápidas (o máximo que a gestante conseguir).

O autor (Rodríguez, et al., 2012) dá alguns exemplos de exercícios que podem ser feitos, descritos no quadro a seguir:

TABELA 2: Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica

1.	Contrair o períneo e elevar as pernas.
2.	Contrair o períneo e inspirar, relaxar e expirar.
3.	Contrair o períneo em sentido vertical (púbis-cóccix) e horizontal (ísquio-ísquio)
4.	Imaginar que a vagina é um tubo ascensor por onde é elevada a carga, fazendo-o contrair.
5.	Contrair todo o períneo com 25% da força, depois 50 e depois 100% de força.
6.	Contrair o períneo ao som de uma música, com diferentes ritmos.
7.	Contrair o períneo, forçar a tosse sem relaxar.

Fonte: (Rodríguez, et al., 2012)

A conclusão desta revisão sistemática em relação aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica durante a gravidez, é que estes são aconselhados e têm efeito a curto prazo após o parto. Todavia, este efeito benéfico desaparece ao fim de 12 meses se o esquema de exercícios não for mantido, ou seja, os exercícios de fortalecimento pélvico após o parto devem ser mantidos.

A recomendação deste estudo é que estes exercícios devem fazer parte do plano de assistência pré-natal, as mulheres devem ser incentivadas a realizá-los independentemente se já tiverem ou não IU. Não há descrição de efeitos adversos resultante da execução dos mesmos. E a realização dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez podem facilitar o parto.

A recomendação da execução dos exercícios pélvicos durante a gravidez já vai sendo realizada por alguns profissionais de saúde, mas a maioria apoia-se no conhecimento empírico de que estes exercícios são benéficos sem terem por base a evidência científica.

O estudo randomizado duplamente-cego, realizado por (Mason, et al., 2010) avaliou a eficácia e a adesão das mulheres aos exercícios pélvicos durante a gravidez. Os grupos foram sujeitos a avaliação da força muscular pélvica através de avaliação digital após consentimento informado. A frequência dos exercícios consistiu em realiza-los por 45 minutos, uma vez por mês durante 4 meses. Uma semana antes de cada sessão, as mulheres do grupo de intervenção eram avisadas telefonicamente.

Os exercícios consistiam em contrações pélvicas durante 6-8 segundos, no final de cada contração faziam 3 a contrações rápidas. As posições de realização dos exercícios foram deitadas, sentadas, ajoelhadas e de pé para enfatizar os músculos do assoalho pélvico e ajuda no relaxamento dos outros músculos. A par destes exercícios faziam também exercícios respiratórios e de relaxamento para além de treino de fortalecimento dos músculos dorsais e abdominais.

Todas as mulheres foram incentivadas a realizar os exercícios em casa também. Estes consistiam em 8-12 contrações máximas do assoalho pélvico, repetidos duas vezes ao dia. Para avaliação da eficácia dos exercícios os autores aplicaram duas escalas, a de Bristol e de Leicester.

A taxa de Bristol é uma escala que avalia a mudança de sintomatologia sentida no trato urinário feminino. A escala de Leicester avalia o impacto da sintomatologia da IU. As escalas foram enviadas para as mulheres na 20^a e 36^a semana de gestação e 3 meses após o parto.

O principal resultado deste estudo é que os dados recolhidos não foram suficientemente significativos para afirmar que os resultados do grupo de intervenção foram superiores ao de controlo.

Este estudo encontrou algumas dificuldades que poderão ter dificultado o resultado. O que se verificou foi que a taxa de resposta aos questionários foi baixa e a adesão às aulas também foi baixa. As mulheres responderam melhor às aulas individualizadas. O objetivo inicial do estudo pretendia fazer um programa de exercícios regular, com intervenção semanal ou quinzenal, mas devido a problemas financeiros só foram oferecidas quatro sessões a cada mulher. O autor deste estudo, refere que um dos problemas da fraca adesão aos programas de exercícios, está relacionada com o pouco incentivo que é feito e pelo facto de os exercícios serem em grupo e não individualizados.

Este estudo foi baseado em outros estudos que apresentaram resultados benéficos na prevenção da IU no pós-parto através da realização dos exercícios no período pré-natal.

O procedimento de exercícios descrito por Bo (1999) e utilizado por Reilly (2002) e Morkved (2003), cit. (Mason, et al., 2010) consistiu no recrutamento de primíparas com cerca de 20 semanas de gestação, às quais foi fornecido um programa intensivo de exercícios que consistiu em 12 sessões semanais individuais. Cerca de 81% das mulheres selecionadas aderiram ao programa e realizaram pelo menos 6 ou mais sessões de formação. O grupo de tratamento de Reilly (2002), cit. (Mason, et al., 2010) teve instrução individual semanal, também tendo início à 20^a semana de gestação. Este estudo revelou um efeito preventivo a curto prazo, mas não a

longo prazo. O programa deste estudo consistiu em exercícios adaptados à capacidade individual, realizando pelo menos 30 contrações por dia na sua capacidade máxima, mas não se tem conhecimento se realizaram mais contrações. Os resultados apresentados nestes estudos, quando feita uma avaliação às 35 semanas de gestação, é que 85% das mulheres tinham aderido aos programas. Comparativamente ao estudo levado a cabo por (Mason, et al., 2010) os resultados foram diferentes.

A pouca eficácia de resultados deste estudo, segundo o autor, pode estar relacionada com a falta de homogeneidade do grupo, ou seja, havia mulheres com outros tipos de IU, que não a de esforço, que não é resolvida apenas pela realização dos exercícios, a falta de supervisão dos exercícios e a baixa adesão ao programa.

O que é avançado por (Mason, et al., 2010) é que a IUE para ser resolvida necessita de um programa de exercícios intenso e diário, tal como é defendido pelo autor.

A motivação das mulheres para aderirem aos programas de exercícios também parece ser um ponto-chave para os resultados benéficos dos exercícios, que os profissionais de saúde devem trabalhar. Esta motivação pode ser conseguida através da instrução individualizada com o profissional de saúde e com o incentivo dos exercícios através da informação relativamente à importância da realização dos exercícios pélvicos na sua qualidade de vida.

Outros motivos que poderão ter contribuído para a fraca adesão ao programa de exercícios prende-se com a falta de disponibilidade das mulheres em participarem em sessões de exercícios, considerando cansativo. A situação de emprego dos participantes não era conhecida. Para a maioria das mulheres a IUE durante a gravidez era considerada uma situação inevitável. Todos estes motivos levaram à fraca adesão ao programa, logo a resultados pouco satisfatórios.

