



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher

Debora Branco Fernandes

Orientador(es) | Susana Delgadinho
Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher

Debora Branco Fernandes

Orientador(es) | Susana Delgadinho
Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)
Susana Delgadinho (Universidade de Évora) (Orientador)

*“A enfermagem é uma profissão de coragem, que enfrenta desafios diários em prol da
saúde e bem-estar de todos” – Nola Pender*

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso de aprendizagem, repleto de curvas apertadas e de obstáculos de difícil ultrapassagem, consigo agradecer a algumas pessoas que contribuíram, estimularam e acompanharam de forma presente e minuciosa a concretização de um grande objetivo.

Assim, agradeço,

Aos meus pais, garantindo sempre que me lembrava onde fica a terra e onde pisar o caminho sólido que tenho vindo a construir.

À professora doutora Maria da Luz e à professora Susana Delgadinho, por desempenharam um papel fulcral na orientação e elaboração deste relatório e conjunto de todas as aprendizagens e partilhas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

À Cátia, à Vera, à Andreia, irmãs de outra vida, companheiras e cúmplices de todos os momentos em que precisei de me lembrar de ser eu.

A todas as equipas de enfermagem da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e, em particular, à minha equipa do internamento de ginecologia – Cecília, Célia, Sónia Martins, Jacinta, Graça e Soraia – são exemplo de conhecimento, partilha e união.

E por último, a ti, Ricardo, por representares o meu ponto de partida e eterno ponto de chegada – a humildade de saber sempre de onde venho e quem sou. Agora, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ÍNDICE DE SIGLAS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais
AFU	Altura do Fundo Uterino
AM	Aleitamento Materno
ARS	Administração Regional de Saúde
BP	Bloco de Partos
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTG	Cardiotocografia
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DPP	Disfunções do Pavimento Pélvico
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ENPRF	Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
EPE	Entidade Pública Empresarial
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
IU	Incontinência Urinária
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
JB	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MESMO	Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MPP	Músculos do Pavimento Pélvico
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPPP	Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade
POP	Prolapso dos Órgãos Pélvicos
RN	Recém-Nascido
SUOG	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
TMPP	Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

TP	Trabalho de Parto
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	<i>World Health Organization</i>

TÍTULO: Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher

RESUMO

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final apresenta como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Objetivo:** Pretende-se uma análise exaustiva da aquisição de competências, expandindo conhecimento e disseminando o mesmo no que concerne à promoção da saúde do pavimento pélvico da mulher ao longo do seu ciclo vital. **Metodologia:** Privilegiou-se a orientação pedagógica bem como a supervisão nos diversos contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional (ENP), bem como, o estudo da temática Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher através de Revisão Narrativa da Literatura e articulação dos resultados com a prática clínica por via de atividades desenvolvidas. **Conclusão:** Os objetivos traçados foram atingidos, tendo ocorrido desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com ênfase na Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher.

Descritores/Palavras-chave: enfermeiras obstétricas; mulher; pavimento pélvico; promoção de saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

Framework: The Professional Internship with Final Report aims to acquire and develop common and specific skills within the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing. **Objective:** The aim is to conduct an exhaustive analysis of the acquisition of skills, expanding knowledge and disseminating it regarding the promotion of women's pelvic floor health throughout their life cycle. **Methodology:** Priority was given to pedagogical guidance as well as supervision in the various clinical contexts of the Professional Internship (ENP), as well as the study of the theme Promotion of Women's Pelvic Floor Health through a Narrative Review of the Literature and articulation of the results with clinical practice through developed activities. **Conclusion:** The objectives set were achieved, with the development of skills in Maternal and Obstetric Health Nursing with an emphasis on the Promotion of Women's Pelvic Floor Health.

Descriptors/Keywords: *obstetric nurses, women, pelvic floor, health promotion, quality of life.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional	13
1.1. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Familiar.....	14
1.2. Serviço de Medicina Materno-Fetal	16
1.3. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	18
1.4. Bloco de Partos.....	19
1.5. Internamento de Puerpério	20
1.6. Unidade de Neonatologia	23
2. Contributos para a Melhoria da Assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	24
2.1. Metodologia da Revisão Narrativa da Literatura	27
2.2. Caracterização Sociodemográfica da População-Alvo	37
2.3. Caracterização Obstétrica da População-Alvo.....	38
3. Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências	39
3.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	39
3.2. Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	41
3.2.1. Competência 1 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.”.....	42
3.2.2. Competência 2: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”.	44
3.2.3. Competência 3: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP”	45
3.2.4. Competência 4: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”.....	50
3.2.5. Competência 5: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.”	52
3.2.6. Competência 6: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.”	53
3.2.7. Competência 7: “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.”	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
---	-----------

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação nas Jornadas da Saúde em Évora

APÊNDICES

APÊNDICE A - Proposta de projeto de tese/ dissertação/ estágio/ trabalho de projeto(MODELO T-005), resumo, plano e cronograma

APÊNDICE B- Reflexão crítica – “Promoção da saúde do pavimento pélvico – cuidados de saúde primários”

APÊNDICE C- Reflexão crítica – “Promoção da saúde do pavimento pélvico – internamento de grávidas”

APÊNDICE D – “Estudo sobre Puérpera com Diagnóstico de Laceração Perineal Grau III

APÊNDICE E – Reflexão crítica – “A importância do aleitamento materno no desenvolvimento da microbiota intestinal do recém-nascido”

APÊNDICE F – Folhetos elaborados ao longo do estágio

↓ ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional	14
Figura 2	Ilustração dos músculos do pavimento pélvico	23
Figura 3	Fluxograma dos artigos originais incluídos na revisão de literatura	28
Figura 4	Quadro com resumo de artigos selecionados na revisão de literatura	29
Figura 5	Nacionalidades da população-alvo	34
Figura 6	Alterações do pavimento pélvico na população-alvo	35

↓ ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Paridade da população-alvo	35
----------	----------------------------	----

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora, através da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, disponibiliza o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), um curso que está devidamente registado na Direcção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e conta com a aprovação da Ordem dos Enfermeiros (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981). Este mestrado confere o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) contempla a capacitação para a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (conforme o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) e Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio), conferindo competências aos estudantes relativas à prestação de cuidados à mulher ao longo do ciclo reprodutivo, incluindo os processos de saúde e doença nas fases preconcecional, pré-natal, intraparto, pós-natal e cuidados ao recém-nascido, assim como cuidar da mulher com patologia ginecológica e durante o climatério, de forma a promover a sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo o seu contexto familiar e comunitário.

O plano de estudos inclui a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que decorreu entre 11 de setembro de 2023 e 23 de junho de 2024, dividido em dois semestres. Este estágio desenvolveu-se em diferentes contextos clínicos, permitindo a aquisição de competências em Cuidados de Saúde Primários (CSP); Medicina Materno-Fetal; Bloco de Partos (BP); Internamento de Puérperas, e estágio de observação participante em Unidade de Neonatologia. Durante todo o percurso, a supervisão pedagógica ficou a cargo da Professora Doutora Maria da Luz Barros com co-orientação da Professora Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho, acrescendo supervisão clínica de EEESMO dos diversos contextos clínicos.

Os objetivos do ENPRF foram definidos no Projeto de Estágio (Apêndice A), com foco no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO. A temática escolhida foi “Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher”, escolhida com base em evidências científicas para melhorar a prática clínica.

Ao longo dos diversos contextos, foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que, pela sua abordagem relativa às teorias de aprendizagem e de valorização da motivação,

|
detém influência nas alterações de comportamento, neste caso das mulheres, e contribui para a formação do seu processo cognitivo (Pender, 2004). Assim, ao considerar características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento desejado e o comportamento de promoção da saúde desejado, identificam-se as disfunções do pavimento pélvico experienciadas, de que forma a qualidade de vida das mulheres é afetada e como pode o EESMO contribuir para minimizar esses danos.

Este relatório está compreendido em seis capítulos, em concordância com o Regulamento Académico da Universidade de Évora (despacho n.º 3144/2019). O primeiro capítulo diz respeito à introdução; o segundo, à caracterização dos contextos onde decorreu o estágio; o terceiro, que incluiu a metodologia utilizada de forma a dar resposta ao objetivo deste relatório - a pesquisa bibliográfica, a revisão narrativa de literatura e o planeamento das atividades nos diversos contextos de estágio; o quarto, uma análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências; seguido das considerações finais e, por último, das referências bibliográficas. Além destes, foram também incluídos anexos e apêndices que fundamentam e comprovam as atividades descritas.

A elaboração do relatório seguiu as normas da American Psychological Association (APA), 7ª Edição (APA, 2020), as normas para a elaboração de trabalhos académicos e científicos da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus (Ordem de Serviço n.º 01/2023) e está redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

O estágio é considerado uma componente fulcral na aprendizagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O contexto onde decorre o estágio tem impacto no modo como é mobilizado o conhecimento teórico, bem como é efetuada a sua integração na prática clínica e consequente aquisição de competências.

A prática clínica desenvolvida ao longo dos dois semestres decorreu em diferentes contextos clínicos: Cuidados de Saúde Primários (CSP) – numa Unidade de Saúde Familiar (USF) Modelo B, Serviço de Internamento de Medicina Materno-Fetal, Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUOG), Puerpério e Unidade de Neonatologia. Este percurso decorreu em dois semestres, de 11 de setembro de 2023 a 23 de junho de 2024 (ver Tabela 1.), permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências EEESMO (Regulamento nº391/2019, de 3 de maio de 2019), assim como competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Primeiramente, importa referir três aspetos que contribuíram para a reorganização dos contextos clínicos, quer em relação a recursos humanos como em recursos físicos – a criação das Unidades Locais de Saúde, as obras de requalificação do serviço de urgência e respetivos blocos operatórios da Maternidade X, em Lisboa, bem como, as dificuldades de gestão associadas ao fecho das maternidades na região de Lisboa e Vale do Tejo.

No que se refere ao primeiro aspeto, verificou-se que o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE. foi integrado no novo modelo, que inclui também um Centro Hospitalar Psiquiátrico Y, o Instituto de Oftalmologia Z, o agrupamento dos centros de Saúde A e o Centro de Saúde S, denominado ULS V, EPE. (Decreto-lei nº 102/2023). Esta ULS tem como missão a prestação de cuidados de saúde individualizados e especializados, de forma a que cada pessoa veja assegurada as suas necessidades, através do recurso a práticas atualizadas e eficientes. Esta ULS promove também a investigação, o ensino universitário e a utilização sustentável dos recursos, através da competência técnica, ética profissional, segurança do paciente e responsabilidade transparente, assim como da qualidade e continuidade dos cuidados e trabalho em equipa.

No que diz respeito aos aspetos mencionados, importa referir que existiu uma necessidade constante de ajustar as necessidades da equipa multidisciplinar e do espaço físico àquilo que foram os desafios enquanto profissional de saúde e estudante. De um modo transversal, foi possível adequar os recursos e integrar todas as equipas, a par, com compreensão, flexibilidade, respeito e trabalho em equipa.

Segue-se a caracterização dos serviços, que dará foco aos recursos humanos, materiais disponíveis, estrutura física e alguns dados que serão fundamentais para contextualizar e clarificar o processo de aquisição de competências.

Figura 1 – Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

1º semestre		
Período	Instituição/Serviço	Nº semanas
11/09/2023-22/10/2023	Unidade de Cuidados na Comunidade	6
23/10/2023-03/12/2023	Serviço de Medicina MaternoFetal	6
04/12/2023-21/01/2024	Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia-Bloco de Partos	4
Pausa letiva 21/12/2023-03/01/2024		
2º Semestre		
14/02/2024-24/03/2024	Serviço de Internamento de Puerpério e Unidade de Neonatologia	5 + 1
02/04/2024-28/04/2024	Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia-Bloco de Partos	4
29/04/2024-23/06/2024	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia Bloco de Partos	8
Pausa letiva 25/03/2024-01/04/2024		

Fonte – Elaboração própria

1.1. Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Familiar

A USF onde decorreu este contexto clínico, pertence a uma ULS em Lisboa. Segundo os dados mais recentes, referentes a agosto de 2023, a USF abrangia 15 757 utentes dos quais, 3178 são

mulheres em período fértil (SNS, 2023).

Este contexto, é composto por uma equipa de enfermagem com 8 enfermeiros, dos quais, uma EEESMO, que supervisionou o meu estágio. O edifício é composto por 2 pisos, nos quais se realizam consultas com o enfermeiro de família e respetivo médico, vigilância de gravidez, puerpério, planeamento familiar, diabetes, vacinação, sala de tratamentos, consultas de saúde infantil e sessões de preparação para o parto e parentalidade. Existe também a componente dos cuidados domiciliários.

Na consulta de planeamento familiar de saúde materna, puerpério ou de menopausa, realizadas pela EEESMO, é fomentada a conduta de adesão à vigilância de saúde, assim como às ações educativas e promoção de saúde da mulher nestas várias etapas de vida. São aplicados também os pressupostos do rastreio oncológico preconizado pela DGS.

Este conjunto de intervenções visam a uniformização de procedimentos e de cuidados prestados às utentes, em permanente articulação multidisciplinar, de acordo com os princípios éticos da prestação de cuidados em continuidade, com qualidade, eficazes e individualizados. junto dos cidadãos inscritos

A USF envolve os utentes no seu processo da saúde, conferindo a estes a possibilidade de agendarem as suas consultas, assim como à equipa médica ou de enfermagem, de uma forma flexível e adaptada às várias necessidades de cada pessoa. No caso, a população-alvo deste estágio foram as mulheres, procurando-se que estas realizassem as suas consultas de planeamento familiar regularmente, assim como a realização de exames como colpocitologia, rastreios de cancro do colo do útero, prescrição de exames – mamografias, análises, - de acordo com a regularidade necessária.

De acordo com o Programa Nacional de Vigilância Gravidez de Baixo Risco (2015), existe uma consulta na qual é efetuada uma avaliação dos parâmetros biométricos, realização de ensinamentos e esclarecimentos acerca de estilos de vida saudáveis, sexualidade, segurança e preparação para o parto e parentalidade, é efetuada a avaliação da altura do fundo uterino, manobras de Leopold e auscultação dos batimentos cardíacos fetais. A partir das trinta e sete semanas as utentes são referenciadas pelo médico de família para a consulta de obstetrícia na maternidade X através de protocolo já previamente estabelecido.

Relativamente ao Programa de Preparação para o Parto e adaptação à Parentalidade (PPPP), o espaço destinado à sua realização contém uma sala de reuniões, adaptada com bolas de pilates, colchões, almofadas e cadeiras. Tendo também um computador, ar condicionado, foi fornecido um

lanche em todas as sessões, assim como materiais práticos como banheiras, fraldas, produtos de higiene de recém-nascido e materiais de apoio à amamentação.

Os PPPP organizaram-se em 4 sessões teórico-práticas, definidas antes do início de cada curso, todas as segundas feiras e quartas-feiras das 18h às 19h. O programa conta com a colaboração de uma equipa multidisciplinar que engloba EEESMO e Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil.

Os PPPP são promovidos com o intuito de transmitir conhecimentos aos futuros pais, de forma a prepará-los para o parto e para os cuidados ao RN, dando-lhes preparação prática sobre os vários temas, ao mesmo tempo que prevêem melhorar o bem-estar físico e psicológico da grávida (Tataj- Puzyna et al., 2023). Os PPPP encaminham a mulher, juntamente com o companheiro, a tomar decisões conscientes e conseguirem um momento de parto mais satisfatório (OE, 2021a).

A inscrição no PPPP é feita em consulta com o enfermeiro de família, que encaminha para o EEESMO responsável. Por último, a grávida é contactada para confirmação da inscrição, sendo que estes programas se destinam, preferencialmente, a utentes inscritas na USF, o que não inviabiliza a participação de outras utentes, caso existam vagas disponíveis.

Ao longo destes cursos, procura-se o envolvimento da grávida e da pessoa significativa, apoiando as suas necessidades e esclarecendo as dúvidas existentes (DGS, 2015b).

Todas as intervenções efetuadas são devidamente registadas no sistema informático *SClínico*.

1.2. Serviço de Medicina Materno-Fetal

No que diz respeito ao internamento de uma grávida, é de referir que este só se concretiza após a determinação do grau de morbilidade materno-fetal associado. Esta avaliação é mobilizada ao longo da vigilância de saúde da grávida, através de avaliação clínica e laboratorial/imagiológica. A partir do momento em que seja detetada qualquer alteração detentora de maior grau de morbilidade, a gravidez passa a ser considerada de alto risco e, como tal, pode culminar muitas vezes em internamento hospitalar.

Assim, a prática clínica do EEESMO surge também neste contexto e, como tal, tive oportunidade de realizar estágio ao longo de 6 semanas, numa unidade de internamento de Medicina Materno-fetal em Lisboa, na qual contactei e aprendi sobre os desafios associados ao cuidar de uma

|
mulher e do seu feto, tão minuciosamente, de modo a garantir a saúde de ambos, enquanto conjunto mas também, como seres individualizados que merecem ser considerados.

Este 2º contexto de estágio é um serviço composto por 15 EEESMO, 5 enfermeiros de cuidados gerais e uma enfermeira gestora. O serviço é disposto num único piso, com um corredor por onde circulam livremente as grávidas (desde que clinicamente estáveis), muitas vezes acompanhadas pelo convivente significativo, possuindo casas de banho no meio deste espaço e cabines de duche em duas das enfermarias. Estão disponíveis cardiotocógrafos (CTG), com acesso à central *OmniView* para registo eletrónico de CTG e monitores de frequência cardíaca fetal (FCF), para além de todo o material indispensável num serviço de internamento.

A prática clínica nesta unidade é planeada em conjunto com cada grávida e com a equipa multidisciplinar, de forma a considerar as suas características e necessidades, adequadas à sua condição clínica, sendo ajustada ao longo do internamento, sendo o rácio de 1:4. A Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica estabelece que o rácio de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) por grávida no internamento de Medicina Materno-Fetal deve ser de 1:3 em casos de gravidez de alto risco e 1:6 para gravidez de médio risco. No caso de indução do trabalho de parto, o rácio deve ser de 1:3 (OE, 2017). Porém, devido à capacidade máxima do serviço, observa-se que, em algumas ocasiões, essas dotações seguras não são respeitadas, o que pode colocar em causa a segurança das utentes, apesar dos constantes esforços da equipa para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, existem também neste contexto mulheres internadas para indução de trabalho de parto ou em período de abortamento (Interrupção voluntária da gravidez –IVG- ao abrigo da lei ou Interrupção médica de gravidez - IMG) que são transferidas para sala de partos quando existe algum agravamento do seu estado clínico, quando é solicitado apoio da equipa de anestesia ou quando estão em período expulsivo. Nestes cenários, além de serem adotadas inúmeras estratégias promotoras de conforto e suporte, procura-se o envolvimento da pessoa significativa sempre que possível. São respeitados os direitos da díade/tríade, envolvendo valores como empatia, compreensão e respeito na prestação de cuidados à mesma.

No que diz respeito à indução do TP, esta deve ser ponderada de acordo com saúde materna e fetal e os riscos associados - a idade gestacional, a pelve materna, a estimativa de peso fetal e a apresentação fetal. Já o método de indução deve ser selecionado, após a avaliação das características cervicais, traduzidas pelo índice de Bishop (IB) (DGS, 2015a). Considera-se que o colo apresenta

| características benéficas ao início do TP quando o IB é superior ou igual a oito, por outro lado, quando o IB é inferior ou igual a seis, significa que o colo do útero necessita de maturação, estando indicado o uso de métodos farmacológicos ou mecânicos para o efeito (Marujo et al., 2017). Neste caso, a indução pode ser feita com a administração de *misoprostol* vaginal, oral ou jugal, perfusão de ocitocina, *propess* ou com algália *foley* (Campos, 2017).

Além disso, é de referir o papel da educação para a saúde desenvolvida neste serviço, desde os desconfortos da gravidez às alterações expectáveis do trabalho de parto, passando pela promoção do autocuidado da mulher em todas as suas vertentes e gestão de expectativas relativas aos cuidados durante o parto e no puerpério.

1.3. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) da maternidade X tem como principal missão prestar cuidados de saúde urgentes a grávidas e mulheres com patologias ginecológicas, de acordo com as melhores práticas clínicas e um enfoque na humanização dos cuidados. O serviço funciona 24 horas por dia, com uma equipa permanente de especialistas em Obstetrícia e Ginecologia, neonatologistas e enfermeiros, estando disponível também, durante o horário diurno, o apoio de especialistas em Medicina Interna, Imunohemoterapia, Psicologia Clínica e Serviço Social.