Apesar de estatisticamente os resultados não demonstrarem diferenças entre o grupo experimental e o de controlo, os resultados indicam algumas diferenças relativamente à melhoria da sintomatologia da IUE e diminuição dos episódios de IU nas mulheres inseridas no grupo experimental.

Assim, apesar dos resultados estatísticos não terem sido relevantes, os dados recolhidos no grupo experimental e de controlo permite afirmar que os exercícios realizados no pré-natal e pós-parto têm efeito preventivo no desenvolvimento da IU e na redução da sua incidência (Mason, et al., 2010).

A relevância dos exercícios pélvicos durante o período pré-natal e pós-parto através dos estudos consultados, têm permitido afirmar o seu efeito positivo na prevenção e redução dos sintomas da IUE presente na gravidez e após o parto. Os

autores (Haddow, et al., 2005) através de uma revisão sistemática avaliaram a eficácia dos exercícios no pré-natal e no pós-parto e de que forma podem incentivar a adesão aos programas de exercícios, que, tal como se tem verificado, é um dos problemas do sucesso de implementação dos mesmos.

Relativamente ao programa de exercícios implementado no pré-natal e pós-parto, esta revisão sistemática verificou que a execução dos mesmos foi eficaz na prevenção e tratamento da IU.

Os programas de intervenção do período pré-natal e pós-parto englobaram as sessões de instrução e o acompanhamento de outros componentes como levar materiais para casa como livretes informativos. Os programas são variados, diferindo no tipo de exercícios, da duração e da combinação de componentes com os exercícios, como o biofeedback e estratégias de reforço).

O calendário de execução dos exercícios foi igual para o programa pré e pós natal.

Um dos estudos consistiu na instrução única do exercício, mas durante 6 semanas as participantes eram contactadas semanalmente. Um outro estudo, não informou do número de sessões, mas tentavam até 8 contatos com as participantes. Um outro estudo desenvolveu um programa para casa. Este consistia na contração dos músculos do assoalho pélvico em 80-100 num dia, em quatro outros estudos foram recomendados entre 20-50 exercícios diários três vezes por semana. Todos os estudos diferiram entre si no tipo de exercício a realizar.

Num dos estudos o programa de exercícios compreendia 8-10 contrações rápidas e lentas do assoalho pélvico, noutra 8-12 vezes duas vezes por dia, com cada contração a durar cerca 6-8 segundos, seguidas de 3-4 contrações rápidas e em seguida iniciavam um programa de exercícios graduados, onde o número de exercícios realizados foi aumentando ao longo do período de pesquisa. Num dos estudos foi pedido aos participantes para melhorarem a resistência e outro a força. Para melhorar a força as contrações eram realizadas por 6 segundos durante seis semanas o número de exercícios aumentaram para de 15 por dia três vezes por semana para 25 por dia três vezes por semana.

O programa para aumentar a resistência passou por aumentar o tempo de contração de 6 segundos para no fim da intervenção passar para 12 segundos. No início as mulheres foram instruídas a realizar os exercícios duas vezes por dia, três conjuntos de 8 contrações, com um descanso de 2 minutos entre cada série. Das 14 semanas para as 20 semanas, as mulheres eram convidadas a aumentar o número de exercícios para 12.

Um outro estudo avaliado nesta revisão sistemática consistiu num programa de 5 níveis, que consiste em aumentar a força muscular do assoalho pélvico. Este programa tem início 5 séries de 10 contrações diárias evoluindo para um/dois conjuntos de cinco contrações semanais com força muscular melhorada. A melhoria da força é conseguida através da manutenção sustentada por mais tempo da contração perineal indo até aos 10 segundos. Noutro estudo 30 participantes foram executados 50 contrações curtas duas vezes por dia. Um estudo aplicou os exercícios de kegel, com o qual as mulheres tiveram de contrair 100 vezes por dia o períneo ou executar as contrações durante 20 minutos três vezes ao dia, mantendo cada contração por 3 segundos.

Todos estes estudos implicaram uma componente educativa, relacionada com incentivos e ensinamentos por parte dos profissionais de saúde.

A avaliação da melhoria da força perineal é monitorizada por exame digital ou instrumental. Componentes como folhetos ou instruções escritas ou auxiliares foram menos utilizados para motivar as mulheres a participar nos exercícios. Noutros estudos por parte dos profissionais de saúde utilizavam-se os incentivos por telefone e outros utilizaram a instrução individualizada.

A avaliação do programa pré-natal foi efetuada perto do parto e 5-6 semanas pós-parto.

Três estudos avaliaram a eficácia do programa de exercícios no período do pós-parto e evidenciaram que os efeitos sobre a redução e tratamento da IU após o parto, comparativamente com os cuidados habituais, foram positivos. Um outro estudo corrobora com este resultado. Na avaliação feita 3 meses após o parto, os sintomas de IU ou tinham diminuído ou desaparecido. O mesmo aconteceu num outro estudo após avaliação de 12 meses após o parto (Haddow, et al., 2005).

Também dos cinco estudos que integram esta revisão sistemática com o objetivo de avaliar a eficácia dos programas de exercícios no pós-parto, variam entre si na forma de instrução, inclusão de feedback ou não, materiais para as participantes levarem para casa e o número de sessões. Todos os programas incluíam exercícios em casa e uma instrução inicial.

Dois dos estudos foram agrupados numa meta-análise, por serem semelhantes. Incluíam três sessões individuais de treino em casa, quatro sessões de instrução com instrumentos e um deles incluía o feedback. Doze meses após o parto as participantes foram avaliadas e verificaram que a adesão aos programas de exercícios foi superior aos resultados encontrados no grupo de controlo. Os resultados também apontam para uma realização diária dos exercícios.

Um outro estudo que incluía levar materiais para casa, como os auxiliares de memória ou folhetos, foram também mais eficazes na contribuição para a adesão aos exercícios em relação ao grupo do controlo.

Nesta revisão, houve a inclusão de estudo que consistiu em oito sessões individuais de instrução, feedback, programas de treino em casa, programa semanal de treino e diário de grupo. Estas mulheres foram avaliadas antes da intervenção e após o parto, ou seja, oito semanas após o parto e após a intervenção (16 semanas após o parto). A avaliação incluiu os sintomas ou presença de IU e força muscular pélvica e adesão. A adesão foi de 100%, realizando os treinos pelo menos três vezes por semana os treinos. Este estudo mostra que programas educacionais estruturados e multifacetados aumentam a adesão das mulheres para realizarem os exercícios pélvicos após o parto.