O SUOG está preparado para atender não apenas grávidas, mas também mulheres com patologias ginecológicas, como hemorragias genitais, dores pélvicas, e outros sintomas ginecológicos. Após a inscrição no secretariado, é realizada uma triagem de enfermagem para priorizar os casos mais urgentes, sendo a utente encaminhada para observação médica e eventuais exames, como a cardiotocografia e ecografias.

Se durante o atendimento se verificar que a grávida entrou em trabalho de parto (TP), ela é transferida para o Bloco de Partos (BP), onde se inicia o preenchimento do partograma, uma ferramenta essencial para monitorizar a evolução do trabalho de parto e detetar possíveis complicações precocemente. O BP está equipado com tecnologia avançada que permite monitorização contínua e comunicação direta com a central de enfermagem, garantindo a segurança da mãe e do RN.

1.4. Bloco de Partos

O BP é composto por 8 salas de parto individuais, equipadas com camas de parto, cardiotocógrafos para monitorização fetal e materna, mesas de apoio para procedimentos como a administração de epidurais e materiais essenciais para o parto. Cada sala dispõe também de equipamento para os primeiros cuidados ao recém-nascido, incluindo um berço, fonte de oxigénio e vácuo, e uma mesa de reanimação equipada para os cuidados iniciais ao bebé.

Além disso, a instituição promove o parto humanizado, permitindo que a grávida, desde que clinicamente estável, mantenha a sua autonomia e liberdade de movimentos, beneficiando de cardiotocógrafos *wireless*. Estes equipamentos facilitam uma experiência de parto mais natural e confortável, e estão em consonância com as diretrizes de humanização do parto, defendidas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, sendo assegurado a todas as grávidas o recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens, utilização de bolas de Pilates, técnicas de relaxamento, musicoterapia, aromaterapia, e duche, promovendo um ambiente que favorece o bem-estar da parturiente. Neste sentido, existe um espaço chamado de *snoozelen* indicado para a promoção da utilização destas técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Apresenta-se como um espaço composto por uma cabine de duche, uma bola de pilates e colchões, equipado também com um doppler para auscultação dos batimentos cardíacos fetais, um sofá e uma televisão. É um espaço que pelo seu meio envolvente, recriando um céu estrelado, promove o relaxamento e a vinculação entre a grávida e o convivente significativo, além do seu conforto. É de salientar também que a analgesia epidural está também disponível 24 horas por dia, a pedido da grávida.

Após o nascimento, é incentivado o contacto pele-a-pele entre mãe e bebé, nas primeiras horas de vida, promovendo o início da amamentação, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da UNICEF. Este contacto inicial tem benefícios comprovados para a mãe e o bebé, contribuindo para a vinculação e para uma recuperação mais rápida.

A equipa que trabalha no BP e no SUOG é composta por enfermeiros, incluindo enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO), médicos obstetras, pediatras, anestesiológicos e assistentes operacionais. O serviço de urgência e bloco de partos conta ainda com a colaboração de outras especialidades médicas sempre que necessário.

A segurança e qualidade dos cuidados prestados são asseguradas através da dotação de pessoal e formação especializada. De acordo com as orientações da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, em contexto de bloco de partos, o rácio recomendado de enfermeiros especialistas por grávida é de 1:2 no primeiro estágio do TP e de 1:1 no segundo estágio. Porém, devido ao elevado fluxo de parturientes, nem sempre é possível cumprir estes rácios, o que pode afetar a capacidade de resposta e os cuidados prestados.

Além disso, em contexto de Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), é recomendado que todos os enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e que recebam formação em Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e Emergências Obstétricas, assegurando uma atuação eficiente em casos de emergência.

A estrutura física do serviço é composta por várias áreas destinadas à admissão, observação, cuidados intermédios, bloco de partos e recobro. A sala de observação está equipada com o necessário para monitorizar parturientes que necessitam de vigilância contínua ou que aguardam internamento. Durante o período de recobro após o parto, a vigilância materna e neonatal é uma prioridade, com especial atenção à involução uterina, perdas hemáticas e avaliação dos parâmetros vitais da mãe e do RN.

Existe também uma área destinada a cirurgias obstétricas de emergência, como cesarianas ou curetagens, com acesso direto à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde são prestados os primeiros cuidados ao recém-nascido em situações mais críticas.

Este serviço possui um papel fundamental na prestação de cuidados especializados a grávidas e mulheres com patologia ginecológica. Com uma equipa dedicada, tecnologias avançadas e uma forte aposta na humanização dos cuidados, o serviço está preparado para garantir a segurança e o bem-estar das utentes e dos recém-nascidos.

1.5. Internamento de Puerpério

O Serviço de Internamento de Puerpério foi o 4º contexto de estágio e encontra-se no mesmo hospital onde realizei o estágio de medicina materno-fetal e também o de Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUOG). Decorreu no contexto de internamento entre os dias 14/02/2024 e

17/03/2024, e está situado nos 1º e 2º pisos do hospital – sendo cada piso composto por 15 camas no total, dispostas ao longo de quatro enfermarias, em cada um dos pisos. Cada piso possui também 3 casas de banho e 2 cabines de duche. O serviço conta ainda com uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, o gabinete da Enfermeira Gestora, um armazém clínico, um balcão administrativo e ainda um gabinete destinado ao registo dos RN's, denominado Balcão Nascer Cidadão. A equipa é composta por 30 enfermeiros, dos quais 3 são EEESMO e duas EEESMO com funções de gestão e coordenação de equipa.

A transferência das puérperas para o internamento está a cargo da equipa de enfermagem do bloco de partos (BP) que após as duas horas de puerpério imediato confirma a transferência da puérpera e do seu RN, sendo praticado o sistema de alojamento conjunto e, portanto, os bebés encontram-se junto da mãe. Estas puérperas ficam em enfermarias, existindo 4 enfermarias com 4 camas cada, uma com duas camas e num dos pisos existe um quarto individual.

Relativamente à segurança dos RN's, encontra-se implementado o sistema de pulseiras eletrónicas, de acordo com o Despacho nº 20730/2008 de 7 de agosto, que são colocadas após o nascimento do RN e identificadas em sistema informático com o nome da mãe e respetivo número de processo, sendo apenas desativadas e removidas no momento da alta, após reunidas todas as condições de segurança necessárias ao momento da alta hospitalar.

Quanto ao tempo de internamento, salvo exceções em que mãe ou bebé necessitam de prolongar o internamento, a duração é de 36 horas para partos vaginais (eutócicos, ventosas ou fórceps) e 48 horas para cesarianas. Tendo em conta o tempo reduzido de internamento, compreende-se que não é possível transmitir toda a informação necessária e, neste sentido, tem especial importância a qualidade da informação que é transmitida e a sua uniformização tal como na prestação de cuidados, entre os diferentes profissionais (Néné et al., 2016).

Nos primeiros dias após o nascimento, os RN's são submetidos, por vezes, a procedimentos invasivos e dolorosos que colocam em causa algum do seu conforto e estabilidade, tal como a vacinação ou análises ao sangue. De forma a minimizar estes efeitos, concluiu-se que o aleitamento materno (AM) é o melhor método para estabilizar estes parâmetros. Além da promoção do AM, são utilizadas ou sugeridas outras estratégias como o método canguru, a sacarose e a sucção não nutritiva,

|
revelando-se métodos eficazes durante a realização desses procedimentos (García-Valdivieso et al., 2023).

A sala destinada aos cuidados ao RN encontra-se ao lado da sala de enfermagem, dispondo de vídeoporta de acesso para a mesma, o que é uma mais-valia quando os cuidados estão a ser prestados pelos pais de forma independente, pois facilmente a equipa de enfermagem consegue manter vigilância e responder com prontidão, em caso de necessidade. Esta sala é composta por uma balança, bem como, material necessário para a prestação de cuidados ao RN. O serviço dispõe de quatro bombas portáteis para extração de leite materno, de forma que esta possa ser realizada junto aos RN's, na privacidade da unidade de cada puérpera.

Os benefícios da amamentação para a saúde materno-infantil estão amplamente documentados, além de sua contribuição para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Souza et al., 2021). A amamentação apoia diversos ODS, sendo relevante destacar sua importância na erradicação da pobreza e da fome, na promoção da saúde e educação de qualidade, além de incentivar a igualdade de género, ao promover o empoderamento e a satisfação das mulheres (WABA, 2016).

Na alta hospitalar, é realizado o preenchimento do formulário de Notícia de Nascimento por meio do sistema informático *SClinico*, o que facilita a comunicação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Dessa forma, os CSP são informados sobre o nascimento, possibilitando o planeamento de intervenções, em conformidade com a Norma nº 013/2015 da DGS, de 01/07/2015.

Por último, importa salientar a importância de todo o acompanhamento destas famílias, garantindo o seu esclarecimento e capacitação para os cuidados no seu domicílio. A transmissão de informação é efetuada de forma personalizada, incluindo ainda alguns momentos de reflexão e sessões educativas coletivas, permitindo a partilha de vivências e experiências entre as utentes. Desta forma, através da entrega de informação escrita como folhetos, de exemplificação dos cuidados como é o caso dos procedimentos de higiene e conforto ao RN e de apoio em questões práticas, procura-se neste serviço a autonomia de cada uma destas famílias, muitas vezes, caso necessário, em articulação com equipa de serviço social ou de psicologia. Todas estas intervenções têm como principal objetivo a promoção da saúde e de comportamentos saudáveis (Pender, 2004) apoiando estas mulheres na transição para a formação de uma família.

1.6. Unidade de Neonatologia

A semana de estágio de observação participante integrada no Internamento de Neonatologia da maternidade X, decorreu entre os dias 18/03/2024 e 22/03/2024. Esta unidade é composta por uma equipa que constitui a unidade de cuidados intermédios neonatais e outra que compõe a unidade de cuidados intensivos neonatais. Os RN's estão alocados em casa uma destas unidades de acordo com a sua idade gestacional e situação clínica, sendo os cuidados prestados também adequados a estas particularidades.

Em relação ao primeiro serviço, este possui 4 salas, cada uma com incubadoras configuradas e preparadas para atender às intervenções necessárias a cada RN. A quarta sala é destinada a internamentos com protocolos de isolamento associados. Depois, além desta destas salas, existe um outro espaço que acolhe recém-nascidos em risco social.

Por outro lado, a unidade de cuidados intensivos neonatais detém por 13 unidades individuais para alocar os RN's. Cada uma totalmente apta a fornecer o suporte avançado de vida, caso seja necessário. Cada unidade é equipada com um conjunto de dispositivos de tecnologia avançada e recursos que permitem a monitorização contínua desses recém-nascidos. Isto garante que, em situações específicas, delicadas e críticas, recebam os melhores cuidados possíveis.

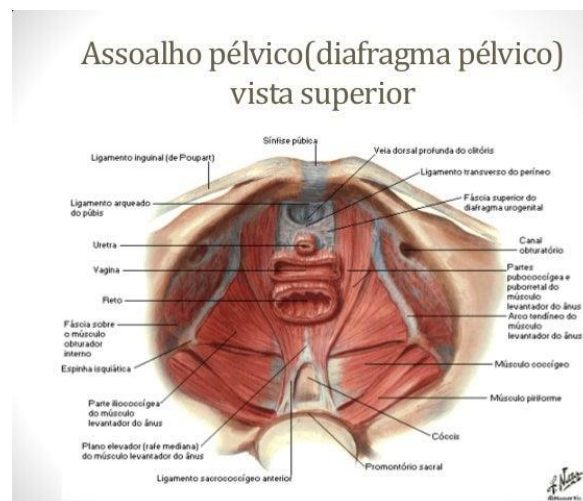
Na semana de observação na unidade de Neonatologia foi realizada uma formação, na qual foi abordada a “Influência do aleitamento materno na prematuridade”, da qual resultou uma reflexão crítica (Apêndice E) acerca do papel do aleitamento materno no desenvolvimento da microbiota intestinal dos RN's.

2. Contributos para a Melhoria da Assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A prestação de cuidados pelo EEESMO deve seguir a premissa da prática baseada na evidência e um modelo de cuidados que trabalhe em parceria com a mulher, adequando-os às suas necessidades individuais e dando lugar a escolhas informadas, tornando-as fundamentais no planeamento dos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto (OE, 2015a). A prática baseada na evidência abrange a pesquisa da mais recente e fidedigna da literatura, observação, experiência e juízo clínico possibilitando a mudança de prática, assim como a seleção da melhor opção a tomar perante os desafios, sem descuidar as necessidades e preferências da utente (OE, 2012).

O Pavimento Pélvico (PP) apresenta uma estrutura em forma de losango, dividido em duas metades: o triângulo urogenital e o triângulo anal. O triângulo urogenital contém músculos como o isquiocavernoso e o bulbocavernoso, além de órgãos sexuais externos, incluindo a vulva, o clitóris e a vagina. O nervo pudendo é o principal nervo nessa região, desempenhando um papel crucial durante o parto (Rasteiro et al., 2021; Lawson & Sacks, 2018) (ver Figura 2.)

Figura 2 – Ilustração dos músculos do pavimento pélvico



Fonte – Músculos do períneo e assoalho pélvico | PPT

A integridade do Pavimento Pélvico é essencial para a sustentação dos órgãos pélvicos, que incluem o útero, a bexiga e o intestino. Durante a gravidez e o parto, a musculatura deste pode ser comprometida, levando à Disfunção do Pavimento Pélvico (DPP). As DPP são uma preocupação significativa de saúde pública, abrangendo condições como incontinência urinária (IU), incontinência fecal e prolapso de órgãos pélvicos (POP) (Stroeder et al., 2021; Arnold et al., 2021).

Estima-se que até 30% das mulheres adultas enfrentem alguma forma de DPP. A IU é a forma mais comum, com prevalência entre 15% e 17%, enquanto a incontinência fecal afeta aproximadamente 9% das mulheres (Candoso et al., 2021; Coutinho et al., 2021). Os fatores de risco incluem predisposição genética, idade materna avançada, obesidade e histórico de partos vaginais (Lawson & Sacks, 2018; Stroeder et al., 2021).

O diagnóstico tardio de DPP é frequente, muitas vezes devido à falta de conhecimento das mulheres sobre essas condições e ao estigma social relacionado a problemas urogenitais (Charrié & Billecocq, 2021; Hage-Fransen et al., 2021). O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) durante a gravidez e no pós-parto revela-se cada vez mais eficaz na prevenção e no tratamento de sintomas, contribuindo para a recuperação da força muscular e da qualidade de vida (Kahyaoglu & Balkanli, 2016; Zhang et al., 2021).

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem os benefícios do TMPP, embora não recomendem a sua prática de rotina em mulheres já com IU (OMS, 2022). A educação em saúde e a promoção do autocuidado são fundamentais para que as mulheres se tornem ativas na prevenção e tratamento das DPP (OE, 2021; OE, 2015).

A gravidez é geralmente vista como um período em que o corpo da mulher passa por diversas mudanças, especialmente no pavimento pélvico, que é composto pelos músculos elevadores do ânus e tecidos moles que se encontram na base da pelve, formando uma espécie de suporte para os órgãos pélvicos. Estas estruturas têm a função de sustentar e manter a posição anatômica dos órgãos reprodutivos femininos, além de garantir o controlo sobre os esfíncteres.

O trauma no pavimento pélvico durante a gravidez pode resultar em disfunções, como incontinência urinária e/ou fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e alterações na função sexual (Coad; Pedley; Dunstall, 2020). Portanto, ao considerar as várias mudanças e possíveis desconfortos que a

|
mulher pode enfrentar durante o período perinatal, é possível contribuir para sua qualidade de vida e bem-estar (Coad; Pedley; Dunstall, 2020).

No entanto, existem alguns desafios, especialmente no que se refere à preparação dos EEESMO para lidar com esse tema, bem como à eficácia das orientações e exercícios ensinados durante as sessões de preparação para o parto ou nas consultas pré-natais.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pode ser uma ferramenta valiosa na promoção da saúde do pavimento pélvico das mulheres, ajudando-as a adotar comportamentos que previnam disfunções e melhorem a qualidade de vida. Este modelo permite incentivar comportamentos saudáveis, considerando os fatores pessoais e sociais como influenciadores da motivação e da capacidade da pessoa para fazer escolhas positivas. Assim, na saúde do pavimento pélvico, o enfermeiro pode usar os princípios do modelo de Pender para motivar as mulheres a praticarem exercícios específicos, como os exercícios de Kegel, que fortalecem a musculatura pélvica e previnem problemas como IU e POP. O modelo sugere que é essencial compreender as barreiras e percepções de cada mulher sobre sua própria saúde e os benefícios de cuidar do pavimento pélvico. (Pender, 2004)

O EEESMO pode, portanto, atuar promovendo a consciencialização acerca desses benefícios, educando sobre a importância da saúde pélvica para o bem-estar geral e sexual, e criando um ambiente de suporte e confiança. Incentivando práticas saudáveis, como o exercício regular e uma postura adequada, e ajudando a mulher a superar crenças limitantes ou barreiras psicológicas.

2.1. Metodologia da Revisão Narrativa da Literatura

A presente revisão narrativa de literatura foi realizada com o objetivo de entender o papel do EEESMO na Promoção da saúde do pavimento pélvico e a sua atuação na prevenção das respetivas disfunções desta estrutura.

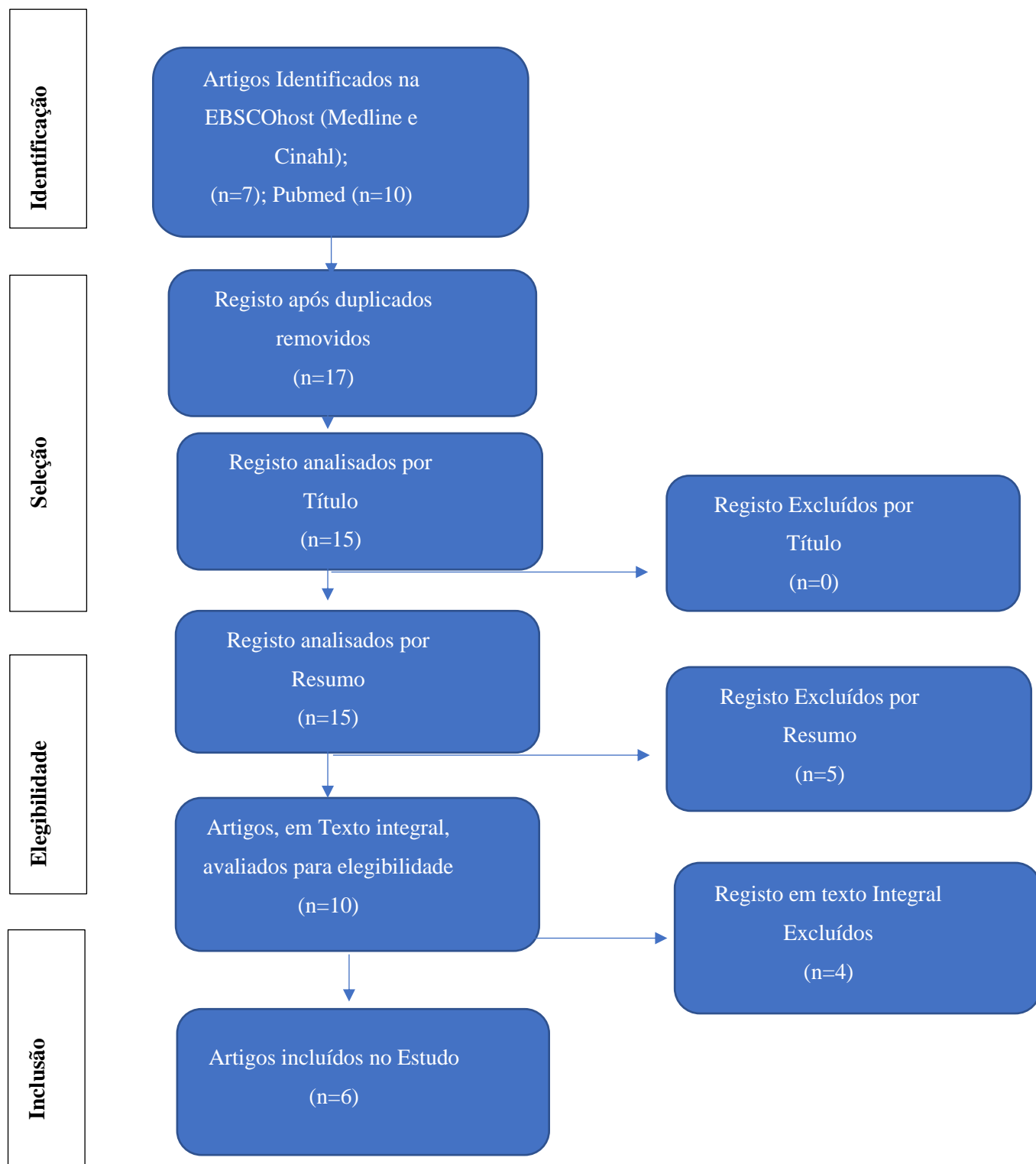
Assim, foi delineada uma estratégia de pesquisa em bases de dados científicas pertencentes ao motor de busca *EBSCOhost*, através do acesso disponibilizado pela Universidade de Évora e PubMed, e selecionados artigos que respondessem à questão de investigação – “Qual o impacto da intervenção do EEESMO na promoção da saúde do pavimento pélvico da mulher?”. Os descritores utilizados e confirmados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde foram “*midwives*”, “*woman*”, “*pelvic floor*”, “*health promotion*”, “*quality of life*”, intercetados pelo operador booleano “*AND*” para construção de equação booleana.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2019 e 2024 de língua portuguesa e inglesa e com resumo e texto integral de acesso gratuito que abordam as disfunções do pavimento pélvico na mulher na gravidez e o seu impacto na sua qualidade de vida, bem como a importância do fornecimento da informação e educação para a saúde das mulheres grávidas e dos profissionais de saúde relativamente a esta temática. Por outro lado, foram removidos artigos duplicados, assumindo este parâmetro como critério de exclusão assim como todos os artigos que não se integravam no tema em estudo, avaliados por título e/ou resumo.