Relativamente à avaliação da força do músculo pélvico, o grupo de tratamento apresentou melhores resultados.

Esta revisão sistemática após avaliação dos diferentes programas, concluiu que os programas de exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos realizados no pré-natal e pós-parto eram eficazes na não ocorrência de IUE no pós-parto; houve alterações positivas na frequência, duração ou gravidade da IU 12 meses após o parto; aumentam a força dos músculos do assoalho pélvico; houve adesão aos programas mostrando que a realização dos exercícios se manteve após a instrução inicial e constatação da satisfação das mulheres com a realização dos exercícios.

Os resultados da análise desta revisão sistemática indicam que os exercícios no período pré-natal e no pós-parto são eficazes na redução e resolução da IU após o parto. Este estudo também demonstrou que mulheres que durante a gravidez tiveram IU, também voltaram a ser incontinentes 15 anos após o parto. Assim, esta investigação indica que a realização dos exercícios pélvicos pode diminuir o número de mulheres com IU após o parto e que para algumas mulheres pode resolver o problema a curto prazo e também reduzir a probabilidade de desenvolver IU mais tarde.

O que podemos concluir a partir deste estudo, revisão sistemática é que em termos de eficácia dos programas implementados estes diminuem a prevalência da IU na gravidez e após o parto, independentemente da sua frequência. Porém, o valor dos componentes individuais do programa de exercícios, em relação aos telefonemas, aos comentários sobre a eficácia dos exercícios não é claro.

O que parece aumentar a adesão aos exercícios é a instrução e aconselhamento dos profissionais de saúde, quer sobre a forma de telefonemas semanais ou sob a forma de sessões de instrução mensal.

Assim, as mulheres devem ser incentivadas a realizar os exercícios no período pré-natal e pós-parto, promover a adesão aos exercícios, a educação deve ser multifacetada e adaptada às características individuais de cada mulher. Os profissionais devem ficar com o contato telefónico das mulheres, após o parto, para garantirem a continuidade dos programas, recomendando-se duas ou mais sessões de treino por semanas.

Pelas recomendações deste artigo, podemos afirmar que o programa de exercícios no período pós-parto, deve ser instruído antes da puérpera deixar o hospital, apesar de, uma única sessão de instrução não parece ser suficiente para a mulher entender a necessidade de realizar estes exercícios nem como executá-los, por isso é importante pelo menos a inclusão de duas sessões de instrução.

O contato após o parto, para além de criar oportunidades de ensinamentos em várias áreas, reforça o ensino dos exercícios, a importância da sua realização e a correção de eventuais erros que possam estar a ser cometidos. Os sintomas da IU devem ser questionados para avaliarem a eficácia da intervenção (Haddow, et al., 2005).

Após a análise dos artigos pode-se afirmar que os exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez e no pós-parto são eficazes no tratamento da IU durante a gravidez e na prevenção e tratamento da IU após o parto.

3.5. Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura

Uma das competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia consiste em informar e orientar a mulher sobre estilos de vida saudáveis, promover a adaptação à gravidez, detetar e intervir nos desvios à normalidade da gravidez e pós-parto.

A IU não deve ser encarada como uma morbilidade inerente à gravidez ou ao pós-parto. Todavia, uma das razões porque as intervenções do EESMO baseadas na evidência científica são escassas, pode ser o facto da etiologia do problema ser muito complexa.

Assim o interesse na realização deste estudo surgiu não só da necessidade de identificar um problema tão comum, que, afeta a qualidade de vida da mulher, como também, para desocultar estratégias que possam ajudar os EEESMO a implementar medidas preventivas no sentido de evitar que a IUE comprometa a vivência feliz da gravidez e do período pós-parto.

A bibliografia disponível sobre a IU é vasta, e nela surgem sempre os exercícios de fortalecimento pélvico como uma medida de atuação de primeira linha, nos casos de IUE. No entanto, estes exercícios não são explícitos quanto à duração dos programas, frequência, tipo de exercícios nem método de avaliação da eficácia dos mesmos. Este facto foi constatado nesta revisão integrativa da literatura, pela qual também constatamos que mesmo no meio científico ainda não há estudos suficientes sobre o programa ideal a implementar. Como pudemos verificar, os vários autores propõe vários programas de exercícios, com muitas variantes, não permitindo chegar ao fim da compilação dos estudos com a certeza de que este ou aquele exercício é o ideal para a prevenção e tratamento da IU.

Mas dando resposta à questão orientadora da pesquisa “Qual a eficácia dos exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na prevenção e tratamento da IUE?” podemos afirmar com segurança que a realização dos exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez e após o parto têm benefícios na redução da sintomatologia da IUE e em muitos casos na resolução da mesma.

No entanto, no que diz respeito à necessidade de realização destes exercícios no período pré-gravídico, ainda não existem estudos que permitam afirmar e implementar na prática a sua realização.

Os estudos aqui referenciados fornecem alguns dados que podem ser utilizados na prática. Para sintetizar as conclusões foram agrupadas num quadro representado na tabela 3 para tornar a consulta mais fácil.

TABELA 3: Síntese das recomendações relativas aos exercícios de fortalecimento pélvico no período pré-natal e pós-parto

Recomendações no período pré-natal	Recomendações no período Pós-parto
Os exercícios devem começar na 20ª semana de gestação independentemente se a mulher já apresenta ou não IU.	A instrução dos exercícios deve ser feita no momento da alta hospitalar.
A instrução dos exercícios deve ser feita pelo	A instrução dos exercícios deve ser feita pelo

O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço, no pós-parto.