Com base nestes critérios de inclusão e exclusão obteve-se como resultados da pesquisa, 10 artigos na PubMed, 7 artigos na MEDLINE e CINAHL, tendo sido apenas analisados 6 artigos, após aplicados critérios e inclusão e leitura do título e resumo. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA, representado na figura 3 (JBI, 2016; VILELAS, 2022).

Por último, foram incluídos os níveis de evidência de cada artigo segundo a classificação de *Joanna Briggs Institute*.

Figura 3 – Fluxograma dos artigos originais incluídos na revisão de literatura



Fonte – Elaboração própria

Figura 4 – Quadro com resumo de artigos selecionados na revisão de literatura

<p>Artigo 1</p> <p>“Should pregnant know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study”</p> <p>(Bugge; Strachan; Pringle; Hagen et al., 2022)</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde relativamente à prevenção de disfunções do pavimento pélvico - Averiguar a relação entre a maternidade e a disfunção do pavimento pélvico - Sensibilizar para promoção da saúde do pavimento pélvico em mulheres grávidas <p>Amostra: Um grupo</p>	<p>Tipo de estudo:</p> <p>Estudo qualitativo</p> <p>Recolha de dados:</p> <p>Entrevista semi-estruturada</p> <p>Nível de evidência</p> <p>3 (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Este estudo permitiu apurar as principais disfunções do pavimento pélvico e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em inserir esta temática nos programas de preparação para o parto, assim como ao longo de toda a sua prestação de cuidados. Por outro lado, constata-se que as grávidas inquiridas reconhecem a importância de conhecer o seu corpo, nomeadamente a estrutura do assoalho pélvico, bem como formas de prevenir a sua disfunção.</p>
--	---	---	--

	de pessoas: 14 grávidas e outro grupo de 8 enfermeiros obstetras, 3 fisioterapeutas e 6 médicos obstetras		
Artigo 2 “Antenatal preventative pelvic floor muscle exercise intervention led by midwives to reduce postnatal urinary incontinence (APPEAL): protocol for a feasibility and pilot cluster randomised controlled trial” (Bick, Bishop, Coleman, Dean et al.,	Objetivo: -Providenciar informação acerca dos exercícios de prevenção de disfunção do pavimento pélvico - Reduzir o aparecimento de incontinência urinária no período pós-parto - Instruir os enfermeiros obstetras	Estudo quantitativ o - Ensaio Controlad o Randomiz ado Recolha de dados: questionár ios realizados a grávidas e aos	O artigo reúne informação através da realização de questionários a mulheres no período pós-parto no sentido de conhecer a prevalência da incontinência urinária associada a disfunção do pavimento pélvico. Além disso, é destacada a importância de formar e informar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros obstetras, relativamente à necessidade de incluírem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico nas suas intervenções de enfermagem junto das grávidas, de forma a prevenir complicações como a incontinência urinária.

2022)	<p>para a inclusão de sessões de educação para a saúde acerca da importância de exercícios do pavimento pélvico na gravidez</p> <p>Amostra: Um grupo de 17 enfermeiros obstetras</p>	<p>enfermeiros obstetras e realização de 1 entrevista semi-estruturada aos enfermeiros</p> <p>Nível de evidência 3 (JBI Levels of Evidence).</p>	
<p>Artigo 3</p> <p>“Mode of delivery preferences among multiparous women based on previous birth experience.”</p>	<p>Objetivo:</p> <p>- Conhecer a relação entre as expectativas associadas ao nascimento e a experiência em</p>	<p>Estudo observacional sem grupo de controlo</p>	<p>Verifica-se a importância atribuída a uma experiência de parto positiva, no que se refere às expectativas para gravidezes seguintes. Neste sentido, é destacada a importância da preparação do pavimento pélvico e prevenção da sua disfunção em qualquer circunstância ou tipo de parto, quer seja via vaginal ou cesariana. Por</p>

<p>(Ďuríčková, Škodová, Bašková, 2021)</p>	<p>gravidezes anteriores.</p> <p>Amostra:</p> <p>Foram consideradas 111 mulheres gravidez (cerca de 31 anos) que já tenham tido filhos.</p>	<p>Recolha de dados:</p> <p>questionário e revisão de literatura</p> <p>Nível de evidência</p> <p>3 (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>outro lado, são evidenciados dados relativos ao aumento do número de partos instrumentalizados, nomeadamente cesarianas, e a relação entre estes e o aparecimento de situações como incontinência urinária no período pós-parto, por ausência de preparação do corpo da mulher.</p> <p>Identifica a necessidade de valorizar os exercícios de preparação do pavimento pélvico em qualquer gravidez e a sua contribuição em qualquer parto.</p>
<p>Artigo 4</p> <p>“Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Comparar um plano combinado de exercícios dos músculos do pavimento pélvico com o os exercícios utilizados atualmente e um plano apenas</p>	<p>Estudo quantitativo - Ensaio Controlado Randomizado.</p> <p>Recolha de dados:</p>	<p>O estudo é realizado em 3 momentos: às 22 semanas de gestação, às 36 semanas de gestação e 3 meses após o parto. Ao longo deste tempo, é avaliada a diferença entre quem está apenas a executar os exercícios de preparação para o parto habituais e quem realiza também os exercícios específicos do pavimento pélvico, obtendo-se como resultado que estes últimos devem ser considerados como prioritários na prevenção da incontinência urinária.</p>

for a pragmatic randomized controlled trial” (Sobhgol; Priddis; Smith; Dahlen, 2019)	com os exercícios atualmente aplicados. Amostra: Foram consideradas 200 participantes, sendo um critério de inclusão, ter menos de 22 semanas de gestação	questionário e análise estatística Nível de evidência 3 (JBI Levels of Evidence).	
Artigo 5 “The Effects of Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: a quasi-experimental study” (Feria-ramírez; Gonzalez-sanz; Molina-luque; Molina-recio, 2021)	Objetivo: Investigar a influência da prática de pilates ao longo da gravidez, no que se refere à incidência e grau de trauma perineal no período intraparto Amostra: Grupo de 48 pessoas (controlo) + Grupo de 24 grávidas que	Estudo quase-experimental com grupo de controlo Recolha de dados: questionários e análise de conteúdo Nível de	Neste artigo, encontra-se presente novamente a importância de especializar e formar os profissionais de saúde, sensibilizando-os, para a aquisição de competências que permitam ensinar as mulheres a realizar exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, aumentando a sua literacia em saúde. Sugere-se a criação de programas de treino, de aplicações virtuais, e outros meios que permitam o aperfeiçoamento destes mesmos exercícios e de aulas de pilates, de forma a providenciar recursos para as grávidas no seu quotidiano.

	praticaram pilates ao longo da gravidez	evidência 2 (JBI Levels of Evidence).	
<p>Artigo 6</p> <p>“Effect of pelvic floor muscle training on female sexual function: A systematic review protocol and meta-analysis.”</p> <p>Hua, J., Li, T., Liu, S., Zhang, D., Chen, X., Cai, W., & Chen, L. (2024)</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Realizar uma revisão sistemática integrativa que demonstre o impacto do treino da musculatura do assoalho pélvico na função sexual da mulher.</p> <p>Amostra:</p> <p>Estudos em espanhol, português ou inglês que envolvam mulheres com mais de 18 anos que tenham realizado programas de exercícios de treino</p>	<p>Recolha de dados:</p> <p>Pesquisa de dados nas seguintes bases eletrônicas : Cochrane Library, CINAHL, MEDLIN E, EMBASE, PsycINFO ,Web of Science e Scopus.</p> <p>Nível de evidência:</p>	<p>Neste artigo, é demonstrado o impacto da função sexual na qualidade de vida das mulheres e na saúde do assoalho pélvico. As disfunções sexuais femininas são bastante comuns em mulheres com problemas no assoalho pélvico. Vários estudos associam a eficácia do treino da musculatura pélvica a uma melhoria da função sexual feminina.</p>

	do assoalho pélvico. Formados 9 subgrupos: mulheres saudáveis; mulheres com incontinência urinária; mulheres com prolapso de órgãos pélvicos; mulheres em situação de pós-parto; mulheres submetidas a cirurgia de reconstrução vaginal; mulheres de idade avançada; mulheres com esclerose múltipla; mulheres com dispareunia; mulheres com dor pélvica.	3 (JBI Levels of Evidence).	
--	--	--	--

Fonte – Elaboração própria

Após análise dos artigos selecionados, foi possível constatar que existe uma relação entre a execução de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (EFP) e a diminuição da incidência de disfunções deste último.

Verificou-se, ainda, que têm sido desenvolvidas diversas iniciativas, nomeadamente aplicações para o telemóvel, criadas por enfermeiros, que promovem a correta execução dos EFP (Bick, Bishop, Coleman, Dean et al., 2022) e que realizam um acompanhamento ao longo do período que antecede o parto (Sobhgol, Priddis, Smith, Dahlen, 2019), bem como no período após o nascimento, de forma a prevenir ou corrigir e minimizar potenciais disfunções.

Neste sentido, e de acordo com Bugge, Strachan, Pringle & Hagen (2022), foi possível apurar as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em incluir nas sessões de preparação para o parto e parentalidade esta temática. Por outro lado, para que a abordagem deste tema seja efetuada de forma aprofundada e especializada, é necessário o investimento na formação dos enfermeiros, no caso, enfermeiros obstetras, procurando uma intervenção individualizada e com qualidade (Feria-Ramírez, Gonzalez-Sanz, Molina-Luque, Molina-Recio, 2021).

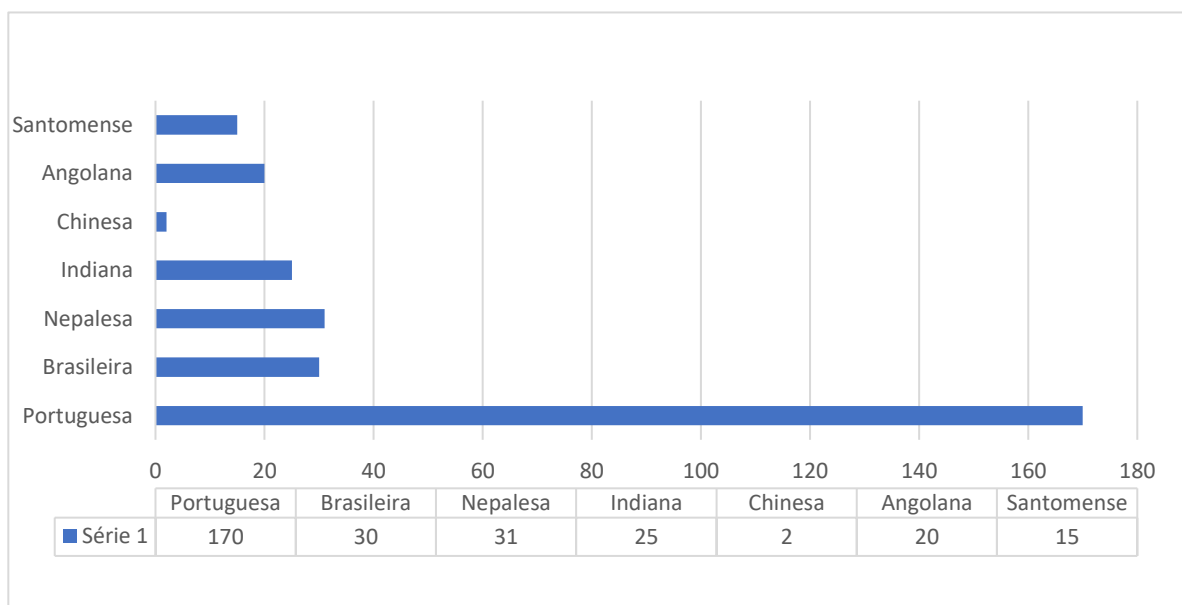
Finalmente, confirmou-se também a importância dos EFP em situações de cesariana, uma vez que o fortalecimento das estruturas do assoalho pélvico, devido à sua natureza muscular, deve ser incentivado e têm de ser tonificada estas mesmas estruturas, pelo facto de sustentarem o peso do recém-nascido e pelas alterações fisiológicas ao longo da gravidez (Đuričková, Škodová, Bašková, 2021). Deste modo, o impacto destas alterações no funcionamento e na estrutura do pavimento pélvico condiciona a qualidade de vida das mulheres ao nível da sua sexualidade, autoestima e autocuidado (Hua, J. et al, 2024).

2.2. Caracterização Sociodemográfica da População-Alvo

No presente estudo foram incluídas todas as mulheres com quem tive contacto ao longo de todos os estágios. As idades das mesmas estiveram compreendidas entre os 16 e os 60 anos. Categorizaram-se as mulheres de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontravam – período preconcecional, gravidez, puerpério e menopausa. De seguida, constatou-se a prevalência das suas alterações do pavimento pélvico (Figura 5).

Relativamente à nacionalidade (Figura 5), 58% corresponde a mulheres com nacionalidade portuguesa, sendo as restantes de nacionalidades estrangeiras. Tal como referido anteriormente, em Portugal tem-se verificado um aumento da população estrangeira e, conseqüentemente, também, o que culmina numa grande diversidade cultural. Os enfermeiros deverão estar cada vez mais despertos para as diferentes normas, valores e práticas que determinam a forma como a pessoa percebe a sua saúde. O desenvolvimento de competências culturais é fundamental para abordar as diferenças e adotar as melhores práticas nos cuidados, para além de ser determinante na comunicação enfermeiro-utente (Červený et al., 2022).

Figura 5 – Nacionalidade da população-alvo



Fonte – Elaboração própria

2.3. Caracterização Obstétrica da População-Alvo

Quanto aos dados obstétricos, constatou-se que 55% eram mulheres multíparas e 45% primíparas (Tabela 1.).

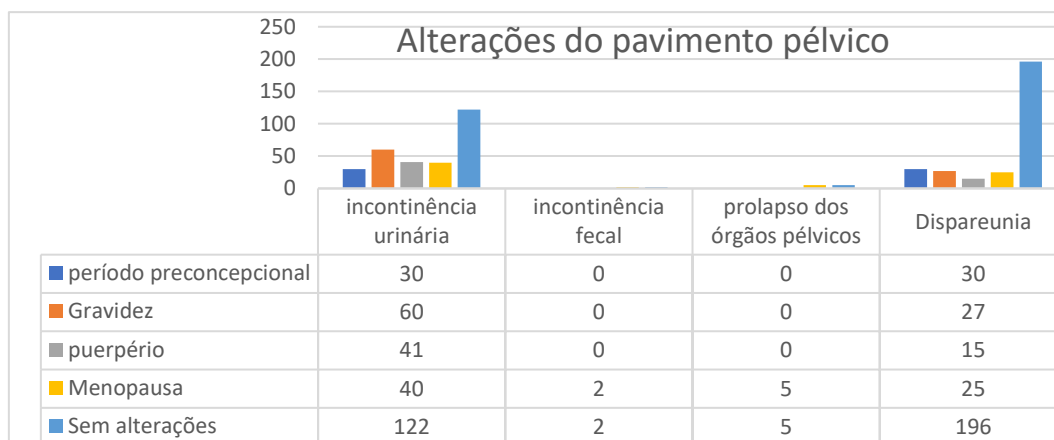
Tabela 1 – Paridade da população-alvo

Paridade	N	Porcentagem
Primípara	132	45%
Multípara	161	55%

Fonte – Elaboração própria

Por outro lado, relativamente ao tema em estudo, foi recolhida informação através de conversas informais, momentos de educação para a saúde, partilha e esclarecimento de dúvidas, anamnese e momentos de alta, que permitiram apurar as disfunções do pavimento pélvico experienciadas pela população-alvo ao longo da sua vida (ver Figura 6).

Figura 6 – Alterações do Pavimento Pélvico na População-Alvo



Fonte – Elaboração Própria

3. Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) descreve o Enfermeiro como um profissional classificado com competências técnicas, científicas e humanas que, após especialização, lhe são acrescidas competências para cuidados de enfermagem na sua área de especialidade. Para a aquisição de competências é necessária prática reflexiva, baseada em evidência científica, uma vez que a reflexão permite desenvolver pensamento crítico, ter autoconsciência, fazer autoavaliação e interrelacionar a teoria com a prática (Bass et al., 2020).

Assim, ao longo deste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos, juntamente com a sua análise reflexiva, com vista a retratar o processo de desenvolvimento e mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas e de competências específicas do EEESMO.

A prática clínica ao longo do estágio esteve assente no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, promovendo-se cuidados direcionados para a promoção da saúde, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis, destacando a importância da própria pessoa na gestão dos seus comportamentos e tendo em conta as variáveis descritas anteriormente que constituem determinantes para os comportamentos em saúde.

3.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

No Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, são descritas as competências comuns dos enfermeiros especialistas, independentemente da especialidade, de acordo com quatro domínios, sendo estes a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e, por fim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em relação às competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, incluem-se: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e conforme a legislação, dentro da área de especialidade, agindo em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão; a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Assim, procurou-se desenvolver estas competências através da adoção de uma atitude que respeitasse os valores, crenças, atitudes e escolhas das mulheres, casais e famílias, priorizando os princípios de privacidade e confidencialidade, além de promover um espírito de equipa que resultasse

| em cuidados de excelência e numa boa relação com outros profissionais. Independentemente do ambiente de atuação, os cuidados prestados envolveram a participação ativa dos utentes, casais e famílias, tendo em conta os seus desejos, expectativas, medos e dúvidas. Procurou-se esclarecer dúvidas com base em informações confiáveis e fidedignas e promover a tomada de decisões informadas, envolvendo-os no processo de cuidado.

Quanto ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este abrange competências como: assumir um papel de liderança no desenvolvimento e apoio de iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão clínica; desenvolver práticas de qualidade, participando e colaborando em programas de melhoria contínua; assegurar um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece padrões de qualidade para os cuidados prestados pelos enfermeiros, com o objetivo de fomentar a reflexão crítica e a melhoria contínua. Estes padrões incluem enunciados descritivos, que orientam o caminho da qualidade, como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a reabilitação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2021). As competências no âmbito da gestão dos cuidados incluem: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e coordenando-a com a equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

A identificação das necessidades de saúde e a consciencialização dos recursos disponíveis são essenciais para fornecer cuidados diferenciados e de qualidade. Neste sentido, o enfermeiro supervisor desempenha um papel importante na articulação entre o estudante e o ambiente institucional, bem como na integração na equipa.

As ações dos enfermeiros são consideradas autónomas, mas interdependentes, já que precisam de ser articuladas com outros profissionais para atingir um objetivo comum (OE, 2015). A coordenação com a equipa em diferentes contextos clínicos permitiu reconhecer a interdependência das diversas funções e papéis de cada membro da equipa, o que impactou de maneira positiva a qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, as competências relacionadas ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais incluem: desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade; prática clínica baseada em evidências científicas (OE, 2019). Durante a realização do estágio ficou evidente a grande necessidade de autoconhecimento, gestão de ansiedade, e reconhecimento de necessidades pessoais, associados a todo o contexto clínico e à integração em novas equipas, acumulando ao mesmo tempo a prática profissional.

No que se refere ao desenvolvimento da competência de prática baseada em evidências científicas, a prioridade sempre foi prestar cuidados baseados em normas, protocolos, diretrizes e literatura fidedigna, atualizada e disponível em bases de dados. Na temática de promoção da saúde do pavimento pélvico da mulher, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que contribuiu para a reflexão e melhoria na prestação de cuidados.

Na prática clínica do EEESMO, são colocadas em prática tanto as competências do enfermeiro de cuidados gerais, como as competências específicas decorrentes do aprofundamento de conhecimentos diferenciados, (OE, 2021). De acordo com as competências específicas do EEESMO, descritas em Diário da República, 2.ª série, N.º 85, de 3 de maio de 2019, o foco primordial dos cuidados desta especialidade constitui a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, devendo ser entendida como um ser individual e holístico (OE, 2019).

No Regulamento n.º 391/2019, estão patentes as áreas de intervenção pelas quais o EEESMO assume responsabilidade, sendo estas: cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período pré-concepcional, no período pré-natal, durante o TP, no período pós-natal e no período do climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e, ainda, no cuidado a mulheres em idade fértil inseridas na comunidade. Ao longo deste subcapítulo, serão descritas cada uma das competências específicas e as atividades desenvolvidas, com base na reflexão crítica e na melhoria contínua.

3.2. Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Na prática clínica do EEESMO, são colocadas em prática, tanto as competências do enfermeiro de cuidados gerais, como as competências específicas que decorrem do aprofundamento de conhecimentos diferenciados (OE, 2021). De acordo com as competências específicas do EEESMO, descritas em Diário da República, 2.ª série, N.º 85, de 3 de maio de 2019, o foco primordial dos cuidados desta especialidade é a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, devendo ser entendida como ser individualizado e holístico (OE, 2019).

No Regulamento n.º 391/2019, estão patentes as áreas de intervenção pelas quais o EEESMO assume responsabilidade: Cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcepcional, no período pré-natal, durante o TP, no período pós-natal, no período do climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e, ainda, no

cuidado a mulheres em idade fértil inseridas na comunidade.

Ao longo deste subcapítulo, serão descritas cada uma das competências específicas e as atividades desenvolvidas, com base na reflexão crítica e na melhoria contínua.

3.2.1. Competência 1 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.”

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.”

A saúde sexual e reprodutiva é abrangente e determinante para a aquisição de experiências positivas para a mulher. Desta forma, é fundamental que esta possua recursos que vão ao encontro das suas necessidades e dúvidas, promovendo a saúde sexual e a educação para a saúde, ao longo de toda a vida, aumentando a sua qualidade de vida (DGS, 2008).

No contexto clínico dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), foi possível participar em consultas de saúde da mulher. Destacam-se dois atendimentos que resultaram na colocação de métodos contraceptivos, um Dispositivo Intrauterino (DIU) e um implante. Foram explicados os mecanismos de ação desses métodos, além de fornecidas orientações sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e a adoção de estilos de vida saudáveis. Foram também realizadas 65 colpocitologias e respetivas ações educativas que contemplaram a vivência de uma sexualidade positiva e segura.

O EEESMO desempenha um papel essencial no apoio às mulheres em relação à contraceção, oferecendo intervenções específicas e individualizadas que promovem escolhas informadas e seguras. Uma das primeiras intervenções realizadas é a avaliação personalizada das necessidades contraceptivas, na qual o enfermeiro realiza uma consulta detalhada para entender o histórico de saúde reprodutiva da mulher, as suas condições médicas e o contexto pessoal, como o desejo de ter filhos no futuro e as práticas sexuais. Isto permite que a escolha do método seja adequada às necessidades e expectativas de cada mulher. Outra intervenção essencial é a educação sobre os diferentes métodos contraceptivos. Além de explicar a eficácia, benefícios e potenciais efeitos secundários e forma de utilização, o enfermeiro esclarece o funcionamento de cada método, permitindo que a mulher faça uma escolha informada. Por outro lado, o EEESMO também atua no contexto da contraceção de emergência,

orientando sobre a pílula do dia seguinte, o momento certo para a utilizar e como aceder a esse método de forma segura. Além disso, faz o acompanhamento posterior ao uso e sugere a transição para um método contraceptivo regular para evitar gravidezes indesejadas no futuro.

Outro papel importante do EEESMO é o seguimento das mulheres que já estão sob algum método contraceptivo, em consultas de planeamento familiar, nas quais é possível verificar a adaptação da mulher ao método escolhido, além de gerir possíveis efeitos adversos, como alterações no ciclo menstrual ou outros sintomas. Quando necessário, o EEESMO facilita a mudança para outro método de forma segura.

No estágio no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), foram vivenciadas diversas situações de gravidez não evolutiva, como abortos espontâneos, aborto retido, aborto incompleto, gravidez ectópica e interrupções voluntárias da gravidez (IVG).

A maioria das mulheres com aborto espontâneo procurou o serviço de urgência devido a hemorragia e dor abdominal antes das 11 semanas de gestação, sem ter sido necessário recorrer a tratamento médico. O aborto espontâneo afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva e é uma das complicações mais comuns na gravidez (Wang et al., 2023), sendo que mais de 80% ocorrem antes das 12 semanas (Nené et al., 2016).

Observaram-se situações de aborto retido, onde o embrião permanece no útero sem batimentos cardíacos, sobretudo no início do segundo trimestre, sendo que a opção de tratamento mais comum foi a administração de misoprostol, seguido de curetagem, se necessário (Campos, 2017). Nesses casos, foram prestados cuidados e apoio emocional às mulheres, além da sua transferência para o serviço de Ginecologia ou para o Internamento de Grávidas, dependendo da idade gestacional (inferior ou superior a 22 semanas).

No contexto de CSP, foi desenvolvido algum material de apoio nas sessões de educação para a saúde que consistiu principalmente em folhetos alusivos à saúde do pavimento pélvico e aos exercícios e massagem perineal, tendo sido entregues às utentes e explorados no decorrer das consultas.

3.2.2. Competência 2: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”.

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal.”

Ao longo do estágio em contexto clínico de CSP foram prestados cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, inscritas e a frequentar o PPPP, e também em contexto de consulta de saúde materna. Neste contexto, foram adquiridas competências ao realizar intervenções como: educação para a saúde sobre desconfortos da gravidez, hábitos saudáveis, vigilância de saúde através da monitorização da gravidez e do bem-estar fetal, realização de manobras de Leopold, medição do perímetro abdominal, medição da altura do fundo uterino (AFU) e ABCF; transmissão de informação e orientação sobre sinais de alerta e sinais para recorrer ao SUOG, nomeadamente sinais de início de trabalho de parto; promoção, apoio e aconselhamento na elaboração do plano de parto; intervenções de promoção do aleitamento materno e segurança do RN.

Foram também divulgados folhetos atualizados acerca das principais alterações em cada um dos semestres da gravidez e um panfleto sobre as disfunções do pavimento pélvico com exercícios para promover a saúde desta musculatura do corpo da mulher (Apêndice G). As grávidas consideraram pertinente toda esta informação e nas consultas seguintes expuseram dúvidas referindo que a informação precedente contribuiu para a sua qualidade de vida no quotidiano.

Com base no modelo de Nola Pender e no tema selecionado, ao longo do estágio, foi fundamental incidir sobre grávidas com disfunções do pavimento pélvico, tentando reconhecer a forma como a sua qualidade de vida é afetada, os sentimentos relacionados com o comportamento e a vontade de compromisso com um plano de ação, que incluísse exercícios apropriados.

Em contexto de Internamento de Grávidas, foram prestados cuidados a grávidas com situações de risco ou que necessitavam de vigilância em contexto de internamento, muitas vezes prolongado, cerca de 80 grávidas.

Durante o período de estágio foi possível prestar cuidados a grávidas com patologias como: ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, pielonefrite, oligoâmnios, hidrâmnios, pré-eclâmpsia, hemorragia do 2º e 3º trimestre e colestase gravídica. No sentido de prestar cuidados personalizados e baseados evidência mais atual, foi necessário aprofundar conhecimentos teóricos acerca das diversas patologias obstétricas, uma vez que

será este aporte teórico específico do EEESMO que permite a colocação em prática de intervenções junto destas mulheres.

Relativamente ao desenvolvimento e aquisição de competências acerca das situações de abortamento, importa referir que a Lei n.º 16/2007 esclarece que, perante consentimento da mulher, é legal a interrupção da gravidez medicamente assistida, em meio hospitalar oficialmente reconhecido para tal, sempre que «houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez [...]» (Diário da República, 2007, p. 2417). Assim, destaca-se uma situação de interrupção médica da gravidez, que decorreu durante o contexto clínico em Internamento de Grávidas, uma situação de uma mulher com 40 anos, com idade gestacional de vinte e uma semanas e quatro dias, um feto com uma cardiopatia malformativa. Nesta situação o apoio emocional e a disponibilidade adquirem um valor incalculável, sendo que a equipa presta cuidados centrados na mulher e suas pessoas significativas, demonstrando respeito e compreensão.

3.2.3. Competência 3: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP”

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.”

O anseio das mulheres por uma vivência gratificante durante o parto está associado a um trabalho de parto (TP) e a um nascimento que sejam fisiológicos, levando em conta suas expectativas pessoais e socioculturais. É fundamental que esse processo ocorra em um ambiente seguro, contando com o suporte emocional de um acompanhante e com a assistência de profissionais de saúde qualificados e atenciosos.

Quando esses fatores são atendidos, a mulher experimenta um sentimento de realização pessoal e controlo, participando ativamente nas decisões, mesmo em situações que exigem intervenções médicas (WHO, 2018).

O TP divide-se em quatro estádios: primeiro estágio (apagamento e dilatação do colo); segundo estágio (período expulsivo); terceiro estágio (dequitação) e quarto estágio (puerpério imediato). O primeiro estágio foi dividido, pela primeira vez, por Friedman em fase latente e fase ativa (Néné et al.,

2016). Segundo as novas diretrizes da OMS, considera-se fase latente o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e irregulares e alterações variáveis do colo do útero, com dilatação até aos 5 cm. Já a fase ativa do TP é caracterizada por contrações dolorosas e regulares, com dilatação desde os 5 cm até à dilatação completa (WHO, 2018).

Quando a grávida dá entrada no SUOG em início de TP, é feito o acolhimento, anamnese, confirmação da presença e regularidade das contrações, perda de líquido amniótico, perda de sangue e percepção dos movimentos fetais. De seguida, procede-se à monitorização do bem-estar materno-fetal, através da avaliação dos parâmetros vitais e realização de CTG, durante 30 minutos. De seguida, é colhido sangue para análises e colocado cateter venoso periférico, após consentimento da grávida e prescrição médica. De acordo com a sintomatologia manifestada pela grávida e seu consentimento, é realizada avaliação do colo uterino antes ou após os procedimentos descritos anteriormente.

Assim sendo, foi possível promover ações que visassem o conforto e bem-estar da mulher e promover medidas de controlo da dor. Em mulheres grávidas saudáveis, com gravidez debaixo risco, promoveu-se a mobilidade e posições verticais, nomeadamente através de exercícios na bola de pilates, incentivaram-se técnicas de relaxamento, nomeadamente através da respiração e da música e foi incentivado o duche morno, na sala *snozelen*.

O EEESMO deve aprimorar a comunicação com as mulheres em trabalho de parto, assegurando que informações precisas sejam transmitidas e permitindo que as parturientes compartilhem seus sentimentos e emoções (Trindade et al., 2020). Ao receber uma grávida na sala de parto, a mestranda apresentava-se como estudante de mestrado, e sempre obteve *feedback* positivo tanto das parturientes quanto dos acompanhantes. Foi priorizada a apresentação do ambiente, garantindo um espaço seguro e confortável durante o trabalho de parto, com a opção de ajustar a iluminação e oferecer musicoterapia ou aromaterapia, conforme as preferências do casal.

Para entender a frequência de participação em PPPP, todas as parturientes foram questionadas. Constatou-se que, de um total de 40 partos realizados, apenas 13 mulheres haviam participado do programa e um número ainda menor, apenas 5, elaborou um plano de parto, muitas vezes de forma independente. Essa realidade é corroborada por Hidalgo-Lopezosa et al. (2021), que no seu estudo revela que, embora a criação de um plano de parto traga benefícios significativos para a satisfação da experiência de parto e para os resultados materno-fetais, apenas uma pequena minoria das mulheres elabora esse documento. Portanto, é necessário intensificar os esforços para aumentar a literacia tanto entre as mulheres e suas famílias como entre os profissionais de saúde, que muitas vezes ainda apresentam resistência a esta temática (Hidalgo-Lopezosa et al., 2021).

De acordo com a OMS, as estratégias de alívio da dor são fundamentais nos cuidados intraparto, sendo a analgesia epidural, a analgesia opióide e as técnicas não farmacológicas aconselhadas para alívio da dor, consoante preferência da mulher (WHO, 2018). Assim, foi prestada colaboração ao médico anestesiológista na colocação de cateteres epidurais, administrada terapêutica opióide prescrita pelo médico e aconselhadas técnicas de controlo da dor, nomeadamente a adoção de posições verticais, a deambulação, a dança e a musicoterapia. A intervenção do EEESMO assume destaque na promoção das medidas não farmacológicas do controlo de dor da parturiente, na medida em que realiza uma avaliação contínua da dor sentida pela mesma, conhece as fases do trabalho de parto e as alterações fisiológicas que as mesmas desencadeiam, o que lhe permite orientar a parturiente para os exercícios mais adequados à sua situação, explorando as estratégias junto desta.

Durante os estágios, para além dos 40 partos eutócicos, foi possível apresentar participação ativa em 12 partos distócicos, englobando ventosas, fórceps e cesarinas de grávidas a quem foi acompanhado o TP, importando refletir sobre o papel do EEESMO na articulação com outros membros da equipa multidisciplinar, através das suas competências clínicas e de gestão, no sentido de identificar precocemente a existência de complicações associadas à parturiente ou ao feto, em situações de possíveis emergências obstétricas. O recurso às competências de gestão permite organizar a equipa, de modo que todos os membros saibam qual a sua intervenção, coordenando as ações necessárias à resolução deste tipo de situações.

Relativamente à rotura da bolsa amniótica, foram seguidas as recomendações da OMS e realizada amniotomia apenas quando verificada necessidade, respeitando a evolução normal do TP (WHO, 2015). Perante necessidade de realizar amniotomia, recorreu-se a pinça de rotura, garantindo que a apresentação cefálica se encontrava bem apoiada no colo do útero, evitando prolapso do cordão. A amniotomia deve ser realizada quando existe necessidade de avaliar as características do líquido amniótico, em caso de necessidade de monitorização interna ou para promoção da evolução do TP (Campos, 2017), tendo sido realizadas por mim 10 amniotomias.

Em contexto de SUOG, foi ainda possível realizar intervenções à parturiente com patologia associada, nomeadamente diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, exigindo maior controlo e vigilância. No total, contabilizaram-se 30 vigilâncias de TP de risco.

Ao atingir o segundo estágio do trabalho de parto (TP), é fundamental levar em consideração as diretrizes da OMS, que apontam que a duração do período expulsivo pode variar. Para mulheres que já tiveram partos anteriores, esse tempo pode chegar a duas horas, enquanto para primíparas pode se estender até três horas (WHO, 2018). Compartilhar essa informação com os casais é extremamente

| importante e, frequentemente ajuda a acalmá-los. Neste momento, as habilidades de comunicação assumem um papel crucial, já que a parturiente pode experimentar sentimentos de exaustão e desânimo, lidando com uma série de emoções. O EEESMO deve adotar uma postura que transmita serenidade, leveza, motivação e empatia.

Quando a dilatação atingiu o seu máximo, a parturiente foi incentivada a realizar esforços expulsivos, seguindo seu próprio ritmo. No contexto da analgesia epidural, observou-se que, em algumas ocasiões, a percepção das contrações era limitada, o que tornava os esforços expulsivos menos eficazes. Nesses casos, foi necessário motivar e orientar a parturiente a sincronizar os esforços expulsivos com as contrações uterinas que o profissional percebia, mantendo uma vigilância contínua da frequência cardíaca fetal.

A OMS recomenda que o uso de episiotomia seja restrito para promover uma experiência de parto positiva, sugerindo sua aplicação de maneira criteriosa (WHO, 2018). A decisão de realizar uma episiotomia não foi simples, e o apoio das supervisoras clínicas foi crucial nesse processo. Apenas uma episiotomia foi efetuada, em decorrência de distócia de ombros. Para prevenir o trauma perineal, optou-se pela realização de massagem perineal durante o segundo estágio do TP, utilizando gel lubrificante. Além disso, a manipulação perineal foi minimizada durante o TP, ajudando a evitar o edema do períneo e permitindo uma adaptação gradual dos tecidos às estruturas fetais. Ao todo, foi realizada uma episiotomia, registrando-se 28 lacerações de Grau I, das quais apenas 10 necessitaram de sutura, além de 2 lacerações de Grau II e 9 períneos íntegros.

Entre as emergências obstétricas enfrentadas, destacam-se a distócia de ombros (resolvida com a manobra de McRoberts, Rubin I e Rubin II), circulares cervicais apertadas (tratadas com clampagem precoce do cordão) e placenta retida (solucionada com dequitação manual pela equipa médica). Estas emergências são complicações agudas que exigem respostas rápidas e colocam em risco a vida de mães e fetos. Por serem eventos raros, oferecem poucas oportunidades para treino prático aos profissionais, o que pode afetar sua experiência nessas situações, nomeadamente treino frequente em equipa com prática simulada de situações de emergências obstétricas.

No que se refere à clampagem tardia do cordão umbilical, que deve ocorrer pelo menos um minuto após o nascimento, e essa prática foi comumente adotada. Também foi incentivado que os pais realizassem o corte do cordão. Quando a parturiente apresentava grupo sanguíneo Rh negativo, foi coletado sangue do cordão para tipagem, a fim de confirmar a necessidade de profilaxia para isoimunização Rh. Além disso, foram coletadas células-tronco para um kit, conforme as orientações de cada laboratório.

O terceiro estágio do trabalho de parto (TP), conhecido como dequitação, conclui-se com a expulsão da placenta. Foi adotada uma postura expectante, considerando que a maioria das placentas é expelida entre cinco a sete minutos após o nascimento do feto, embora esse tempo se possa estender até 45 minutos (Nené et al., 2016).

Após a dequitação, as suturas perineais foram realizadas com os devidos cuidados de assepsia, sob analgesia epidural ou anestesia local. Essa área foi cuidadosamente avaliada de forma a identificar possíveis lesões e prevenir complicações como infecções ou disfunções do pavimento pélvico. O EEESMO desempenha um papel importante nesse processo, garantindo que a mulher receba os cuidados adequados para sua recuperação.

Inicialmente, foi realizada a avaliação da região perineal – integridade da pele, hematomas, edemas ou sinais de infecção - através da observação direta da área, que deve ser realizada com a mulher em posição confortável e respeitando sua privacidade. No caso de uma episiotomia ou laceração, a sutura foi examinada para garantir que está íntegra, sem sinais de abertura ou infecção.

Além da observação, o enfermeiro deve realizar uma palpação suave da região perineal para avaliar a sensibilidade, dor e a presença de qualquer flutuação que possa indicar um hematoma ou abscesso. A dor ou desconforto ao toque pode ser um indicativo de inflamação ou infecção. Outro aspecto fundamental é a avaliação da função do pavimento pélvico. O enfermeiro deve avaliar se existiu alguma lesão no meato urinário ou na região anal, que podem ser indicativos de DPP. Além disso, é importante orientar sobre a importância dos EFPP, como os exercícios de Kegel, para prevenir problemas futuros. (Swenson, Low, Kowalk, & Fenner, 2019).

Caso o tema ainda não tivesse sido abordado, introduziu-se a questão da amamentação, buscando compreender os desejos e preocupações da puérpera. Além disso, eram fornecidas orientações sobre os cuidados com o pavimento pélvico, integrando essas informações às instruções previamente transmitidas durante o contato com a parturiente.