menos em duas sessões.	menos em duas sessões.
Pelo menos duas sessões de instrução dos exercícios devem ser individuais.	Na impossibilidade do enfermeiro do puerpério seguir a continuidade dos exercícios, devem ser referenciadas aos cuidados de saúde primários
Os programas de exercícios devem ser individualizados, tendo em conta a gravidade da situação e ajustados ao quotidiano da mulher.	Os programas de exercícios devem ser individualizados, tendo em conta a gravidade da situação e ajustados ao quotidiano da mulher.
Devem ser planeadas visitas domiciliárias ou manter contato telefónico para manter o incentivo e vigiar a execução correta dos exercícios.	Os enfermeiros que fazem o acompanhamento da mulher no pós-parto, devem fazer a avaliação dos sintomas da IU, para avaliar a eficácia dos exercícios
Um dos estudos sugere um plano de exercícios durante a gravidez, desenvolvido por Paléaz, apresentado anteriormente na tabela 2.	Pelo menos duas sessões de instrução dos exercícios devem ser individuais.
Deve manter-se a execução do programa de exercícios após o parto.	Devem ser planeadas visitas domiciliárias ou manter contato telefónico para manter o incentivo e vigiar a execução correta dos exercícios.
O feedback associado ao programa de exercícios, produz efeitos benéficos na adesão das mulheres ao mesmo.	A instrução dos exercícios deve acontecer 48 horas após o parto, o início dos exercícios pode começar de imediato ou 6 semanas após o parto.
	O feedback associado ao programa de exercícios, produz efeitos benéficos na adesão das mulheres ao mesmo.

Como já foi referido, a partir das conclusões aferidas dos resultados dos artigos utilizados neste estudo, podemos afirmar que a execução dos exercícios no período pré-natal e pós-parto são benéficas para a diminuição dos sintomas da IU no período gravídico e pós-parto e também pode ser eficaz na resolução do problema.

Os vários estudos indicam que a manutenção dos efeitos benéficos dos exercícios no controlo de sintomas da IU desaparece ao fim de 12 meses se o programa de exercícios não for mantido.

O que podemos verificar é que nenhum estudo apresenta a duração ideal dos programas de exercícios. Outra lacuna que foi encontrada nesta revisão de literatura, diz respeito aos componentes educacionais dos programas de exercícios. Todos eles apresentam vários programas de exercícios, isolados, compostos com auxiliares como diários de instrução, folhetos de informação, cartazes, feedback, várias instruções individualizadas, sessões de treino individualizadas ou em grupo.

O feedback dado pelos profissionais de saúde ao longo da execução dos exercícios parece surtir resultados benéficos na adesão das mulheres aos programas.

Assim, para a aplicação na prática destes resultados podemos considerar válidas as recomendações apresentadas na tabela 3 relativamente à adoção de um ou outro programa. Como todos os estudos referem que independentemente do número de treinos, o fato da mulher exercitar os músculos do assoalho pélvico surte efeito positivo no controlo/prevenção da IU, estes devem ser incentivados.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISISONALIZANTE E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Refletir a prática faz parte integrante do profissionalismo dos enfermeiros, tendo por base a adesão a um código de conduta e ao exercício de uma profissão com ênfase na prestação de um serviço altruísta (Cooke, et al., 2011). Neste sentido importa agora fazer uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, nas diversas áreas da Saúde Materna e obstétrica que possibilitou fazer a consolidação das competências preconizadas pela OE e fazer uma reflexão sobre as várias atividades realizadas nos diferentes serviços.

Este relatório de estágio, está dividido em duas partes, em que a primeira reflete o percurso efetuado desde o estágio de gravidez, que decorreu no Serviço de Cuidados Especiais, o de Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade no serviço de puerpério até ao último estágio de Trabalho de Parto e Parto no núcleo de partos do Centro Hospitalar do Porto – Maternidade Júlio Dinis.

A multiplicidade de experiências vivenciadas nas diferentes situações possibilitou a construção e validação de conhecimentos muito gratificantes e que assumimos que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo (Silva, 2007) a enfermagem vive uma época de mudança, evoluindo no sentido de *enfermagem avançada*, que o próprio autor define como “a maior competência dos profissionais para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada na relação interpessoal, baseando a assistência dos enfermeiros em face das respostas humanas às transições vividas”.

Por todas as áreas da Saúde Materna e Obstetrícia pudemos contactar com mulheres e famílias em processos de transição, de doença, parentalidade, luto entre outros.

Para além do desenvolvimento na área das competências do saber fazer, assente nos conhecimentos das ciências biomédicas, foi possível desenvolver a enfermagem emergente e necessária à afirmação da profissão como autónoma, recorrendo a teorias de enfermagem, como a das Transições de Meleis durante a permanência nos diferentes serviços.

É importante enquanto EEESMO ter as competências científicas que permitem responder às necessidades físicas das mulheres, o que reforça mais uma vez, aqui a necessidade do recurso aos saberes das ciências biomédicas, não sendo esquecidas as competências que tornam a enfermagem uma profissão única e com a sua vertente autónoma e independente.

Assim, na prestação dos cuidados a recrutar conhecimentos na área das Ciências Médicas, Psicologia, Antropologia e Ciências da Educação foi uma constante, para dar resposta às competências preconizadas.

O desenvolvimento de competências essenciais à aquisição do título de especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia assenta no Código Deontológico do Enfermeiro, tendo sempre presente na minha atuação os vários princípios deontológicos que regem a profissão.

A orientação prestada pelas tutoras nos diferentes estágios, foi uma preciosa ajuda na quer na solidificação e integração de conhecimentos essenciais ao processo de desenvolvimento quer na aquisição de competências.

A formação em enfermagem, seja a um nível básico, Especialidade ou Mestrado não pode ser dissociada dos contextos clínicos. Como diz (Monteiro, 2010) a experiência clínica permite que o aluno lidar com diferentes pessoas, situações, criando oportunidades de aprendizagem diferentes e com recurso a várias áreas do conhecimento.

A par das experiências vividas durante os estágios, a orientação profissional das tutoras foi como que a trave mestra para proporcionar a criação de oportunidades de aprendizagem essenciais ao desenvolvimento de competências. A par deste contributo facilitador de aprendizagem, as diversas situações nos diferentes contextos clínicos (grávidas com complicações, Trabalho de parto e Pós-parto) implicou o recurso a conhecimentos gerais e específicos adquiridos durante o processo formativo de anos anteriores bem como foi fundamental a pesquisa de informação relevante e baseada na evidência científica mais atual na prestação de cuidados às mulheres, RN e suas famílias.

Face aos requisitos estipulados pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, publicado a 7 de Setembro de 2005, para a obtenção do

título de especialista, após a conclusão do estágio considera-se que tenha atingido as referidas competências.

O número de partos realizados, a vigilância das grávidas com e sem complicações, das puérperas e dos seus recém-nascidos estão descritos no Anexo III, complementando as competências preconizadas pela OE para a atribuição do título de Especialista e dando resposta à diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que regulamenta o reconhecimento das qualificações profissionais da Parteira.

Assim, analisando todo o percurso deste estágio profissionalizante, considero que as condições que se proporcionaram durante o mesmo possibilitaram a recontextualização dos conhecimentos adquiridos, fazendo a atualização dos mesmos por intermédio da pesquisa de evidência mais recente.

A relação estabelecida com os profissionais de saúde da Instituição, com as mulheres nos diferentes contextos clínicos e suas famílias contribuiu de forma positiva para o desenvolvimento das competências relacionais e da capacidade humana de Cuidar, tal como diz Watson, Cit. (Silva, 2007) a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do “Caring”.

O trabalho interdisciplinar é fundamental na prestação de cuidados excelentes às mulheres e suas famílias. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) surgiu da complexidade crescente da profissão, que apresenta dois tipos de intervenções, a interdependente e a autónoma. Durante o percurso de estágio, foi reconhecido o campo de atuação do EEESMO e referenciada qualquer situação que fosse necessária a intervenção de outro profissional.

Tendo como referencial teórico de enfermagem no processo de cuidar das mulheres, a teoria das Transições de Meleis, os cuidados prestados às mulheres e suas famílias nos diferentes estágios clínicos foram baseados no respeito pela sua individualidade. Tal como diz Silva, 2003, cit. (Silva, 2007) *“o respeito pela cultura na relação de cuidados, passa pela valorização do conhecimento das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam”*.

A Instituição onde foi desenvolvido o estágio, contribui de forma positiva para a aquisição de competências. A MJD, sendo uma instituição especializada no cuidado de saúde da mulher, possibilitou um grande rol de experiências, na prestação de cuidados a grávidas com complicações, em TP e Parto e no pós-parto.

A partilha de experiências com as diferentes tutoras e outros profissionais da Instituição permitiu debater ideias, partilhar conhecimentos, colaborar em projetos implementados na Instituição, como o projeto de redução das episiotomias, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados.

Consideramos que a nossa passagem pelos diferentes serviços teve relevância para a Instituição de acolhimento, pois, tendo em conta a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos EEESMO, surgiu a necessidade de investigar uma área que ainda não encontramos disponível conhecimento produzido sob o ponto de vista científico, para a adoção de intervenções protocoladas. Assim, a segunda parte do trabalho debruçou-se sobre a eficácia dos exercícios pélvicos na prevenção e tratamento da IU no pós-parto.

Existe já alguma bibliografia que faz referência à necessidade de integrar esta prática nos cuidados de enfermagem e também a referência a alguma tentativa de integrar essa bibliografia na realização destes exercícios por parte dos enfermeiros. Todavia não encontramos disponível uma prática fundamentada na evidência científica, relativamente à frequência, duração e tipo de exercícios.

No subcapítulo 3.5, estão descritas as interpretações dos diferentes artigos e de que forma as conclusões da revisão integrativa podem ser integradas na prática.

A revisão integrativa da literatura permite afirmar que o EEESMO deve recomendar a execução dos exercícios pélvicos durante a gravidez a partir da 20^a semana e logo após o parto.

Neste percurso de estágio, foi possível constatar que o tema da IU não era familiar para os profissionais, principalmente a nível do puerpério, que é o serviço por excelência onde deve ser feita a 1^a instrução.

Devido aos profissionais não estarem sensibilizados para esta problemática, o tema “exercícios de fortalecimento pélvico” também não era abordado.

A revisão integrativa efetuada permite incluir algumas práticas a nível dos cuidados de saúde primários e no serviço de puerpério.

No entanto, ainda há um longo percurso a percorrer para que a implementação destes exercícios seja protocolada. Como se pode verificar pelos estudos apresentados, não há uniformidade sobre o tipo, frequência e duração dos exercícios ideais.

Mas a revisão integrativa da literatura permitiu verificar que apesar de não haver ainda um protocolo de exercícios, estes devem ser incentivados desde a gravidez e devem prosseguir no pós-parto. O tempo que devem perdurar também ainda não está definido, mas os estudos apontam para a diminuição dos efeitos positivos sobre a IUE quando deixam de ser praticados.

Existem vários fatores de risco, que para a maioria dos autores tem a ver com o parto e fatores a ele inerente. O parto eutócico tem sido associado às altas taxas de IUE no pós-parto. No entanto, o trauma perineal decorrente do parto eutócico também tem sido relacionado com o enfraquecimento da musculatura pélvica

próprio da gravidez, com a episiotomia, com a instrumentação do parto, lacerações do períneo, prolongamento do 2º período do trabalho de parto, com o posicionamento da mulher adotado durante o parto (litotomia relacionado com maior trauma perineal), com os hábitos nocivos da mulher entre outros.

A verdade, é que alguns dos fatores referenciados, como a episiotomia, enfraquecimento do assoalho pélvico (menos resistência à distensão), instrumentação do parto, prolongamento do 2º período do trabalho de parto, podem ser evitados, segundo alguns autores, com o fortalecimento dos músculos pélvicos durante a gravidez principalmente.

Em relação aos fatores, são necessários mais estudos para isolar os que estão mais relacionados com o trauma perineal e os que de fato podem ser beneficiados pela execução dos exercícios.

Assim, os exercícios assumem um papel preventivo e de tratamento da IUE que pode surgir após o parto.

Tendo em conta as competências preconizadas pela OE e ao mesmo tempo respondendo à diretiva 2005/CE/36 do parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, essenciais ao desempenho das funções de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, este estágio profissionalizante, abriu horizontes para que com motivação, empenho, envolvimento e recontextualização de saberes tivessem sido o eixo estruturante para que os objetivos fossem atingidos.

CONCLUSÃO

Agora no termino de um percurso, apresentamos um relatório, elaborado com base nas experiências vividas durante o estágio profissionalizante. Chegamos aqui sobre um caminho calcorreado, assente no conhecimento, a par de uma reflexão que nos conduziu ao profissional que hoje somos e ao Enfermeiro especialista que queremos ser, como uma personagem que tenta compreender e interpretar as motivações desconhecidas que o controlam. A finalização deste projeto marca o início de um novo ciclo profissional.