Em relação ao recém-nascido (RN) e à formação de vínculos na díade/tríade, foram adquiridas competências por meio da avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina, incluindo a avaliação do índice de APGAR; criação de um ambiente favorável à transição do RN, com a preparação do local antes do parto e a promoção do contato pele a pele imediatamente após o nascimento, tanto com a mãe quanto com o pai; prestação de cuidados ao RN em colaboração com o pediatra, especialmente em casos de cesariana e reanimação neonatal; e a administração dos primeiros cuidados, como a aplicação de 1 miligrama de Vitamina K por via intramuscular bem como a facilitação da amamentação, caso essa fosse a preferência da mãe. Durante o estágio, todas as puérperas optaram por iniciar a

amamentação na primeira hora após o parto.

No puerpério imediato, correspondente ao quarto estágio, foram oferecidos cuidados tanto à puérpera quanto ao RN, que permaneceram em alojamento conjunto e frequentemente em contato pele-a-pele, o que facilitou o início da amamentação.

Nas primeiras duas horas após o parto, foram seguidas as orientações da OMS, realizando a avaliação do tônus uterino para prevenir a atonia, além de monitorizar a involução uterina e as perdas hemáticas vaginais. A verificação rotineira dos parâmetros vitais, como pressão arterial e frequência cardíaca, também foi realizada, assim como a avaliação da micção espontânea (WHO, 2018). Nalguns casos, foi necessário proceder ao esvaziamento vesical, devido à presença de globo vesical e à ausência de sensibilidade da puérpera para urinar espontaneamente, em decorrência da analgesia epidural.

No SUOG, os registros são efetuados no Partograma e completados no sistema informático SClínico.

3.2.4. Competência 4: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A OMS declara que os cuidados pós-natal são fundamentais na continuidade dos cuidados maternos, neonatais e infantis e que uma experiência pós-natal positiva é aquela em que as mulheres, RN's, pais e famílias recebem apoio, de forma consistente, de profissionais de saúde motivados, que num sistema de saúde flexível, respeite as necessidades das mulheres e recém-nascidos, tendo em conta o seu contexto cultural (WHO, 2022).

No puerpério, a pessoa cliente é a mulher numa perspetiva coletiva, considerando as suas necessidades, que podem ser enquanto mulher, mãe ou puérpera, assim como os elementos que a rodeiam: RN, homem/pai, casal, família e sociedade (OE, 2021).

Foi preciso definir prioridades nos cuidados às puérperas e recém-nascidos, além de entender as expectativas relacionadas à adaptação no período pós-parto. Quanto ao internamento, é fundamental que os cuidados sejam cuidadosamente planeados, dado que o tempo de permanência é relativamente

curto. As ações devem focar-se na recuperação da mulher e na sua capacidade de cuidar de si e do recém-nascido, sempre incluindo a pessoa significativa.

Nos cuidados ao RN, a intenção foi sempre capacitar a puérpera/casal para tal, nomeadamente com o banho, muda da fralda, cuidados ao coto umbilical, cuidados com a pele, alertando para alterações e sinais e sintomas de alarme.

Além das transformações físicas e psicológicas, o puerpério é uma fase de transição para a parentalidade, marcada por mudanças profundas que afetam o autoconceito, os papéis sociais e as rotinas diárias da mulher e do seu contexto familiar (Bogdan et al., 2022). Desta forma, e através da aplicação do Modelo de Nola Pender (2015), ao considerar a existência destas alterações, procurou estabelecer-se uma relação de empatia, segurança e confiança com cada uma das puérperas, no sentido de delinear um plano de intervenções para cada uma delas. Assim, seria possível alcançar uma maior eficácia na promoção da sua saúde.

No serviço de Internamento de Puerpério as intervenções realizadas à puérpera centraram-se na avaliação da mesma: avaliação da pele e mucosas, monitorização da dor, avaliação de parâmetros vitais, avaliação obstétrica - mamas, mamilos e amamentação, involução uterina e lóquios. Assim como, vigilância da ferida cirúrgica ou perineal e presença de hemorroidas, avaliação dos membros inferiores (edemas e perfusão periférica) e avaliação do contexto familiar, psicológico e social.

O momento do puerpério acarreta alterações físicas, hormonais, fisiológicas e também psicológicas, sendo por isso um período intenso para a mulher (Nené et al., 2016). Se associado a este momento estiverem complicações ou patologias, o nível de exigência aumenta consideravelmente. Durante este estágio foram detetadas algumas situações de risco, quer seja a nível patológico, quer seja a nível social, contabilizando-se um total de 29 puérperas de risco e 12 RN's de risco, sendo a maioria das puérperas e RN com cenários de baixo risco.

Destaca-se a situação de uma puérpera que sofreu um parto por ventosa do qual resultou uma laceração perineal extensa (Grau III). Era uma primípara, aparentemente sem qualquer tipo de disfunção de pavimento pélvico prévia, que referiu nunca ter realizado sessões de preparação para o parto ou exercícios promotores da saúde desta estrutura; o parto foi em posição de litotomia, associado a um período expulsivo arrastado e a uma distocia de ombros, com o nascimento de um RN com 3800g. Este momento deu origem a um estudo de caso, como meio de planear os melhores cuidados a prestar a esta mulher (Apêndice D).

Para além destas situações, foram prestados cuidados a puérperas com outras complicações/patologias, nomeadamente: diabetes, hipertensão, anemia, hipotireoidismo, obesidade,

síndrome de HELLP, infecção, cardiopatias, entre outras, o que contribuiu para uma pesquisa acerca das patologias e o delineamento das intervenções a realizar.

Ao nível do internamento de puerpério, o momento da alta revelou-se importante na aquisição de competências relacionadas com a sexualidade e prevenção de nova gravidez, ao serem realizadas intervenções como: ensinamentos ao casal sobre a utilização de métodos contraceptivos, apoio na colocação de implantes ensinamentos sobre a utilização correta da pílula. Em todos estes momentos, a aplicação do modelo de Nola Pender permitiu fornecer informação acerca de estilos de vida saudáveis e recursos disponíveis para o planeamento familiar e prevenção de afeções ginecológicas, nomeadamente infeções sexualmente transmissíveis (IST), num ambiente promotor de confiança e empatia, que procurei criar até este momento, e considerando sempre o conhecimento prévio das mulheres, bem como as suas experiências, dúvidas ou desejos.

Nos três dias de estágio em UCIN, de natureza observacional, foi possível visualizar a prestação de cuidados a RN's de risco, nomeadamente prematuros e com patologias associadas, o que demonstrou ser bastante enriquecedor.

Relativamente ao AM foram desenvolvidas competências nesta área ao nível do Internamento de Puerpério, internamento de neonatologia e no SUOG, junto dos RN's a quem prestei cuidados. As ações de apoio à amamentação foram direcionadas a todas as mulheres que expressaram o desejo de amamentar, fornecendo orientações sobre sinais de uma boa pega, posições adequadas, prevenção de fissuras nos mamilos, reconhecimento de sinais e sintomas de mastite, descida do leite e cuidados essenciais. A seleção das informações compartilhadas levou em consideração o período do puerpério e as particularidades de cada contexto clínico e social.

Durante o processo de amamentação, o aconselhamento foi crucial para aumentar o conhecimento das mães, ajudando a reduzir inseguranças e corrigir ideias incorretas que poderiam originar o desmame precoce (Lopes & Chora, 2019). O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) desempenha um papel fundamental na adesão à amamentação, pois, devido à sua formação, possui maior sensibilidade e conhecimento para promovê-la, além de oferecer apoio diante das dificuldades enfrentadas pela mãe e pelo RN (Ferreira et al., 2018).

3.2.5. Competência 5: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.”

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no

|
sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

No decorrer do estágio, foi possível contactar com mulheres nesta fase da vida e perceber a lacuna de informação existente acerca da diferença entre estes dois termos e o que diferencia cada uma delas. Assim, tentou capacitar-se a mulher para a sua saúde sexual e reprodutiva, adequando a etapa da vida em que se encontra e procurando fornecer-lhe maior conhecimento para promover a sua qualidade de vida. Estudos indicam que, após a menopausa, as mulheres apresentam um aumento do risco de desenvolver sintomas depressivos, além de níveis elevados de ansiedade e distúrbios do sono.

Dessa forma, foram desenvolvidas competências por meio das seguintes intervenções: reconhecimento das mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sexuais que ocorrem durante o climatério, além da cooperação com outros profissionais para oferecer cuidados adequados às mulheres que enfrentam complicações associadas a essa fase da vida.

No que se refere ao tema em estudo, constatou-se que as mulheres que apresentavam na sua maioria alterações relativas à sexualidade e controlo do esfíncter vesical, eram maioritariamente multíparas e não praticavam atividade física. A intervenção do EEESMO nesta fase é crucial também no âmbito da sexualidade, uma área muitas vezes esta é afetada por todas as alterações mencionadas anteriormente. As mudanças hormonais podem levar à diminuição da libido, secura vaginal e desconforto durante as relações sexuais, colocando em causa a qualidade de vida e o bem-estar emocional da mulher.

O EEESMO, com a sua formação específica, pode oferecer um espaço seguro para discutir essas questões, orientando sobre estratégias para melhorar a saúde sexual, como o uso de lubrificantes, terapias hormonais, ou tratamentos alternativos, além de incentivar o diálogo aberto com os parceiros. O apoio emocional e a educação sobre a normalidade dessas alterações ajudam a desmistificar preconceitos, reduzir a ansiedade e promover uma sexualidade saudável e satisfatória. (OE, 2019)

3.2.6. Competência 6: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.”

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Ao longo do estágio no SUOG-Admissão, foi possível ter contacto com mulheres com

|diversas patologias e alterações ginecológicas, destacando-se: mioma uterino, prolapso uterino, metrorragias, infeções vaginais, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), nódulos mamários, infeções sexualmente transmissíveis (como a clamídia), cancro do colo do útero, entre outras.

Neste contexto, sublinha-se a cooperação com outros profissionais de saúde, essencialmente equipa médica, na realização de exames vaginais, como sendo a colocação de espéculo para visualização do canal vaginal e colo do útero, ecografia vaginal, colheita de espécimes para análise, nomeadamente exsudado ou tecido endometrial com microcureta *endosampler* e colocação de pessários.

No estágio de CSP, em contexto de USF, foi possível participar em consultas de saúde da mulher, onde foram realizadas colpocitologias e prestado apoio na colocação de métodos contraceptivos, DIU e Implante subcutâneo.

Foram ainda prestados cuidados destinados à avaliação, estabilização e conforto da utente, como a avaliação de parâmetros vitais, transfusão sanguínea, soroterapia, administração de medicação e transferência da utente para o serviço de internamento de Ginecologia.

Independentemente da sintomatologia, uma prioridade nos cuidados a estas mulheres foi a orientação para estilos de vida saudáveis, importância da vigilância da saúde ginecológica e reconhecimento de sinais e sintomas de alerta que possam evidenciar alterações na sua saúde. Ao longo dos estágios foram prestados cuidados a um total de 49 mulheres com afeções ginecológicas.

3.2.7. Competência 7: “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.”

Descritivo: Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Durante o estágio, buscou-se promover a consciencialização sobre a importância de gravidezes planeadas e uma vivência saudável da sexualidade. Para isso, foram oferecidos aconselhamentos sobre métodos contraceptivos, recursos comunitários disponíveis e práticas de vida saudáveis. Sempre que necessário, foram destacados os riscos de hábitos prejudiciais, como o tabagismo e a obesidade.

Foi contemplada uma participação nas Jornadas da Saúde em Évora (Anexo I), na qual foi

| realizada uma exposição acerca das principais alterações do Pavimento Pélvico da mulher, bem como a exemplificação de diversos exercícios de fortalecimento dos músculos desta região, esclarecendo dúvidas e partilha de experiências.

No acompanhamento pré-natal, priorizou-se a identificação precoce de complicações relacionadas tanto à gestação quanto ao contexto socioeconómico e familiar da gestante. Um exemplo foi o caso de uma grávida internada com acompanhamento inadequado da gestação e comportamentos de risco, como o uso de álcool. A gravidez e o período pós-parto, para estas mulheres, podem ser os únicos momentos de contato com profissionais de saúde, sendo crucial que nesses encontros sejam fornecidos os recursos e apoios necessários. Por isso, é essencial que a abordagem seja livre de estigmas e preconceitos, utilizando uma linguagem acolhedora e focada na pessoa, com o objetivo de promover a recuperação (Barber & Terplan, 2023), tendo sido aplicado o Modelo de Nola Pender, de forma a conhecer o contexto desta mulher, as suas características e reunir informação que permita a adoção de um estilo de vida mais saudável.

A diversidade cultural também se mostrou um desafio ao longo do estágio, já que foram prestados cuidados a mulheres e casais de diferentes nacionalidades. Observou-se como as culturas e etnias moldam pensamentos, comportamentos, decisões e percepções das experiências. A barreira linguística foi um dos principais obstáculos, exigindo adaptações na comunicação, tendo sido necessário recorrer a ferramentas digitais de tradução - e respeito às crenças e tradições de cada mulher.

Ao longo do estágio, a educação para a saúde foi sempre promovida, incentivando a autonomia e o autocuidado. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi uma referência importante, permitindo uma abordagem holística que considera o indivíduo enquanto ser biopsicosocioculturoespiritual, ajudando-o a refletir sobre hábitos anteriores e a compreender os benefícios de mudanças comportamentais mais saudáveis.

O ambiente de trabalho em obstetrícia é muitas vezes desafiante, e os profissionais deparam-se com situações únicas. Nesse cenário, o papel do supervisor clínico é de extrema importância, pois oferece a base e a orientação necessárias para que os estudantes vivenciem uma aprendizagem transformadora, por meio da experiência e reflexão (Bass et al., 2020). A dedicação e disponibilidade das enfermeiras supervisoras foram fundamentais para o desenvolvimento das habilidades adquiridas, que estimularam a prática reflexiva, partilhando o seu conhecimento e contribuindo na orientação das intervenções e na promoção de políticas de saúde. (OE, 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Final representa a concretização de um percurso de aprendizagem e aquisição e desenvolvimento de competências, numa simbiose entre a teoria e a prática baseada na evidência, no desafio de aprender e a aplicação efetiva do conhecimento, ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Nesse sentido, e contemplando a premissa de desempenhar os melhores e mais atuais cuidados de enfermagem, foi elaborado o presente relatório acerca de uma temática pertinente, abrangente e atual. Assim, através da realização de uma revisão narrativa da literatura, desenvolveu-se o tema “Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher”.

Ao incidir sobre a temática e, através da comunicação com a população-alvo, vivenciaram-se as dificuldades em promover estilos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida, pois a abordagem nem sempre foi bem aceite pelas mulheres. Desta forma, o Modelo Teórico de Nola Pender parece essencial para direcionar as intervenções, de acordo com as suas variáveis. Conclui-se que existe necessidade de maior investimento nesta área, tanto através da mobilização dos conteúdos por parte dos profissionais de saúde como pela população-alvo.

A escolha da temática iniciou-se no 2º ano CMESMO, sendo trabalhada com atividades alusivas à mesma em todos os campos clínicos. Através da revisão de literatura elaborada, identificou-se o nível de literacia em saúde das mulheres sobre as DPP e compreendeu-se como esta pode contribuir para a prevenção das mesmas.

De seguida, conclui-se que os cuidados personalizados, humanizados e culturalmente sensíveis foram sempre a uma prioridade, contribuindo para a criação de uma relação terapêutica, o que facilita o papel do EEESMO enquanto promotor da educação para a saúde materno-fetal, assim como das mulheres em outras etapas de vida e respetivas pessoas significativas, de forma a que a mulher se sinta empoderada no seu processo de saúde e capaz de se autocuidar, segundo Nola Pender, no que se refere à adoção de novos comportamentos promotores da sua saúde, considerando as suas características individuais e experiências.

No que diz respeito ao exercício para a prática, verificou-se na prática clínica e na evidência, que a maioria das mulheres considera natural – ou como consequência do parto ou pelo envelhecimento - a existência de sintomas urogenitais, motivada pela escassa ou ineficaz educação

|
para a saúde no período pré-parto. Assim, surge a necessidade de criar e implementar estratégias preventivas, através do rastreio das DPP nas consultas de vigilância de saúde das mulheres no período preconcecional e de saúde materna, de modo a transmiti-las e monitorizar a sua adesão, prevenindo estas alterações do pavimento pélvico.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e, findando este percurso académico, fica o compromisso de melhoria contínua, com a constante procura de evidência científica que permita a prestação dos melhores cuidados às mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, Y. J., Miller, M. L., Agbenyo, J. S., Ehla, E. E., & Clinton, G. A. (2023). Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05813-0>;

Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020);

Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). *Obstetric Lacerations: Prevention and Repair*. *American family physician*, 103(12), 745–752. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128615/>;

Arrieta, M. C., Stiemsma, L. T., Amenyogbe, N., Brown, E. M., & Finlay, B. (2022). *The intestinal microbiome in early life: Health and disease*. *Frontiers in Immunology*, 13, 105140. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.105140>;

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachud, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>;

Bäckhed, F., Roswall, J., Peng, Y., Feng, Q., Jia, H., Kovatcheva-Datchary, P.,... Wang, J. (2015). Dynamics and Stabilization of the Human Gut Microbiome during the First Year of Life. *Cell Host & Microbe*, 17(5), 690-703. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2015.04.004>;

Ballard O, Morrow AL. (2013). *Human milk composition: nutrients and bioactive factors*. *Pediatric clinics of North America*. 2013 Feb 1;60(1):49-74;

Barradas, Aida, Torgal, Lúcia, A., Gaudêncio, Paula, A., Vítor. (2015). Livro de Bolso –

Behboudi-Gandevani, S., Bidhendi-Yarandi, R., Panahi, M. H., Mardani, A., Paal, P., Prinds, C., & Vaismoradi, M. (2022). *Adverse Pregnancy Outcomes and International Immigration Status: A Systematic Review and Metaanalysis*. *Ann Glob Health*, 88(1), 44. <https://doi.org/10.5334/aogh.3591>;

Bell, C. H., Muggleton, S., & Davis, D. L. (2022). *Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact*. *Midwifery*, 111, 103388. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>;

Bick, D., Bishop, J., Coleman, T., Dean, S., Edwards, E., Frawley, H.,...MacArthur, C. (2022). Antenatal preventative pelvic floor muscle exercise intervention led by midwives to reduce postnatal urinary incontinence (APPEAL): protocol for a feasibility and pilot cluster randomised controlled trial. *Pilot Feasibility Stud*, 8(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01185-y>;

Blomquist, J. L., Carroll, M., Muñoz, A., & Handa, V. L. (2019). *Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(1), 62.e1-62.e8;

Blomquist, J. L., Carroll, M., Muñoz, A., & Handa, V. L. (2020). Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 222(1), 62.e6162.e68. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.003>;

Bugge, C., Hagen, S., Elders, A., Mason, H., Goodman, K., Dembinsky, M., Kearney, R. (2024). Clinical and cost-effectiveness of pessary self-management versus clinic-based care for pelvic organ prolapse in women: the TOPSY RCT with process evaluation. 28, 23. <https://doi.org/10.3310/NWTB5403>;

Bugge, C., Strachan, H., Pringle, S., Hagen, S., Cheyne, H., & Wilson, D. (2022). Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04490-9>;

|

Cabrera-Rubio, R., Mira-Pascual, L., Mira, A., & Collado, M. C. (2016). Impact of mode of delivery on the milk microbiota composition of healthy women. *J Dev Orig Health Dis*, 7(1), 54-60. <https://doi.org/10.1017/s2040174415001397>;

Campos, A., Soares, C., Alves, J. A., Mira, R., Silva, A., Lacerda, A. *et al.* (2017). *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. (3.^a edição). Lidel;

Candoso, B., Guerra, A., Henriques, A., Martins, A., Bello, A., Ribeirinho, A. L., Pereira, A. P., Trepça, A., Branco, A., Santiago, A., Abreu, C., Calado, E., Ramos, F., Falcão, F., Gomes, G., Pereira, I., Duarte, I., Ferreira, I., Grilo, I., ... Fan, Y. (2021). Consenso nacional sobre uroginecologia: Secção Portuguesa de Uroginecologia (2^a ed.);

Červený, M., Kratochvílová, I., Hellerová, V., & Tóthová, V. (2022). *Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011-2021*. *Front Psychol*, 13, 936181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>;

Charrié, M., & Billecocq, S. (2021). Troubles pelvipérinéaux de la période périnatale : état des connaissances des femmes, une revue systématique. *Progrès en Urologie*, 31(4), 204-214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.10.009>;

Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2020). *Anatomy and physiology for midwives* (Fourth edition. ed.). Elsevier;

DGS, (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (D.-G. d. Saúde, Ed.)

DGS,(2015). Registo de Indicações de Cesariana. Retrieved 22 agosto from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>;

DGS,(2015). *Trabalho de parto estacionário*. Retrieved 22 agosto from <http>

[s://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx);

DGS. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>;

DGS, (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Retrieved from https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf;

DGS, (2023). *Norma DGS: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. 27 de janeiro de 2023. https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf;

Diário da República. (2007, abril 17). 1.ª série — N.º 75. <https://dre.pt>;

Dietz, H. P. (2006). Pelvic floor trauma following vaginal delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 18(5), 528-537. <https://doi.org/10.1097/01.gco.0000242956.40491.1e>;

Dinç, A. (2018). Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *Low Urin Tract Symptoms*, 10(3), 303-307. <https://doi.org/10.1111/luts.12182>;

Donovan, S. M., & Comstock, S. S. (2016). Human Milk Oligosaccharides Influence Neonatal Mucosal and Systemic Immunity. *Ann Nutr Metab*, 69 Suppl 2(Suppl 2), 42-51. <https://doi.org/10.1159/000452818>;

Duricekova, B., Skodova, Z., & Baskova, M. (2021). *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(4), 545-554. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0032>;

Eggebo, T. M., & Volløysaug, I. (2024). The pelvic floor during pregnancy and delivery: Can pelvic floor trauma and disorders be prevented? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 103(6), 1012-1014. <https://doi.org/10.1111/aogs.14875>;

Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Marco, G. D., Felici, F., Ranieri, E.,...Lanzone, A.(2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Glob Rep*, 3(1), 100160. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100160>;

Faubion, S. S., Larkin, L. C., Stuenkel, C. A., Bachmann, G. A., Chism, L. A., Kagan, R., Kingsberg, S. (2018). Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause*, 25(6), 596-608. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001121>;

Feria-Ramírez, C., Gonzalez-Sanz, J. D., Molina-Luque, R., & Molina-Recio, G. (2021). The Effects of the Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: A Quasi-Experimental Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18136995>;

Fernández, L., Langa, S., Martín, V., Maldonado, A., Jiménez, E., Martín, R., & Rodríguez, J. M. (2013). The human milk microbiota: origin and potential roles in health and disease. *Pharmacol Res*, 69(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2012.09.001>;

Ferreira, C., Barbosa, A. M., & Conde, F. (2022). *Prevalence and risk factors of urinary incontinence in pregnant women: a longitudinal study*. *Journal of Women's Health*, 31(7), 1015-1024. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0134>;

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>;

Hage-Fransen, M. A. H., Wiezer, M., Otto, A., Wieffer-Platvoet, M. S., Slotman, M. H., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2021). Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(3), 373-382.

<https://doi.org/10.1111/aogs.14027>;

Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>;

Hua, J., Li, T., Liu, S., Zhang, D., Chen, X., Cai, W., & Chen, L. (2024). Self-efficacy with Pelvic floor muscle training mediates the effect of an App-based intervention on improving postpartum urinary incontinence severity among pregnant women: A causal mediation analysis from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 135, 104052. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104052>;

Jalili Bahabadi, F., Estebarsari, F., Rohani, C., Rahimi Khalifeh Kandi, Z., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of Health-Promoting Lifestyle in Pregnant Women Based on Pender's Health Promotion Model. *Int J Womens Health*, 12, 71-77. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s235169>;

JB1, J. B. I. (2016). JBI Manual for Evidence Synthesis. In.;

Jung, H., Hwang, D. W., Chun, K. C., Kim, Y. A., Koh, J. W., Han, J. Y.,... Yun, J. S. (2024). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in pregnant Korean women. *Obstet Gynecol Sci*, 67(5), 481-488. <https://doi.org/10.5468/ogs.24156>;

Kahyaoglu Sut, H., & Balkanli Kaplan, P. (2016). Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourol Urodyn*, 35(3), 417-422. <https://doi.org/10.1002/nau.22728>;

Kondo, A., & Kamikawa, M. (2021). *Effectiveness of pelvic floor muscle training during pregnancy: A randomized controlled trial*. International Urogynecology Journal, 32(4), 847-854. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04468-8>;

Kropshofer, S., Aigmüller, T., Beilecke, K., Frudinger, A., Krögler-Halpern, K., Hanzal, E.,...Bader, W. (2023). Management of Third and Fourth-Degree Perineal Tears After Vaginal Birth.

Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/079, December 2020). *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 83(2), 165-183. <https://doi.org/10.1055/a-1933-2647>;

Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*, 63(4), 410-417. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12736>;

Le Doare, K., Holder, B., Bassett, A., & Pannaraj, P. S. (2018). Mother's Milk: A Purposeful Contribution to the Development of the Infant Microbiota and Immunity. *Front Immunol*, 9, 361. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00361>;

Lei n.º 161/96, D. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. In: Diário da República I Série –A, N. º205 (04-09 –1996) 2959-2962;

Lima, C. T. S., Brito, G. A., Karbage, S. A. L., Bilhar, A. P. M., Grande, A. J., Carvalho, F. H C., Nascimento, S. L. (2022). Pelvic floor ultrasound finds after episiotomy and severe perineal tear: systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 35(12), 2375-2386. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786049>;

Lundgren, S. N., Madan, J. C., Emond, J. A., et al. (2020). *Maternal diet during pregnancy is related to human milk oligosaccharide composition and gut microbiota in infants*. The American Journal of Clinical Nutrition, 112(6), 1191-1202. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa252>;

Martínez Franco, E., López Negre, J. L., Parés, D., Ros Cerro, C., Amat Tardiu, L., Cuadras, D., & Espuña Pons, M. (2019). Anatomic and functional evaluation of the levator ani muscle after an obstetric anal sphincter injury. *Arch Gynecol Obstet*, 299(4), 1001-1006. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05070-7>;

Mendoza, N., & Quereda, F. (2023). Treatment of Female Sexual Dysfunction Due to Dyspareunia with Solid-State Vaginal Laser and Recombinant Platelet-Derived Epidermal Growth Factors: A Viable Possibility? *CEOG*, 50(2), 40-null;

Michalec, A., MacArthur, C., & Winter, C. (2023). *Pelvic floor dysfunction after childbirth*:

|
Risk factors and prevention strategies. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 52(1), 4557. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.07.002>;

Milani, C., Duranti, S., Mangifesta, M., et al. (2023). *The Human Milk Microbiota: Origin and Potential Roles in Health and Disease*. *Frontiers in Microbiology*, 14, 1001456. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2023.1001456>;

Minkin, M. J. (2019). Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(3), 501-514. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.008>;

Mokhtari, P., Schmidt, K. A., Zamanian, H., Babaei, M., Machle, C. J., Trifonova, D.,...Goran, M. I. (2024);

Maternal Diet Associated with Oligosaccharide Abundances in Human Milk from Latina Mothers. *Nutrients*, 16(12). <https://doi.org/10.3390/nu16121795>;

Mørkved, S., & Bø, K. (2020). *The impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function in women*. *Journal of Pelvic Floor Dysfunction*, 27(5), 365-372. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04077-x>;

Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2018). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (n.d.). *Guidelines for Cytology Preparation: Best Practices for Patient Comfort and Sample Quality*;

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Outubro de 2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. In (1ª Edição ed.): Lidel -Edições Técnicas, Lda;

Nygaard, I., Shaw, J. M., & Richter, H. E. (2021). *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence in pregnant women*. *American Journal of Obstetrics &*

Gynecology, 224(3), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.010>;

OE. (2019). *Parecer sobre o cálculo das dotações seguras para cuidados de saúde materna e obstetrícia*;

OE. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE): Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*;

OE. (2017). Parecer nº 21/2017- Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In;

OE. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República;

OE. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*;

OE. (2021). *Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*;

OE. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>;

OE. (2015). *Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Part eiras*;

OE. (2021). Iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica: Preparação para o Parto. Retrieved from https://ordemenfermeiros.pt/media/21879/pronunciamceesmo_14-2021_prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto.pdf;

OECD. (2023). OECD Economic Surveys: Portugal

2023.<https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/2b8ee40a-en>;

Palma, F., Volpe, A., Villa, P., & Cagnacci, A. (2021). *Vulvovaginal atrophy of menopause: A New Terminology (Genitourinary Syndrome of Menopause) and Its Impact on Clinical Practice*. *Maturitas*, 79(3), 349-355. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.01.013>;

Parish, S. J., Nappi, R. E., Krychman, M. L., et al. (2022). *Impact of vaginal dryness and associated symptoms on sexual function in women of diverse ages: A systematic review*. *Menopause*, 29(8), 917-925. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002003>;

Pelaez, M., Gonzalez-Cerron, S., Montejo, R., & Barakat, R. (2014). Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*, 33(1), 67-71. <https://doi.org/10.1002/nau.22381>;

Radjack, R., Hemmerter, S., Azria, E., & Moro, M. R. (2023). [Relevance of the transcultural approach to improve the care relationship in the perinatal period]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 51(6), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.007> (Pertinence de l'approche transculturelle pour améliorer la relation de soins en période périnatale.);

Rasteiro, R., Coutinho, E., Dias, H., & Santos, M. J. (2021). Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: Uma revisão integrativa da literatura. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Romeikienė, K. E., & Bartkevičienė, D. (2021). Pelvic-Floor Dysfunction Prevention in Prepartum and Postpartum Periods. *Medicina (Kaunas)*, 57(4). <https://doi.org/10.3390/medicina57040387>;

Santos, M. J. (2021). Disfunções do pavimento pélvico durante o primeiro ano após o parto: Uma revisão integrativa da literatura. In E. Coutinho, H. Dias, & M. J. Santos (Eds.), *Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências* (Cap. 8, pp. 135-150). Escola Superior de Saúde de Viseu;

Sarmiento, A. C. A., Costa, A. P. F., Vieira-Baptista, P., Giraldo, P. C., Eleutério, J., & Gonçalves, A. K. (2021). Genitourinary Syndrome of Menopause: Epidemiology, Physiopathology, Clinical Manifestation and Diagnostic. *Front Reprod Health*, 3, 779398. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.779398>;

Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. Loures Gráfica, Sociedade de Artes Gráficas, Lda;

Secção Portuguesa de Uroginecologia (SPU). (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia. Recuperado em 10 de novembro de 2023, de: https://spginecologia.pt/wpcontent/uploads/2021/07/200253_Uroginecologia_SITE.pdf;

SNS. (2023). *Norma DGS: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. 27 de janeiro de 2023. https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf;

SNS. (2023). *Distribuição das inscrições nos CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080551/Pages/default.aspx>;

SNS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>;

Soave, I., Scarani, S., Mallozzi, M., Nobili, F., Marci, R., & Caserta, D. (2019). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. *Arch Gynecol Obstet*, 299(3), 609-623. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-5036-6>;

Sobhghol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., & Dahlen, H. G. (2019). Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3226-6>;

Stafne, S. N., Salvesen, K. Å., & Mørkved, S. (2020). *Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, risk factors and prevention strategies*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 432-439. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1826287>;

Stroeder, R., Radosa, J., Clemens, L., Gerlinger, C., Schmidt, G., Sklavounos, P., Hamza, A. (2021). Urogynecology in obstetrics: impact of pregnancy and delivery on pelvic floor disorders, a prospective longitudinal observational pilot study. *Arch Gynecol Obstet*, 304(2), 401-408. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06022-w>;

Sultan, A. H., & Thakar, R. (2002). Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 16(1), 99-115. <https://doi.org/10.1053/beog.2002.0258>;

Swenson, C. W., Low, L. K., Kowalk, K. M., & Fenner, D. E. (2019). Randomized Trial of 3 Techniques of Perineal Skin Closure During Second-Degree Perineal Laceration Repair. *J Midwifery Womens Health*, 64(5), 567-577. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13020>;

Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 81, 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>;

Thakar, R., Sultan, A. H., & Jones, P. W. (2022). *Biomechanical and neurophysiological perspectives on pelvic floor trauma during childbirth*. *The Lancet*, 398(10306), 21-31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00714-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00714-9);

Uechi, N., Fernandes, A., Bø, K., de Freitas, L. M., de la Ossa, A. M. P., Bueno, S. M., & Ferreira, C. H. J. (2020). Do women have an accurate perception of their pelvic floor muscle contraction? A cross-sectional study. *Neurourol Urodyn*, 39(1), 361-366. <https://doi.org/10.1002/nau.24214>;

Ultan, A. H., & Thakar, R. (2002). Perineal trauma. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 12(5), 308-313. <https://doi.org/10.1054/cuog.2002.0317>;

UNICEF. (1992). A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>;

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Acta Paulina Enfermagem, 18(3), 235-240;

Vilelas, J. *Investigação no Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Edição ed. Lisboa: Sílabo, 2020. 978-989-561-097-6;

Waetjen, L. E., Crawford, S. L., Chang, P. Y., Reed, B. D., Hess, R., Avis, N. E., Gold, E. B. (2018). Factors associated with developing vaginal dryness symptoms in women transitioning through menopause: a longitudinal study. *Menopause*, 25(10), 1094-1104. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001130>;

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd008070. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4>;

Wang, X., Jin, Y., Xu, P., & Feng, S. (2022). Urinary incontinence in pregnant women and its impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-02201920-2>;

Waterman, M., Griffiths, A., & Salvatore, S. (2020). *Psychological impact of urinary incontinence during pregnancy*. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02921-7>;

WHO. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém-nascidos*;

WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>;

|

WHO. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf;

Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>;

I

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação nas Jornadas da Saúde em Évora

DESAFIO

PELA SAÚDE,
DESPORTO E PAZ
12, 13 E 14 ABRIL



A MINHA SAÚDE, O MEU DIREITO

ÉVORA

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

CERTIFICADO

Certifica-se que **Débora Branco Fernandes** foi palestrante na mesa redonda "A Saúde da Mulher", apresentando o tema "Saúde do Pavimento Pélvico", no evento **Desafio pela Saúde, Desporto e Paz**, organização conjunta de várias entidades, que ocorreu nos dias 12, 13 e 14 de Abril, na cidade de Évora com um total de **3 Horas**

Diretora do Departamento

Lara Guedes de Pinho

Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

EVORA

Évora 27

lcd

MÉRIDA

ALGARVE

ALGARVE

ALGARVE

ALGARVE

ALGARVE

ALGARVE

APÊNDICES

APÊNDICE A - Proposta de projeto de tese/ dissertação/ estágio/ trabalho de projeto(MODELO T-005), resumo, plano e cronograma

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: _2023 / _2024
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Débora Branco Fernandes</u> Número: <u>—</u> <u>m53759</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>+351 917799955</u> E-mail: <u>m53759@alunos.uevora.pt</u>		
5. PROPOSTA <input type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input checked="" type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input checked="" type="checkbox"/> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 12. <input checked="" type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>Promoção da Saúde do Pavimento Pélvico da Mulher</u> Título em Inglês: <u>Women's Pelvic Floor Health Promotion</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)Nome: Maria da Luz Ferreira BarrosUniversidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de DeusN.º Identificação Civil: 08257980 -ZZ3Tipo de Identificação: ☐ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____Telef.: + 351917127477E-mail: mlb@uevora.ptID ORCID: 0000-0002-5620-0162Nome: Susana Isabel do Vale Martins Soeiro DelgadinhoUniversidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de DeusN.º Identificação Civil: 13089811 2 -ZW3Tipo de Identificação: ☒ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____Telef.: +351938245320E-mail: susana.delgadinho@uevora.ptID ORCID: 0000-0002-9046-3417

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____

ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHODomínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da SaúdeConsulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): ver "Resumo, Plano e Cronograma"**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**Pavimento pélvico da mulher**13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA** [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

(Em anexo)

Descritores: Enfermeiras obstétricas; Promoção de Saúde; Mulher; Pavimento Pélvico; Qualidade de vida**14. DOCUMENTOS ANEXOS**

- ☒ Plano do Trabalho
☒ Cronograma
☒ Declaração de Orientador(es)
☐ Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento
(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de
Investigação em que diretamente se enquadra a
preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)
☐ Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, com registo na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A -Ef 1783/2011/AL03), e com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981), que confere conhecimentos e competências necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e permite a obtenção do grau de mestre, sendo necessária a realização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) no 2º ano do curso. O referido estágio, decorrerá de setembro de 2023 a junho de 2024, com a duração de dois semestres num total de 1010 horas de prática clínica e visa a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019) acrescidas das Competências Específicas do EESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019), decorre em diversos contextos clínicos, Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Medicina Materno-Fetal, Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas, Puerpério e Neonatologia. De acordo com o plano de estudos, os objetivos da aprendizagem são: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional. Prevê-se ao longo do estágio, que seja aprofundada uma temática que traga contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, a temática escolhida resulta da reflexão pessoal sobre as implicações das disfunções do assoalho pélvico no bem-estar das mulheres. A preparação do pavimento pélvico acarreta diversos benefícios para a mulher ao longo do seu ciclo vital. Segundo Bugge, et al. (2022) as disfunções do pavimento pélvico afetam diretamente o bem-estar da mulher, assim como a sua autoestima, sexualidade e consequentemente, a sua qualidade de vida. Estas disfunções traduzem-se, sumariamente, em incontinência urinária e/ou fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e alterações da função sexual. Desta forma, e segundo a evidência científica, a promoção da saúde do pavimento pélvico adquire relevância a médio/longo prazo na vida das mulheres e, sabendo que, pelo Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (2019), o EESMO tem como competências a promoção do cuidado à mulher ao longo de toda a sua vida desde o período preconcepcional até ao climatério, é justificada a sua relevância para a exploração do tema. As investigações mais atuais permitem confirmar a necessidade de os EESMO adquirirem conhecimento no que se refere às disfunções do pavimento pélvico, bem como acerca dos exercícios necessários para as prevenir, começando, por exemplo por contemplar esta temática nos cursos de preparação para o parto e parentalidade ou mesmo em consultas de enfermagem para mulheres qualquer que seja a fase do ciclo vital em que se encontram, nomeadamente no período do climatério (López-Pérez, et al, 2023) e relativamente a disfunções como a incontinência urinária (Bapir, et al, 2023).

PLANO DE ATIVIDADES				
Campo Clínico	Objetivo	Atividades	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
Bloco de Partos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa	1º - Cuidar da mulher no trabalho de parto e parto	Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o período de trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde e a adaptação da mulher e recém-nascido; - Identifica e previne complicações para a saúde mãe e do recém-nascido; - Oferece assistência à mulher com patologias associada/concomitante à gravidez e ao parto; - Desenvolve, organiza, coloca em prática e analisa ações apropriadas para o progresso do parto, melhorando a saúde da mãe e do feto; - Previne a dor e promove o controlo da mesma – cooperação interdisciplinar; - Promove ações de promoção da saúde do pavimento pélvico; - Cooperar com a equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registos validados por supervisor clínico Partograma, SCLINIC; - Protocolo institucional - Reflexão crítica - Plano de Registos curricular: Número/tipo de partos (Diretiva 89/594/CEE) - Recolha e análise de informação, indicadores da evolução do Trabalho de Parto através de Partograma institucional de acordo com OMS
	2º - Cuidar a mulher/casal durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica precocemente e evita possíveis complicações para a saúde de mães e recém-nascidos no período pós-natal; - Promove, protege e apoia a vinculação díade/tríade; - Promove o bem-estar da mulher e recém-nascido no período pós-natal; - Oferece atendimento em casos que possam ter efeitos adversos à saúde das mães e recém-nascidos durante o período pós-natal; - Previne a dor e promove o controlo da mesma – cooperação interdisciplinar; - Promove, aconselha e apoia o aleitamento materno; - Realiza Educação para a saúde; - Cooperar com a equipa multidisciplinar. - Atua com vista à prevenção da disfunção dos músculos do assoalho pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registos validados por perceptor: Partograma SCLINIC, - Registo das Disfunções do pavimento pélvico identificadas - Protocolo institucional; - Reflexão crítica; - Plano de Registos curriculares.

Unidade de Internamento de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa	3º Objetivo - Cuidar a mulher/casal no período pré-natal e abortamento	<p>Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de abortamento</p>	<p>- Promove a saúde da mulher em situação de abortamento;</p> <p>- Promove o bem-estar materno-fetal;</p> <p>- Identifica precocemente problemas de saúde para mulheres durante a gravidez e em casos de interrupção da gestação;</p> <p>- Orienta sobre sinais e sintomas de risco;</p> <p>- Oferece assistência à mulher e auxilia na transição e adaptação durante a gravidez e em situação de interrupção da gestação;</p> <p>- Desenvolve, organiza, supervisiona, executa e avalia iniciativas e estratégias que promovam a saúde mental durante a gravidez;</p> <p>- Realiza Educação para a saúde;</p> <p>- Cooperar com a equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Registos validados por perceptor: Boletim da Grávida, SCLINIC;</p> <p>- Protocolo institucional;</p> <p>- Reflexão crítica;</p> <p>- Plano de Registos curricular: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE).</p>
Internamento de Puerpério da Maternidade Dr. Alfredo da Costa	4º - Cuidar da mulher no período pós-natal	<p>Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas durante o internamento no Serviço de Obstetria</p>	<p>- Promove e potencia a saúde da mulher e recém-nascido;</p> <p>- Identifica de forma precoce e previne problemas de saúde para a mãe e recém-nascido durante o período pós-natal;</p> <p>- Desenvolve, organiza, supervisiona, executa e avalia iniciativas e estratégias para promover a saúde mental durante o período pós-parto, potenciando a vinculação positiva e a parentalidade responsável;</p> <p>- Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade/vinculação não consolidada;</p> <p>- Promove, aconselha e apoia o aleitamento materno;</p> <p>- Realiza Educação para a saúde (sinais e sintomas de alarme no recém-nascido/puérpera);</p> <p>- Cooperar com a equipa multidisciplinar.</p> <p>- Atua com vista à prevenção da disfunção dos músculos do assoalho pélvico.</p>	<p>- Registos validados por perceptor: SCLINIC;</p> <p>- Elaboração de folhetos relativos às disfunções do pavimento pélvico e exercícios para o seu fortalecimento;</p> <p>- Protocolo institucional;</p> <p>- Reflexão crítica;</p> <p>- Plano de Registos curricular.</p>
Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde S. João da Talha)	5º - Cuidar da mulher na saúde sexual, planeamento familiar e preconceção	Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal e em situação de IVG	<p>- Identifica precocemente e previne problemas relacionados à saúde sexual e planeamento familiar, durante o período preconcepcional;</p> <p>- Oferece assistência às mulheres e facilita sua adaptação em situações de aborto;</p> <p>- Desenvolve, organiza, supervisiona, executa e avalia intervenções promotoras da saúde sexual, preconcepcional, regulação e apoio da fertilidade;</p> <p>- Cooperar com a equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Registos validados por perceptor: Boletim da Grávida, SCLINIC;</p> <p>- Protocolos institucional;</p> <p>- Reflexão crítica;</p> <p>- Registos curriculares: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE).</p>
	6º - Cuidar da mulher no climatério e no processo de saúde/doença ginecológica	Orientação durante a fase do climatério com o objetivo de promover a saúde da mulher e apoiando no processo de transição e adaptação à menopausa.	<p>- Promove a saúde sexual da mulher ao longo do ciclo vida;</p> <p>- Promove a saúde da mulher no processo de transição e adaptação à menopausa;</p> <p>- Identifica precocemente alterações de saúde da mulher durante o período do climatério;</p> <p>- Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</p> <p>- Cooperar com a equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Registos validados por perceptor: SCLINIC;</p> <p>- Protocolos institucional;</p> <p>- Reflexão crítica;</p> <p>- Registos curriculares.</p>
Visão Global do Exercício Profissional	7º - Adquirir competências de Gestão de cuidados Liderança	Prestação de cuidados especializados de enfermagem nos	- Artigo 6º 1- a) Desempenha um papel ativo no avanço e suporte de iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governação clínica;	- Criação de folhetos, considerando as necessidades identificadas;

	Qualidade dos Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica	diversos contextos clínicos dos estágios	- Artigo 6º 1 - c) Garante um ambiente terapêutico e seguro; - Artigo 7º 1 - a) Supervisiona os cuidados de enfermagem, melhorando a eficiência da equipa e promovendo a colaboração com a equipa multidisciplinar.	- Colaboração em cursos de Preparação para o parto e parentalidade - Formação à equipa
	8º - Desenvolver estratégias de promoção da saúde do pavimento pélvico	Divulgar estratégias promotoras da saúde do pavimento pélvico	- Realiza pesquisa bibliográfica; - Realizar o projeto; - Redigir o relatório final; - Apresentar o relatório final; - Divulgar estratégias promotoras da saúde do pavimento pélvico das mulheres no seu ciclo vital	- Criação de conteúdo relacionado com a temática (folheto, poster); - Formação à equipa acerca da temática a explorar.

Cronograma das atividades																
ATIVIDADES	Duração															
	2023				2024											
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
Reuniões para elaboração do projeto																
Revisão de bibliografia																
Submissão do projeto																
Desenvolvimento de competências no Estágio																
Desenvolvimento de competências sobre a temática a explorar																
Tratamento e análise da informação recolhida																
Elaboração do relatório final																
Entrega do Relatório Final																

Referências Bibliográficas

Bapir R, Bhatti KH, Eliwa A, García-Perdomo HA, Gherabi N, Hennessey D, Magri V, Mourmouris P, Ouattara A, Perletti G, Philipraj J, Stamatou K, Tolani MA, Tzelvels L, Trinchieri A, Buchholz N. Treatment of urge incontinence in postmenopausal women: A systematic review. Arch Ital Urol Androl. 2023 Oct 4;95(3):11718. doi: 10.4081/aiua.2023.11718. PMID: 37791545.

Bugge C, Strachan H, Pringle S, Hagen S, Cheyne H, Wilson D. Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Feb 28;22(1):161. doi: 10.1186/s12884-022-04490-9. PMID: 35220939; PMCID: PMC8883628.

Enfermeiros, O. d. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

López-Pérez MP, Afanador-Restrepo DF, Rivas-Campo Y, Hita-Contreras F, Carcelén-Fraile MDC, Castellote-Caballero Y, Rodríguez-López C, Aibar-Almazán A. Pelvic Floor Muscle Exercises as a Treatment for Urinary Incontinence in Postmenopausal Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Healthcare (Basel). 2023 Jan 11;11(2):216. doi: 10.3390/healthcare11020216. PMID: 36673584; PMCID: PMC9859482

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;

|

APÊNDICE B- Reflexão crítica – “Promoção da saúde do pavimento pélvico – cuidados de saúde primários”

|

A dispareunia, definida como dor genital associada ao ato sexual, é uma queixa comum entre mulheres na menopausa. Com a transição para a menopausa, ocorrem mudanças hormonais que afetam diretamente a saúde vaginal e sexual, levando a sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade dos tecidos vaginais e alterações da libido, todos estes fatores que podem contribuir para a dispareunia. Esta reflexão aborda as causas da dispareunia na menopausa, o seu impacto na qualidade de vida e as opções terapêuticas mais atuais e eficazes disponíveis para o tratamento desta condição.

A menopausa é caracterizada pela cessação definitiva dos ciclos menstruais e uma redução significativa na produção de hormonas ovarianas, especialmente estrogénio. O hipoestrogenismo resultante dessa transição, afeta diretamente a fisiologia do trato genital inferior, contribuindo para o surgimento da dispareunia. Entre as principais causas de dispareunia em mulheres na menopausa estão:

Atrofia Genitourinária da Menopausa - A atrofia genitourinária, anteriormente chamada de atrofia vaginal, é uma das principais causas de dispareunia na menopausa. Com a queda nos níveis de estrogénio, o epitélio vaginal torna-se mais fino, há perda de elasticidade, diminuição da lubrificação natural e aumento da fragilidade dos tecidos vaginais, o que resulta em dor durante a relação sexual, muitas vezes descrita como sensação de ardor ou irritação;

Secura Vaginal - A secura vaginal, associada à AGM, é outro fator crítico. A redução da lubrificação vaginal natural aumenta o atrito durante a penetração, levando a desconforto e dor. Estima-se que até 50% das mulheres na pós-menopausa sentem secura vaginal, sendo esta uma das queixas mais comuns relacionadas à sexualidade nesta fase da vida;

Mudanças Musculoesqueléticas - A menopausa também pode estar associada a mudanças na musculatura do pavimento pélvico, com enfraquecimento dos músculos e alteração na função dos nervos locais, o que pode resultar em dor durante a relação sexual. Condições como vaginismo (contração involuntária dos músculos vaginais) também podem intensificar-se durante a menopausa, agravando a dispareunia;

Disfunções Sexuais - Além da dor física, fatores psicológicos, como diminuição da libido, ansiedade e depressão, podem agravar a dispareunia na menopausa. A dispareunia pode, por sua vez, gerar medo ou evitação do ato sexual, criando um ciclo de dor e sofrimento emocional.

A dispareunia tem um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres na menopausa, afetando a saúde física, emocional e relacional. As mulheres podem experienciar:

- **Redução da autoestima e autoconfiança:** A dor e o desconforto durante o sexo podem levar à frustração e uma sensação de inadequação.

- Dificuldades no relacionamento: A dor durante o ato sexual pode resultar em evicção sexual, gerando tensão nos relacionamentos e, em alguns casos, afastamento emocional entre parceiros.
- Isolamento social e emocional: O desconforto pode ser acompanhado por um sentimento de vergonha ou embaraço, levando muitas mulheres a evitarem discutir o problema com os seus parceiros ou profissionais de saúde.

Estudos recentes indicam que mulheres com dispareunia na menopausa têm uma maior propensão a relatar sintomas de ansiedade, depressão e distúrbios do sono, todos agravados pelo impacto emocional da dor e da alteração na vida sexual.

Abordagens Terapêuticas Atuais

Existem diversas opções terapêuticas para o manejo da dispareunia na menopausa, que visam tratar as causas subjacentes e restaurar a função sexual e o bem-estar geral da mulher.

1. Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

A Terapia de Reposição Hormonal continua a ser uma das abordagens mais eficazes para tratar os sintomas vasomotores da menopausa e a atrofia genitourinária. A TRH com estrogénio, seja sistémica ou tópica (cremes vaginais, anéis ou comprimidos), pode restaurar a lubrificação vaginal, melhorar a elasticidade dos tecidos vaginais e diminuir a dispareunia. Para mulheres que não podem ou não desejam usar TRH sistémica, o estrogénio tópico consiste numa opção segura e eficaz com menos riscos.

2. Terapia Não Hormonal:

Para mulheres que têm contraindicações ao uso de hormonas, como histórico de neoplasia maligna de mama, existem opções terapêuticas não hormonais, incluindo:

- Lubrificantes e Hidratantes Vaginais: Lubrificantes à base de água ou silicone podem ser usados durante o ato sexual para reduzir o atrito e melhorar o conforto. Hidratantes vaginais, por outro lado, são usados regularmente para manter a humidade vaginal e melhorar a função das células epiteliais da vagina.
- Laser Vaginal e Radiofrequência: Tratamentos com laser de CO₂ e radiofrequência têm se mostrado eficazes na regeneração do tecido vaginal e na melhoria da lubrificação, sendo uma opção promissora para o tratamento da dispareunia associada à atrofia vaginal.

3. Terapia Comportamental e Psicológica:

A terapia sexual e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) podem ser indicadas para mulheres que apresentam dispareunia com componente psicológico ou emocional. Estas abordagens ajudam a romper o ciclo de dor e medo, promovendo a comunicação entre parceiros e melhorando a percepção de prazer e intimidade durante o sexo.

4. Fisioterapia do Pavimento Pélvico:

A fisioterapia especializada no pavimento pélvico pode ajudar a fortalecer os músculos dessa região e melhorar o controlo muscular, reduzindo a dor durante o sexo. Técnicas de *biofeedback* e exercícios de relaxamento muscular, como os exercícios de Kegel, são frequentemente recomendadas para mulheres que sofrem de dispareunia associada a disfunções musculoesqueléticas.

5. Tratamentos Alternativos:

Além das terapias tradicionais, algumas mulheres optam por tratamentos complementares, como o uso de óleos essenciais, acupuntura e suplementos de isoflavonas de soja, que têm ação semelhante ao estrogénio e podem melhorar os sintomas de secura vaginal e dispareunia. No entanto, a eficácia destes tratamentos varia e a sua utilização deve ser discutida com um profissional de saúde.

Prevenção da Dispareunia na Menopausa

A prevenção da dispareunia pode envolver uma abordagem proativa antes e durante a menopausa. Algumas estratégias incluem:

- **Manutenção da saúde vaginal:** O uso regular de hidratantes vaginais antes da menopausa pode ajudar a manter a integridade dos tecidos vaginais.
- **Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico:** A prática regular de exercícios de Kegel pode ajudar a preservar a função do pavimento pélvico.
- **Consulta com um profissional de saúde:** A discussão aberta sobre a saúde sexual e as mudanças associadas à menopausa com um ginecologista ou outro profissional de saúde pode facilitar a identificação precoce de problemas e a adoção de estratégias terapêuticas adequadas.

A dispareunia na menopausa é uma condição comum, mas muitas vezes subdiagnosticada, que afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres. Compreender as causas subjacentes e procurar o tratamento mais adequado é essencial para a restauração da função sexual, para melhorar o bem-

|
estar e fortalecer a confiança e a intimidade. O tratamento pode ser hormonal ou não hormonal e a abordagem personalizada é crucial para atender às necessidades e preferências individuais de cada mulher. A crescente consciencialização sobre a saúde sexual na menopausa conduz ao desenvolvimento de novas terapias e abordagens, com foco no cuidado integral da mulher.

APÊNDICE C- Reflexão crítica – “Promoção da saúde do pavimento pélvico – internamento de grávidas”

A incontinência urinária (IU) consiste na perda involuntária de urina. É uma patologia muito comum durante a gravidez, que afeta até 50% das mulheres, com uma incidência que varia de acordo com a idade gestacional e o número de gestações. A IU tem um grande impacto na qualidade de vida das grávidas, com efeitos físicos e psicológicos significativos. Nos últimos anos, os avanços na pesquisa sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da IU em mulheres grávidas têm tido um papel fundamental para uma melhor compreensão da patologia.

Existem diversos tipos de incontinência urinária na gravidez, nomeadamente incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência mista (IUM). A IUE é o tipo mais comum durante a gravidez, derivando do aumento da pressão na bexiga durante atividades físicas, como tossir, rir ou espirrar. A principal é o enfraquecimento do assoalho pélvico devido às mudanças anatômicas provocadas pela gravidez. A IUU é definida como uma vontade súbita de urinar, muitas vezes resultando na perda de urina, derivada das mudanças hormonais que afetam o controlo do músculo detrusor. A IUM combina características tanto da incontinência de esforço quanto da incontinência de urgência.

Fisiopatologia da Incontinência Urinária na Gravidez

A fisiopatologia da IU na gravidez é complexa e envolve vários fatores:

- **Alterações Hormonais:**

O aumento dos níveis de progesterona provoca relaxamento da musculatura lisa, incluindo os músculos do trato urinário, o que contribui para a diminuição da resistência uretral, facilitando a perda involuntária de urina;

- **Alterações Anatômicas:**

O útero em crescimento pressiona a bexiga, reduzindo a sua capacidade e provocando polaquiúria. Este efeito é exacerbado à medida que a gravidez progride, principalmente no terceiro trimestre;

- **Enfraquecimento do Assoalho Pélvico:**

O peso do bebé e as forças aplicadas durante o trabalho de parto podem enfraquecer os músculos do assoalho pélvico, o que compromete o suporte à bexiga e à uretra, facilitando o surgimento da incontinência;

- **Trauma do Assoalho Pélvico Durante o Parto:**

O parto vaginal pode causar lesões nos nervos e tecidos do assoalho pélvico, resultando em incontinência persistente no pós-parto, especialmente após partos prolongados ou complexos.

Impacto Psicológico e Qualidade de Vida

A IU afeta negativamente a saúde mental das mulheres grávidas. Mulheres que sofrem de incontinência urinária durante a gravidez relatam sentimentos de vergonha, ansiedade e isolamento social. Além disso, a condição pode interferir nas atividades diárias e no sono, contribuindo para um aumento dos níveis de *stress*.

Diagnóstico da Incontinência Urinária

O diagnóstico da IU durante a gravidez é sobretudo clínico. A avaliação envolve a história detalhada da sintomatologia e a aplicação de questionários padronizados, como o International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), amplamente utilizado para avaliar a gravidade e o impacto da IU. Em alguns casos, exames urodinâmicos podem ser indicados para avaliar a função vesical e determinar o tipo de incontinência.

Abordagens Terapêuticas para a Incontinência Urinária na Gravidez

1. Exercícios para o Assoalho Pélvico (Kegel):

Os exercícios de Kegel, destinados a fortalecer os músculos do assoalho pélvico, têm demonstrado eficácia na prevenção e tratamento da IU durante e após a gravidez. Estudos recentes sugerem que a prática regular destes exercícios reduz significativamente os sintomas de IU, tanto em primíparas como em mulheres multíparas.

2. Modificações Comportamentais:

- **Treino vesical:** Educar as grávidas para urinar em intervalos regulares e aumentar gradualmente o tempo entre as micções ajuda a controlar a urgência e reduzir a frequência dos episódios de IU.
- **Ajustes na dieta:** A limitação da cafeína e alimentos picantes pode reduzir a irritação da bexiga e, conseqüentemente, melhorar os sintomas de IU.

3. Fisioterapia Pélvica:

A fisioterapia, com o uso de técnicas de *biofeedback* e eletroestimulação, tem sido amplamente utilizada para ajudar as mulheres a fortalecer o assoalho pélvico de forma eficaz, com resultados positivos comprovados em vários estudos recentes.

4. **Uso de Pensos Higiênicos Específicos:**

Pensos higiênicos para incontinência podem ser usados para manter a higiene e proporcionar conforto, especialmente para grávidas com episódios mais frequentes de perda urinária.

5. **Intervenções Cirúrgicas:**

Procedimentos cirúrgicos não estão indicados durante a gravidez, mas podem ser considerados após o parto em casos de incontinência grave ou persistente. O sling suburetral é a intervenção cirúrgica mais comum para IU de esforço, com resultados eficazes a longo prazo.

Prognóstico e Recuperação Pós-Parto

Embora a incontinência urinária na gravidez muitas vezes melhore no período pós-parto, algumas mulheres podem continuar a apresentar sintomas. O treino adequado do assoalho pélvico no período pós-natal é crucial para prevenir a incontinência a longo prazo. Mulheres que realizam exercícios pélvicos regularmente tendem a ter uma recuperação mais rápida e eficaz.

Conclusão

A incontinência urinária é uma condição comum, porém tratável, durante a gravidez. A intervenção precoce, com foco no fortalecimento do assoalho pélvico e ajustes no estilo de vida, pode prevenir complicações a longo prazo e melhorar significativamente a qualidade de vida das gestantes. Posto isto, os profissionais de saúde devem estar preparados para educar e orientar as grávidas, oferecendo apoio físico e psicológico.

APÊNDICE D – “Estudo sobre Puérpera com Diagnóstico de Laceração Perineal Grau III

Antecedentes do Paciente:

- M. P., 32 anos, pariu o seu primeiro filho há duas horas. O parto eutócico foi complicado, devido a um período expulsivo prolongado e uma distócia de ombro, resultando numa laceração perineal grau III. Maria é saudável, sem histórico significativo de problemas médicos pré-existentes. Encontra-se emocionalmente exausta após o parto difícil, mas ansiosa para se recuperar e cuidar do seu recém-nascido.

Apresentação Clínica:

- M. P. queixa-se de dor intensa na região perineal e dificuldades em mobilizar-se. A avaliação física revela uma laceração perineal grau III, com extensão para o músculo esfíncter anal externo. A ferida está edemaciada, com perda hemática moderada. M. P. também relata dificuldade em urinar e evacuar, devido à dor.

Diagnóstico e Intervenção: Com base na avaliação clínica, M. P. foi diagnosticada com uma laceração perineal grau III. O plano de tratamento inclui:

1. Controlo da Dor: é administrada a M. P. analgesia adequada para aliviar a dor, incluindo analgésicos orais e aplicação de gelo local na área afetada.
2. Tratamento Cirúrgico: M. P. é encaminhada para um obstetra para avaliação e reparo da laceração perineal. O procedimento cirúrgico é realizado para reparar os tecidos danificados e promover a cicatrização adequada.
3. Monitorização Clínica: Após o procedimento cirúrgico, M. P. é monitorizada de perto quanto à cicatrização da ferida, sinais de infeção e complicações, como incontinência fecal ou anal.
4. Cuidados com a Higiene: Instruções são fornecidas a M. P. sobre os cuidados adequados com durante a realização da higiene perineal, incluindo a lavagem cuidadosa da área após cada evacuação e troca frequente de absorventes higiénicos.
5. Aconselhamento Nutricional: M. P. recebe orientações sobre a importância de uma dieta rica em fibras e hidratação adequada, de forma a prevenir obstipação e facilitar a evacuação sem esforço.

Acompanhamento e Resultados: M. P. é acompanhada regularmente em consultas pós-parto para avaliar a cicatrização da laceração perineal e a sua recuperação geral. Após algumas semanas, a ferida está cicatrizada adequadamente e M. P. relata alívio da dor e melhoria na função intestinal e urinária. Esta é encorajada a participar em grupos de apoio pós-parto para partilhar experiências e receber suporte emocional durante a sua jornada de recuperação.

Considerações Éticas e Sociais: Durante todo o processo de cuidados, é importante garantir que M. P.

esteja confortável, informada e envolvida em todas as decisões relacionadas com a sua saúde. O respeito à sua autonomia e privacidade é fundamental. Além disso, oferecer apoio emocional e educacional à família de M. P. é também essencial para ajudá-la a lidar com os desafios físicos e emocionais associados à laceração perineal e ao período pós-parto.

Este estudo de caso destaca os desafios enfrentados por uma puérpera com uma laceração perineal grau III e os cuidados abrangentes necessários para promover a sua recuperação física e emocional durante o período pós-parto.

O período pós-parto é uma fase crucial durante a qual as mulheres podem enfrentar desafios relacionados à recuperação do pavimento pélvico após o parto. O pavimento pélvico é frequentemente sobrecarregado durante o parto, o que pode resultar em lesões e disfunção. As intervenções realizadas pelo EEESMO têm como objetivo promover a recuperação eficaz do pavimento pélvico, reduzir o risco de complicações e melhorar a qualidade de vida das mulheres no pós-parto.

Métodos de Intervenção no Pós-Parto:

1. Exercícios de Kegel Modificados: Os exercícios de Kegel adaptados para o pós-parto visam fortalecer os músculos do assoalho pélvico, promovendo a recuperação da força e da função muscular após o parto.
2. Reeducação da Consciência Corporal: Os EEESMO podem fornecer orientações sobre a importância da consciência corporal no pós-parto, ajudando as mulheres a identificar e corrigir padrões de movimento prejudiciais que possam afetar o pavimento pélvico.
3. Massagem Perineal: A massagem suave da região perineal pode ajudar a promover a cicatrização e a reduzir o desconforto após o parto, além de contribuir para a recuperação da elasticidade dos tecidos do pavimento pélvico.
4. Treinamento do Assoalho Pélvico com Biofeedback: O uso de dispositivos de biofeedback pode auxiliar na reabilitação do pavimento pélvico, fornecendo feedback visual ou auditivo sobre a contração muscular e facilitando a realização correta dos exercícios.
5. Aconselhamento sobre Estilo de Vida Saudável: Os enfermeiros especialistas podem oferecer orientações sobre hábitos de vida saudáveis, incluindo dieta balanceada, controle do peso corporal e prática de atividade física adequada, que podem contribuir para a recuperação do pavimento pélvico no pós-parto.

Vários estudos têm demonstrado que as intervenções realizadas pelos EEESMO no período pós-parto podem ser eficazes na promoção da recuperação do pavimento pélvico. Estas intervenções estão associadas a uma melhoria na força muscular, redução de sintomas de incontinência urinária e

|
fecal e uma melhor qualidade de vida para as mulheres no pós-parto.

Conclusão

As intervenções realizadas pelo EEESMO desempenham um papel crucial na promoção da recuperação do pavimento pélvico no período pós-parto. Ao fornecer educação, orientação e suporte personalizado, estes profissionais podem ajudar as mulheres a enfrentar os desafios físicos e emocionais associados ao parto e ao período pós-parto, melhorando assim a sua qualidade de vida e bem-estar geral.

APÊNDICE E – Reflexão crítica – “A importância do aleitamento materno no desenvolvimento da microbiota intestinal do recém-nascido”

Introdução

O aleitamento materno é amplamente reconhecido como a forma ideal de nutrição para o recém-nascido, não apenas devido ao seu valor nutritivo, mas também pelos seus efeitos no desenvolvimento do sistema imunológico e na colonização da microbiota intestinal. A microbiota intestinal, composta por trilhões de microorganismos, desempenha um papel crucial na saúde humana ao longo da vida, influenciando desde a digestão até a imunidade. O período neonatal é fundamental para o estabelecimento dessa microbiota, e o leite materno tem um papel central nesse processo. Esta reflexão explora a importância do aleitamento materno para a microbiota intestinal do recém-nascido, à luz das descobertas científicas mais recentes.

Microbiota Intestinal: Definição e Importância

A microbiota intestinal refere-se à comunidade complexa de microrganismos que habita o trato gastrointestinal. Nos recém-nascidos, a composição da microbiota começa formar-se desde o nascimento e é altamente influenciada por fatores como o tipo de parto, o ambiente e, principalmente, a alimentação. A microbiota desempenha várias funções essenciais, tais como a:

- **Digestão e absorção de nutrientes:** A microbiota auxilia na digestão de componentes alimentares que o intestino humano sozinho não conseguiria digerir.
- **Desenvolvimento do sistema imunológico:** A interação entre a microbiota e o sistema imunológico do hospedeiro é crucial para a maturação imunológica.
- **Proteção contra microorganismos patogênicos:** A microbiota saudável atua como uma barreira contra microorganismos patogênicos, impedindo sua colonização no trato intestinal.

Colonização da Microbiota no Recém-Nascido: Papel do Parto e Aleitamento Materno

A colonização inicial da microbiota intestinal começa no momento do nascimento. Recém-nascidos nascidos por via vaginal são expostos à microbiota vaginal e intestinal da mãe, enquanto que os que nasceram por cesariana são inicialmente colonizados por microorganismos da pele e do ambiente hospitalar. No entanto, o fator mais determinante na composição e desenvolvimento saudável da microbiota é a alimentação do recém-nascido nos primeiros meses de vida.

Estudos recentes demonstram que o aleitamento materno é um dos fatores mais críticos na modulação da microbiota. O leite materno contém uma rica diversidade de nutrientes, incluindo

oligossacarídeos, lipídios, proteínas e uma variedade de microorganismos que influenciam diretamente o equilíbrio da microbiota intestinal.

Componentes Bioativos do Leite Materno e Seus Efeitos na Microbiota

1. Oligossacarídeos do Leite Humano (HMO's):

Os oligossacarídeos do leite humano são compostos que não são digeridos diretamente pelo recém-nascido, mas que servem como substrato preferencial para bactérias benéficas, especialmente *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*. Os HMO's, promovendo uma microbiota saudável e equilibrada nos bebês. Além disso, também têm propriedades imunomoduladoras, contribuindo para o desenvolvimento do sistema imunológico e proteção contra microorganismos patogênicos intestinais.

2. Fatores Imunológicos e Antimicrobianos:

O leite materno contém imunoglobulinas, lactoferrina, lisozima e outras proteínas com propriedades antimicrobianas que ajudam a prevenir a colonização por microorganismos patogênicos. A imunoglobulina A secretora (IgA), por exemplo, reveste o trato gastrointestinal do recém-nascido, protegendo-o contra infecções e promovendo a tolerância imunológica a microorganismos comensais benéficos.

3. Microorganismos do Leite Materno:

O leite materno não é estéril. Este contém bactérias benéficas, como *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, que são transferidas diretamente para o intestino do recém-nascido durante a amamentação. Esse processo facilita a colonização inicial do intestino com microorganismos que ajudam a prevenir a proliferação de seres patogênicos e promovem um ambiente intestinal saudável.

4. Ácidos Gordos e Lipídios:

O leite materno também é rico em lipídios e ácidos graxos essenciais, que desempenham um papel na maturação da mucosa intestinal e no desenvolvimento da microbiota. Além disso, estes lipídios ajudam na absorção de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Comparação entre Aleitamento Materno e Fórmula Infantil

A alimentação por fórmula infantil tem um impacto distinto na composição da microbiota intestinal do recém-nascido. RN's alimentados com fórmula tendem a ter uma maior presença de

bactérias da família *Enterobacteriaceae* e menos *Bifidobacterium* em comparação com bebês amamentados com leite materno. tal se deve à ausência de oligossacarídeos e outros componentes bioativos encontrados no leite materno.

Estudos demonstram que a microbiota de bebês alimentados com fórmula é menos diversificada e apresenta uma composição mais semelhante à de adultos em comparação com bebês amamentados exclusivamente com leite materno. Essa diferença pode estar associada a um maior risco de doenças imunomediadas, como alergias e doenças inflamatórias intestinais, em bebês alimentados com fórmula.

Impacto a Longo Prazo do Aleitamento Materno na Microbiota

Os primeiros mil dias de vida, que incluem o período de gestação e os primeiros dois anos de vida, são críticos para o estabelecimento da microbiota intestinal e para a programação da saúde futura. A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida está associada a uma microbiota intestinal mais saudável e diversa a longo prazo, o que pode influenciar a saúde metabólica e imunológica na infância e na vida adulta.

1. Redução do Risco de Alergias e Doenças Autoimunes:

A exposição precoce a uma microbiota saudável pode modular a resposta imunológica, diminuindo o risco de alergias, asma e doenças autoimunes. Bebês alimentados com leite materno tendem a ter um sistema imunológico mais equilibrado, com menor risco de reações imunológicas exacerbadas.

2. Prevenção de Doenças Metabólicas:

A microbiota saudável estabelecida pela amamentação está associada a um menor risco de obesidade, *diabetes mellitus* tipo 2 e outras doenças metabólicas na vida adulta. Estudos indicam que a colonização precoce por *Bifidobacterium* e *Lactobacillus* pode influenciar positivamente o metabolismo energético e o armazenamento de gordura.

Conclusão

O aleitamento materno desempenha um papel essencial no desenvolvimento da microbiota intestinal do recém-nascido, promovendo uma composição equilibrada e saudável que influencia diretamente a saúde imunológica e metabólica. O leite materno contém uma variedade de componentes bioativos que não só nutrem o bebê, mas também moldam a microbiota intestinal, proporcionando benefícios a curto e longo prazo. Esses benefícios destacam a importância da promoção e do apoio ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

APÊNDICE F – Folhetos elaborados ao longo do estágio

É INDISPENSÁVEL.

Que faça uma alimentação equilibrada:

- ✓ Coma com qualidade e não em quantidade. Deve comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez, fazendo refeições pequenas com intervalos regulares;
- ✓ Evite as gorduras, comidas muito condimentadas e os doces;
- ✓ Reduza a quantidade de sal na sua alimentação;
- ✓ Coma carne, peixe, ovos, ervilhas, feijão, grão e lentilhas: contêm proteínas indispensáveis à mãe e ao bebé, é fundamental que faça uma alimentação diversificada;
- ✓ A carne e os ovos devem ser bem cozinhados;
- ✓ Beba 1,5l de água por dia;
- ✓ O seu peso deve aumentar de uma forma lenta e progressiva, de forma a que no final da gravidez, não exceda os 12 kg.



Folheto elaborado por:
Enfermeira Débora Fernandes—aluna de
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica
Revisão: Outubro 2023

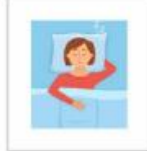
CUIDADOS A TER NA GRAVIDEZ



Durante a gravidez surgem alguns desconfortos. Este panfleto refere os mais frequentes que podem ocorrer no 1º trimestre e o que deve fazer para ajudar a minimizá-los.

CANSAÇO E SONOLÊNCIA

- Têm início logo nas primeiras semanas de gravidez;
- Podem ser uma constante ao longo de toda a gravidez.



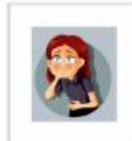
- Leve uma vida mais tranquila, descansando sempre que possível e quando sentir necessidade;
- Evite os esforços excessivos;
- Durma 8 horas por noite;
- Evite bebidas estimulantes (chá, café, bebidas com gás nomeadamente a coca-cola).

ENJOOS E VÔMITOS

- São muito frequentes e podem ocorrer em cerca de 60% das grávidas;
- Continuam ser mais acentuados ao acordar;
- Ocorrem especialmente durante o 1º trimestre da gravidez.

O que deve fazer ?

- Se ficarem nãuticas, coma uma bolacha ou um pouco de miolo de pão antes de se levantar da cama (deixe à noite na mesa de cabeceira); as náuseas com pelo são boas aliadas!
- Se se mantiverem ao longo do dia aumente o número de refeições (7 a 8 refeições por dia seria o ideal);
- Coma pouco de cada vez;
- Evite estar muito tempo em jejum;
- Evitar beber muitos líquidos, se tiver muito enjoado e com vontade de vomitar;
- Evite estar em ambientes com maus odores, too close, fumo de tabaco, ar poluído ou cheiros muito fortes.



AZIA

- É muito frequente durante a gravidez;
- Pode aparecer logo no 1º trimestre da gravidez, mas também é comum no 2º trimestre.

O que deve fazer ?

- Aumente o número de refeições;
- Coma pouco de cada vez;
- Evite deitar-se ou sentar-se logo após as refeições.



RELEMBRAR:

- É importante ir ao médico;
- Não fume;
- Não beba bebidas alcoólicas;
- Tenha bons hábitos alimentares;
- Tome apenas os medicamentos prescritos pelo seu médico;
- Pode manter relações sexuais, salvo indicação médica;
- Exercite-se e respouse;

É INDISPENSÁVEL MAIS UMA VEZ

Que faça uma alimentação equilibrada:

- ✓ Coma com **qualidade** e não em quantidade.
Deve comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez, fazendo refeições pequenas com intervalos regulares;
- ✓ Evite as gorduras, comidas muito condimentadas e os doces;
- ✓ Reduza a quantidade de sal na sua alimentação;
- ✓ Coma carne, peixe, ovos, ervilhas, feijão, grão e lentilhas contém proteínas independentes à mãe e ao bebé, é fundamental que faça uma alimentação diversificada;
- ✓ A carne e os ovos devem ser bem cozinhados;
- ✓ Beba 1,5l de água por dia;
- ✓ O seu peso deve aumentar de uma forma lenta e progressiva, de forma, a que ao final da gravidez, não exceda os 12 kg



Folheto elaborado por:
Enfermeira Débora Fernandes—
aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Revisto: Outubro 2023.

Cuidados a ter da sua gravidez durante o



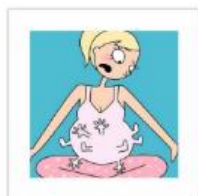
Durante a gravidez surgem alguns desconfortos. Este panfleto refere os mais frequentes que podem ocorrer no 2º trimestre e o que deve fazer para ajudar a minimizá-los.

AZIA

⇒ É bastante comum no segundo trimestre da gravidez.

O que deve fazer ?

- Aumente o número de refeições;
- Coma pouco de cada vez;
- Evite deitar-se ou sentar-se logo após as refeições.



INSÔNIA

⇒ Habitualmente a partir do 5º mês.

O que deve fazer ?

- Não tome medicamentos sem indicação médica;
- Leve uma vida com horários regulares;
- À noite faça refeições leves e fíças de digestir;
- Evite deitar-se logo após ter comido;
- Evite bebidas estimulantes (chá preto, café e bebidas gasificadas tal como a coca-cola).



DORES NAS COSTAS

⇒ Comuns ao fim do 2º trimestre e em especial no 3º trimestre da gravidez;
⇒ Podem ser bastante intensas e localizadas.



O que deve fazer ?

- Repouse bastante;
- Peça ao futuro pai que lhe faça uma massagem na zona que a está afectar;
- Utilize assentos rijos e ponha uma almofada na zona lombar (por detrás das costas);
- Aude a pé;
- Se sentir mais conforto use uma cinta própria para grávida.

DEVE ACTUALIZAR A SUA
VACINA DO TÉTANO

CHEGOU A HORA....

POR ISSO DEVE SABER QUAIS OS SINAIS PARA IR PARA A MATERNIDADE:



Contracções regulares com intervalos de mais ou menos 10 minutos;

- ✓ Perda de sangue vivo, via vaginal;
- ✓ Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa de águas);
- ✓ Não sentir os movimentos do bebé pelo menos 10 vezes em 12 horas.

A gravidez é um momento único na vida da mulher e de uma família....



Folheto elaborado por:

Enfermeira Dârcia Fernandes—aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Revisão: Outubro 2023

Cuidados a ter durante o 3º Trimestre da sua gravidez



Durante a gravidez surgem alguns desconfortos. Este folheto refere os mais frequentes que podem ocorrer no 3º trimestre e o que deve fazer para ajudar a minimizá-los.

DORES NAS COSTAS

- ⇒ Comuns no fim do 2º trimestre e em especial no 3º trimestre da gravidez;
- ⇒ Podem ser bastante intensas e localizadas.

O que deve fazer ?

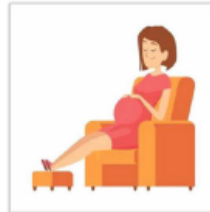
- Repouse bastante;
- Peça ao futuro pai que lhe faça uma massagem nas zonas que a está a afectar;
- Utilize assentos rijos e ponha uma almofada na zona lombar (por detrás das costas);
- Ande a pé;
- Se sentir mais desconforto use uma cinta pré-natal para gravidez.

INCHAÇO NOS PÉS E TORNOZELOS

⇒ Comuns nos últimos meses, sobretudo ao fim do dia e é mais pronunciado no altura do Verão (deve recorrer ao seu médico se também acontecer nas mãos, cara e pulsos ou se aparecer.

O que deve fazer ?

- Evite estar longos períodos em pé;
- Beba bastante água;
- Repouse, sempre que possível, com os pés elevados.



VARIZES E PERNAS PESADAS

- ⇒ Comuns no final da gravidez;
- ⇒ Têm maior risco de ficar com varizes as mulheres que aumentam muito de peso, que possam usar sapatos de pé e as fumadoras.

O que deve fazer ?

- Repouse com as pernas elevadas, sempre que possível;
- Se permanecer de pé, ande, caminhar ajuda a activar a circulação;
- Utilize calçado de salto baixo ou raso;
- Durma com os pés da cama elevados;
- Use meias elásticas;
- Na praia não exponha as pernas ao Sol.

NÃO SE ESQUEÇA QUE DEVE TER A MALA COM O NECESSÁRIO PARA SI E PARA O SEU BEBÊ DURANTE O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE A PARTIR DOS 7 MESES.



O Pavimento pélvico

Para que serve?

- ❑ Sustentar os órgãos no abdômen, especialmente quando se fica em pé;
- ❑ Proteger os órgãos pélvicos contra lesões externas;
- ❑ Segurar os órgãos pélvicos, como a bexiga, na posição correta;
- ❑ Controlar a saída de urina, gases e fezes;

Porque devemos exercitar estes músculos?

A fraqueza dos músculos do assoalho pélvico pode causar ou agravar vários problemas tais como:

1. Incontinência urinária;
2. Incontinência fecal;
3. Prolapso dos órgãos pélvicos ou prolapso genital: descida da bexiga, reto ou útero, pressionando a parede vaginal, que nas formas mais graves pode ultrapassar a entrada da vagina;
4. A perda de desejo sexual ou percepção de que a vagina está alargada.



O que pode causar a fraqueza destes músculos?

1. Lesão dos músculos durante a gravidez e parto;
2. A diminuição do tônus muscular associado ao envelhecimento;
3. Danos musculares provocados pelo esforço prolongado quando existe obstrução intestinal, ou ainda associado a doentes com antecedentes de tosse crônica ou obesidade.

É muito importante exercitar o pavimento pélvico durante toda a vida da mulher (não apenas após ter filhos);

Como exercitar o pavimento pélvico?

1. Sente-se confortavelmente com os pés e joelhos afastados. Dobre o seu tronco de modo a apoiar os cotovelos sobre os joelhos.
2. Imagine que está a tentar evitar a perda de gases e urina ao mesmo tempo. Ao fazer isto deve sentir um aperto e levantar da zona à volta da vagina e anus.
3. Faça os exercícios após esvaziar a bexiga e experimente em diferentes posições.

Com que frequência deve fazer os exercícios?

- ❑ Aperte ao máximo os músculos do seu pavimento pélvico sem usar os glúteos, as coxas ou os abdominais, como já foi descrito acima. Depois mantenha a força durante o máximo tempo possível (máx. 10 segundos).
- ❑ Repita a sequência "apertar, segurar e soltar" o número máximo de vezes que conseguir (8 a 12 repetições).
- ❑ Esta será a sua "série inicial" de exercícios. Repita a sua "série inicial" 10 a 20 vezes durante o dia.



Se não tem a certeza de estar a fazer corretamente os exercícios, consulte um médico, enfermeiro (que seja especialista na área) ou fisioterapeuta para se aconselhar e fazer uma avaliação.