O ato de refletir em todas as práticas desenvolvidas nos diferentes estágios com a procura constante de informação atualizada sobre os diversos temas, permitiu desenvolver em nós um espírito reflexivo e de exigência na prestação de cuidados,

Como enfermeira e profissional que experienciou uma outra etapa na profissão, revemo-nos agora em autores como Eliot Freidson, 1975 cit. (Cooke, et al., 2011) ao defender que o profissionalismo assenta na autonomia profissional e na exclusividade, como princípios que definem uma profissão e também na competência baseada no conhecimento teórico, na educação e na existência de um grupo profissional. Pois, sentimos que neste percurso esta perspetiva foi uma realidade.

Apesar do imenso esforço de que se revestiu todo este percurso, é com grande satisfação que podemos afirmar que nas diferentes etapas todos os constrangimentos foram ultrapassados com êxito e com a aquisição de novos saberes, através de uma atitude proativa no processo formativo, numa área que sempre me suscitou interesse.

Fazendo uma análise-reflexiva do caminho percorrido, compreendo que a teoria adquirida ao longo do curso foi aplicada na prática a par da integração do conhecimento científico mais atualizado. Relativamente à metodologia adotada, consideramos que foi a mais adequada, já que os resultados que através dela emergiram, têm potencialidades para ser um garante da excelência de cuidados

prestados à mulher grávida com e sem complicações associadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Todo o trabalho desenvolvido nos diferentes estágios, visou permitir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença no antes, durante e após a gravidez, cuidar do recém-nascido e promover a adaptação, o seu bem-estar, o da criança e da família. Implicou também o planejamento, execução e supervisão dos cuidados à mulher em trabalho de parto, parto, pós-parto e recém-nascido de baixo risco.

Neste sentido, experienciamos a responsabilidade na identificação de situações de risco, bem como a implementação das intervenções de emergência necessárias à situação, inerente à autonomia reconhecida de um EEESMO.

A revisão integrativa da literatura efetuada, associada a esta pesquisa constante de evidências científicas que fundamentaram a nossa prática, durante este estágio profissionalizante, permitiu-nos uma compreensão holística do processo de cuidar nas várias áreas da saúde Materna assim como na prevenção de uma morbidade tão incidente como é a Incontinência urinária de esforço.

A componente de investigação que compõe este relatório de estágio, como já referi, garante a excelência dos cuidados prestados, entendendo que é este o ponto de partida na formação do EEESMO. Para além de ser um requisito do Curso de Mestrado vai de encontro com o que diz (Silva, 2007) *“o exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, para uma lógica progressivamente mais conceptual”*, isto quer dizer que é essencial os enfermeiros implementarem cuidados baseados na investigação científica, garantindo assim as boas práticas.

Assim, a revisão integrativa da literatura efetuada numa área de interesse (IUE), permitiu não só problematizar uma competência nem sempre privilegiada na prestação dos cuidados especializados pelo EEESMO, como também contribui para dar resposta à competência de investigar e reconhecer a importância da prática baseada em evidências científicas. O interesse deste estudo é justificado pela relevância que assume para o contributo que o diagnóstico e as intervenções especializadas, dos enfermeiros podem dar para a qualidade de vida, das mulheres e suas famílias.

Os resultados desta revisão integrativa permitem-nos afirmar que os exercícios de fortalecimento pélvico diminuem a incidência da IUE na gravidez e no pós-parto. Assim, o EEESMO deve integrar na sua prática; o ensino, o treino e promoção da realização destes exercícios, já que os estudos foram unânimes nos resultados positivos que estes apresentam.

No entanto, o tipo de exercícios a implementar, a frequência e a duração dos mesmos, nos estudos consultados, não foi encontrada concordância.

Por este facto, sobressaem algumas sugestões para a investigação neste campo, com vista a melhoria da prática. A par das sugestões para futuras investigações, sugerem-se também algumas mudanças na prática e no ensino.

No que diz respeito às implicações e mudanças na prática clínica, os enfermeiros podem integrar nas consultas de vigilância pré-natal, um conjunto de exercícios que vise a prevenção da IU durante a gravidez, como contributo para a prevenção da IUE no pós-parto. No puerpério, na preparação do regresso a casa, as mulheres também devem ser alertadas e instruídas para a necessidade de fortalecerem a musculatura pélvica. Procurar conhecer a organização social do meio e área em que habita no sentido de estabelecer uma articulação com os cuidados de saúde primários, para que os enfermeiros nos cuidados de saúde primários possam reforçar estes ensinamentos, treinar e esclarecer dúvidas que as mulheres apresentem ao executar os exercícios.

Para o ensino, sugere-se que os futuros EEESMO sejam motivados para investir nesta problemática, de forma a desocultar as consequências da IUE não só na vida das mulheres como também nas suas famílias.

Relativamente às sugestões para futuras investigações, propomos: A identificação e exploração dos fatores de risco associados ao enfraquecimento dos músculos pélvicos; Determinação do programa de exercícios a implementar no que diz respeito ao tipo, frequência e duração; Identificar qual o período ideal para iniciar o programa de exercícios.

Pelos dados apresentados, pode concluir-se que os objetivos definidos para este estágio profissionalizante foram atingidos, dando resposta aos resultados esperados, como foram delineados.

Sentimos que, à responsabilidade inerente à aquisição de competências específicas, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, acresce uma obrigatoriedade assumida que motiva a novas investigações. Permite-nos olhar o futuro de forma diferente, com vontade de fazer mais e melhor. Ou seja; após findo este trajeto, parafraseando (John Ruskin) diríamos: “A maior recompensa do nosso trabalho não é apenas o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma!”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., et al. 2012. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. 12.
- Adolfsson, et al. 2006. Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage. *Acta Obstetrica e Gynecologica*. 2006, Vol. 85.
- Afonso, Alberto C., et al. 2012. A alimentação e Nutrição do latente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 5, 2012, Vol. 43.
- Ajadi, A.M., et al. 2006. The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 7, 2006, Vol. 26.
- Alderdice, Fiona e Lynn, Fiona. 2009. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY*. 9, 2009, Vol. 17.
- Almeida, Alexandra, et al. 2004. Estreptococo $\square$ Hemolítico do Grupo B Protocolo de Rastreio e Prevenção de Doença Perinatal. *Consensos de Neonatologia*. 2004.
- Angelo, Joanne e M.D. 2007. The Aftermath if abortion trauma. *Human life Review*. 2007.
- Anim-Somuah, Smyth, RMD e Jones, L. 2011. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *The Cochrane Library*. 12, 2011.
- APEO. 2009. *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Camarate : LUSOCIÊNCIA, 2009. 978-972-8930-49-3.
- Azevedo, Anabela A. 2003. *Incontinência urinária - Impacto no feminino*. Comibra : FORMASAU, 2003. 971-8485-55-7.

Badaracco, Mary, et al. 2011. Beyond the “baby blues”. *Harvard Medical School*. 3, 2011, Vol. 28.

Bell, Kathleen M. 2012. Centering Pregnancy: Changing the System, Empowering Women and Strengthening Families. *International Journal of Childbirth Education*. 2012, Vol. 27.

Blake, Diane. 2008. Pinards: out of use and out of date? *BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY*. 6, 2008, Vol. 16.

Boulvain M, Stan CM, Irion O. 2010. Membrane sweeping for induction of labour (Review). *The Cochrane Library*. I, 2010, Vol. I.

Briggs, Joanna Institute. 2006. A pelvic floor muscle exercise programme for urinary incontinence following childbirth. *art & science best practice*. 2006, Vol. 20.

—. 2003. Hemodinamyc monotoring in High Risk Obstetrics Pacients. *Critical care nurse*. 2003, Vol. 23.

—. 2011. The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. *Nursing and Health Sciences*. 2011, Vol. XIII.

Brüggemann, Odaléa M., Parpinelli, Mary A. e Osis, Maria J. 2005. Evidencias sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*. 5, 2005, Vol. 21.

Bystrova, Ksenia, et al. 2009. Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Wiley Periodicals, Inc*. 2, 2009, Vol. 36.

Carroli, Guillermo e Mignini, Luciano. 2012. Episiotomy for vaginal birth (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. 11.

Cecatti, José G. e Calderón, Iracema. 2005. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetetrica*. 2005, Vol. 27.

Chabernaude, Jean-Louis. 2005. Réanimation du nouveau-né en salle de naissance. *EMC-Médecine*. 2005, Vol. II.

Chaloui, G.E., et al. 2011. A comparison of first trimester measurements for prediction of delivery date. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 1, 2011, Vol. 24.

Comité de Estudios Fetoneonatales, Subcomité de Recomendaciones. 2002. Hipoglucemia en el recién nacido de riesgo. *Arch.argent.pediatr.* 5, 2002, Vol. 100.

Conceição, Paulo, et al. 2009. Factores prognósticos do resultado da cirurgia de incontinencia urinária de esforço. *Acta Urológica.* 4, 2009, Vol. 26, pp. 5-18.

Conceição, Paulo, et al. 2009. Factores Prognósticos do Resultado da Cirurgia de Incontinência urinária de esforço. *Acta Urológica.* 4, 2009, Vol. 26.

Cooke, Hannah e Philpin, Susan. 2011. *Sociologia em Enfermagem e cuidados em saúde.* Loures : Lusociência, 2011.

Craig, Jean V. e Smyth, Rosalind L. 2004. *Prática baseada em evidência - Manual para enfermeiros.* Loures : LUSOCIÊNCIA, 2004. 972-8383-61-4.

Cunha, Isabel C. e Neto, Francisco R. 2005. COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DE ENFERMEIRAS: UM NOVO VELHO DESAFIO? *Texto Contexto Enferm.* 2005, Vol. 15.

Cunha, Margarida, et al. 2009. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 1, 2009, Vol. 13.

Cunnigham, Gary F. e MD. 2012. *Obstetrícia de Williams.* São Paulo : ARTMED, 2012. 978-85-63308-96-6.

Devane, Declan, et al. 2012. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review). *The Cochrane Library.* 2012, Vol. II.

Donaldson-Myles, Fiona. 2011. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *British Journal of Midwifery.* 10, 2011, Vol. 19.

Ege, Emel, et al. 2008. Prevalence of Urinary Incontinence in the 12-Month Postpartum Period and Related Risk Factors in Turkey. *Urologia Internationalis.* 2008, Vol. 80.

Erkan, Tulay, Y., Findik Ummu e Tokuc, Burcu. 2011. Hand-washing behaviour and nurses' knowledge after a training programme. *International Journal of Nursing Practice.* 2011, Vol. 17.

Figueiredo, Barbara. 2003. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. . *Revista Internacional de psicologia clínica y d la salud*. 3, 2003, Vol. 3.

Filho, Jorge R. e Montenegro, Carlos A. 2010. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro : Guanabara koogan, 2010. 978-85-277-1603-1.

Fitzgerald, Tamara. 2011. Let families write a birth plan. *PATIENT EDUCATION MANAGEMENT*. 2011.

Fraser, Diane M. e Cooper, Margaret A. 2010. *Assistência Obstétrica - Um guia prático para a enfermagem*. Rio de Janeiro : ELSEVIER, 2010. 978-85-352-3876-1.

Freitas, Fernando, et al. 2011. *Rotinas em Ginecologia*. Porto Alegre : Artmed, 2011.

Gottvall, K., Allebeck, P. e Ekeus, C. 2007. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *Women and Birth*. 2007, Vol. 114.

Graça, Luís M. 2005. *Medicina Materno Fetal*. Lousã : LIDEL, 2005. 978-972-757-325-7.

Haddow, Gaby, Watts, Robi e Robertson, Jeanette. 2005. Effectiveness of a pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth. *International Journal Evidence Healthcare*. 2005, Vol. III.

Halle, Claire, et al. 2008. Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*. 1, 2008, Vol. 31.

Haynes, Brian. 2007. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *ebn.bmj.com*. [Online] 28 de Julho de 2007. [Citação: 19 de Janeiro de 2013.] <http://ebn.bmj.com/cgi/content/full/10/1/6>. 10.1136.

Heike, Rabe, Diaz-Rossello, Jose, Duley, Lelia e Dowswell, Therese. 2012. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. 8.

Higa, Rosagela, Lopes, Maria H. e Reis, Maria J. 2008. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista Escolar de Enfermagem*. Brasil : s.n., 2008. Vol. 42.

Hyperemesis gravidarum. Mesics, Sandra, CNM, MSN, RN. 2010. 2010, CME Resource, pp. 1-24.

ICM e FIGO. 2003. Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage. 2003, Vol. 83.

ICM e WHO. 2006. *Managing eclampsia*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. 92 4 154666 2.

Kaban, Alpaslan, et al. 2012. The success of cardiotocography in predicting perinatal outcome. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2012, Vol. III.

Kooshideh, M. e Shahriari, A. 2009. A comparison of tramal and pethidine analgesia on the duration of labour . *Journal of obstetrics and Gynaecology* . 2009, Vol. 49.

Kramer, Hanna M., et al. 2009. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2009, Vol. 88.

Langenveld, Josje, et al. 2011. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild preeclampsia between 34 and 37 weeks' gestation (HYPITAT-II): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011, Vol. 11.

Lavender, Tina, Hart, Anna e Smyth, Rebecca. 2012. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. 8.

Lemos, Andrea, Dean, Elizabeth e Andrade, Arméle D. 2011. The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 1, 2011, Vol. 15.

Lemos, Andrea, et al. 2008. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *International Journal of Urology*. 2008, Vol. 15.

Leveno, Kenneth J. 2010. *Manual de Obstetricia de Williams - complicações na gestação*. São Paulo : ARTMED, 2010. 978-85-363-2183-7.

Lewis, DF., et al. 2009. Hospitalized late preterm mild preeclamptic patients with mature lung testing: what are the risks of delivery? *Journal of Perinatology*. 2009, Vol. 29.

Lowdermilk, Dietra L. e Perry, Shannon E. 2008. *Enfermagem na Maternidade*. Loures : Lusodidacta, 2008. 978-989-8075-16-1.

Lundgren, Ingela e Berg, Marie. 2007. Central concepts in the midwife–woman relationship. *Nordic College of Caring Science*. 2007.

Mancuso, Alfredo. 2008. Effects of antepartum electronic fetal monitoring on maternal emotional state. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2008, Vol. 87.

Mason, Linda, et al. 2010. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, Vol. XIX.

Moleiro, Agostinho., et al. 2004. *Consensos em Neonatologia*. Coimbra : Angelini Portuguesa, 2004.

Montagu, Sarah. 2008. In Defence of the Pinard. *Midwifery Matters*. 2008, Vol. 18.

Monteiro, Francisco J. 2010. Relações Supervisivas e Desenvolvimento da Profissionalidade do Aluno de enfermagem. *Escola Superior de Saúde*. 2010.

Mozurkewich, Ellen, et al. 2011. Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 84, 2011, Vol. 11.

NICE. 2006. Postnatal Care. *Routine postnatal care of women and their babies*. London : Royal College of General Practitioners, 2006.

Oliveira, Graça, et al. 2012. Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos. *Consensos Neonatologia*. 2012.

Oliveira, Graça, et al. 2012. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Reanimação do Recém-nascido de termo na sala de partos: consensos Neonatologia 2012*. [Online] 2012. [Citação: 26 de Janeiro de 2013.] http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Reanimacao_RN_Termo_Sala_Partos_Janeiro_2012.pdf.

Ordem, Enfermeiros. 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e ginecológica. 2010.

Pediatria, Sociedade Portuguesa de. 2012. Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 5, 2012, Vol. 43.

Priddis, Holly, Dahlen, Hannah e Schmied, Virginia. 2011. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. 2011.

Prins, M., et al. 2011. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011.

Prior, Patsy, Wilkinson, Jill e Neville, Stephen. 2010. Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive survey. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2, 2010, Vol. 26.

Rabe, Heike, et al. 2012. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *The Cochrane Collaboration*. 2012, Vol. 8.

Rhoden, Ernani L. 2009. *Urologia - No consultório*. Porto Alegre : Artmed, 2009.

Ribeiro, Isilda M. 2011. ENFERMAGEM, VALORES E APRENDIZAGEM. *Revista do Centro de Estudos em Educação e Formação*. 2011, Vol. 1.

Ribowsky, Jennifer. 2012. Pregnancy-Induced Hypertension. *Clinician Reviews*. 2012, Vol. 22.

Rocha, Ivanilde M., et al. 2009. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista Escolar de Enfermagem*. 4, 2009, Vol. 43.

Rodríguez, Montejó R., Peláez, M. e Barakat, R. 2012. Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación. *REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA*. 2012, Vol. 8.

Saraiva, Helena. 2010. *Aleitamento Materno - Promoção e Manutenção*. Lousã : LIDEL, 2010. pp. 527-539. 978-972-757-659-3.

School, Harvard Medical. 2011. Beyond the “baby blues”. *Harvard Mental Health Letter*. 3, 2011, Vol. 28.

Shaw, Elizabeth, et al. 2006. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *the Authors Journal compilation*. 3, 2006, Vol. 33.

Silva, Abel P. 2007. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *SERVIR*. 2007.

Singata, Mandisa, Tranmer, Joan e Gyte, Gillian. 2012. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. 11.

Souza, Marcela T., Silva, Michelly D. e Carvalho, Rachel. 2010. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010, Vol. 8.

Surtees, Ruth. 2010. 'Everybody expects the perfect baby ...and perfect labour...and so you have to protect yourself ': discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa. *Nursing Inquiry*. 1, 2010, Vol. 17.

Teixeira, cristina, Lunet, Nuno e Rodrigues, Teresa. 2012. The Bishop Score as a determinant of labour induction success: a systematic Review and Meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2012, Vol. 286.

Thom, David H. e Rortveit, Guri. 2010. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2010, Vol. 89.

Tulay, Erkan, Ummu, Yıldız e Burcu, Tokuc. 2011. Hand-washing behaviour and nurses' knowledge after a training programme. *International Journal of Nursing Practice*. 2011, Vol. 17.

Tzeng, YA-ling, et al. 2005. Enema Prior to Labor: A Controversial Routine in Taiwan. *Journal of Nursing Research*. 2005, Vol. 13.

Velaphi, Sithembiso e Vidyasagar, Dharmapuri. 2008. The pros and cons of suctioning at the perineum (intrapartum) and post-delivery with and without meconium. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2008, Vol. 13.

Wagg, Ann e Bunn, Frances. 2007. Unassisted pelvic floor exercises for postnatal women: a systematic review. *The Authors. Journal compilation*. 2007, Vol. 58.

Wei, Shuqin, et al. 2012. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). *The Cochrane Library*. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group., 2012, Vol. 9.

Whitworth, Melissa, et al. 2010. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review). *The Cochrane Library*. 2010, Vol. 4.

WHO e ICM. 2003. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003. 92 4 159084 X.

WHO. 2007. *Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period*. Geneva : World Health Organization, 2007.

Wilson, M., et al. 2009. Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *The Authors Journal compilation*. 2009, Vol. 64.

O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço, no pós-parto.

ANEXOS

**Anexo I - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do
Conselho de 7 de Setembro de 2005**

Anexo II – Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros

Anexo III – Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados