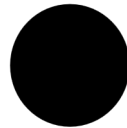


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior De Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER AO LONGO DO CICLO VITAL –
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Jéssica Alexandra Duarte Lameiras

Orientação:

Professora Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgado

Dezembro, 2025

“Quando priorizamos a saúde das mulheres, criamos um efeito cascata que beneficia famílias, comunidades e nações inteiras”

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

14 de outubro de 2024

Agradecimentos

Ao longo deste percurso, contei com contributos fundamentais, pelo que gostaria de expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Primeiramente, agradeço ao Jaime, pelo amor, pela serenidade nos momentos de tempestade e pelo cuidado durante esta jornada tão desafiante, em que tantas vezes, me esqueci de mim. Não poderia ter melhor companheiro para a vida.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela educação e por me permitirem concretizar os meus sonhos. Acima de tudo, por nunca me permitirem baixar os braços, relembrando-me, a cada dia, que tudo se constrói com esforço, determinação e trabalho.

À minha irmã Joaquina, pela compreensão, pelo aconchego e mimo e por ser casa em qualquer lugar.

A todos os professores, em especial à Professora Susana Delgado, pela orientação, pela paciência e pelo apoio nesta última fase particularmente exigente. Obrigada por acreditar em mim.

Às minhas amigas, Alba, Carolina e Marina, companheiras de especialidade, por tornarem tudo mais leve e alegre. Sem vocês, não seria a mesma coisa!

Às minhas colegas de equipa, pela amizade, pelo companheirismo, pela disponibilidade e pela cooperação. Não esquecerei o entusiasmo com que celebraram cada uma das minhas conquistas ao longo destes anos!

A todos os EE-ESMO's com quem me cruzei, pela partilha de conhecimentos, pelas experiências, pelos exemplos inspiradores de cuidados à mulher e por demonstrarem que, quando se faz o que se gosta, o cuidado alcança a excelência.

Por fim, a todas as mulheres e famílias que me permitiram crescer enquanto profissional e que enriqueceram o meu cuidar.

Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

ARS – Agência Regional de Saúde

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

BOC – Bloco Operatório Central

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DAI – Dermatite Associada à Incontinência

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Disfunção do Pavimento Pélvico

DS – Dotações Seguras

ECTS – Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

EE – Enfermeiro Especialista

EEES - Espaço Europeu de Ensino Superior

EE-ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EHEA – European Higher Education Area

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERESMO - Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESG – Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

GOBP – Guias Orientadores de Boas Práticas

HA – Hospital A

HB – Hospital B

HTA – Hipertensão Arterial

ICIQ-UI SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

ICS – International Continence Society

IBM – International Business Machines

IMB – Information-Motivation-Behavioural Skills

IMBED – Implementation of Best Evidence for Dermatitis

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

ISO – International Organization for Standardization

ITP – Indução de Trabalho de Parto

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUGA – International Urogynecological Association

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI – Joanna Briggs Institute

JQI - Joint Quality Initiative

LATCH – Latch; Audible swallowing; Type of nipple; Comfort; Hold positioning

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mhealth – Mobile health

MPS - Modelo de Promoção de Saúde

N.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds ratio

PBE – Prática Baseada na Evidência

PEP – Profilaxia pós-exposição

PCC – População, Conceito e Contexto

PF – Planeamento Familiar

pH – potência de Hidrogénio

PNS 2030 - Plano Nacional de Saúde 2030

PNVGBR – Plano Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco

PPAM – Programa de Preparação para o Aleitamento Materno

PPPP – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

QEQ – Quadro Europeu de Qualificações

QV – Qualidade de Vida

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGPD – Regulamento Geral da Proteção de Dados

RN – Recém-Nascido

RNU – Registo Nacional de Utentes

ScR – Scoping Review

SHOCK – Algoritmo mnemónico para a abordagem inicial do choque hemorrágico

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SPDC – Sociedade Portuguesa da Contraceção

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TMAP – Treino Muscular do Assoalho Pélvico

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCERN – Unidade de Cuidados Especializados do Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULSA– Unidade Local de Saúde A

ULSB– Unidade Local de Saúde B

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

VHB – Vírus da Hepatite B

WPSI – Women’s Preventive Services Initiative

Resumo

Introdução: A incontinência urinária é a disfunção do pavimento pélvico mais comum entre as mulheres e constitui um importante problema de saúde pública devido ao seu impacto no bem-estar físico, psicológico e social. Ainda assim, a procura de cuidados especializados, por parte destas mulheres, continua escassa, muitas vezes devido ao estigma, à vergonha e à baixa literacia em saúde. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela sua *expertise* no cuidado à mulher, desempenham um papel chave na prevenção da incontinência urinária. Contudo, a sua intervenção no cuidado à mulher incontinente permanece pouco relatada. **Objetivos:** O presente Relatório de Estágio pretende analisar reflexivamente as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos e descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Metodologia:** Foi elaborada uma *Scoping Review* para investigar a prevalência e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher e realizado um estudo primário transversal na Unidade Local de Saúde onde decorreu o estágio. **Resultados:** Na população estudada, verificou-se que a incontinência urinária estava associada a fatores modificáveis como o peso, o Índice de Massa Corporal e o consumo de bebidas diuréticas, contrariamente aos fatores obstétricos. **Conclusão:** Estes resultados são concordantes com o descrito na literatura e reforçam a necessidade de intervenções personalizadas, centradas na modificação de comportamentos e no controlo dos sintomas urinários, evidenciando a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher incontinente.

Palavras-chave: Enfermagem (DeSC/MeSH); Incontinência Urinária (DeSC/MeSH); Obstetrícia (DeSC/MeSH); Qualidade de Vida (DeSC/MeSH)

Abstract

Introduction: Urinary incontinence is the most common pelvic floor dysfunction among women and constitutes a major public health problem due to its impact on physical, psychological and social well-being. Even so, the demand for specialised care among these women remains low, often due to stigma, shame and low health literacy. Specialist nurses in maternal and obstetric health nursing, due to their expertise in women's care, play a key role in the prevention of urinary incontinence. However, their intervention in care of incontinent women remains underreported. **Objectives:** This Internship Report aims to reflectively analyse the experiences in different clinical contexts and describe the intervention of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. **Methodology:** A Scoping Review was conducted to investigate the prevalence and impact of urinary incontinence on women's quality of life, and a primary cross-sectional study was carried out at the Local Health Unit where the internship took place. **Results:** In the population studied, urinary incontinence was associated with modifiable factors, namely weight, Body Mass Index and consumption of diuretic beverages, as opposed to obstetric. **Conclusion:** These findings are partly consistent with those described in the literature and reinforce the need for personalized interventions focused on behavior modification and urinary symptom control, highlighting the importance of the intervention of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in the care of incontinent women.

Keywords: Midwifery (DeSC/MeSH); Nursing (DeSC/MeSH); Quality of Life (DeSC/MeSH); Urinary Incontinence (DeSC/MeSH)

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	17
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSAIO CLÍNICO.....	18
1.1.1. Unidade Local de Saúde A	18
1.1.1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) X.....	19
1.1.1.2. Serviço de Consulta Externa do Hospital A	22
1.1.1.3. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital A.....	23
1.1.2. Unidade Local de Saúde B (ULSB)	29
1.1.2.1. Serviço de Puerpério do Hospital B	30
1.2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE.....	32
1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	34
1.3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	35
1.3.2. Domínio da gestão eficiente de cuidados.....	37
1.3.3. Domínio da melhoria contínua da qualidade	39
1.3.4. Domínio do desenvolvimento permanente das aprendizagens....	41
1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	43
1.4.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período pré-concepcional	45
1.4.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	48
1.4.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	52
1.4.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	59
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	64
2.1. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	65
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	69

ANEXO III – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “PELVIC FLOOR HEALTH – POSTPARTUM MANAGEMENT AND RECOVERY” da FIGO.....	133
ANEXO IV – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: COMO IDENTIFICAR E AGIR RAPIDAMENTE”	135
ANEXO V – Certificado de participação no Curso de sutura perineal baseada em evidência.....	137
ANEXO VI – Síntese de registo de atividades práticas	139
ANEXO VII – Questionário ICIQ-UI SF	141
ANEXO VIII – Autorização da utilização do questionário ICIQ-UI SF adaptado à população portuguesa	143
ANEXO IX: Parecer da Comissão de Ética na Saúde da ULSA.....	145
ANEXO X: Declaração de responsabilidade e confidencialidade	147
APÊNDICES	149
APÊNDICE I: Reflexão crítica sobre o contacto pele a pele.....	150
APÊNDICE II: Sessão de educação para a saúde destinada ao PPPP “Viver a Maternidade”	154
APÊNDICE III: Plano de sessão de educação para a saúde	170
APÊNDICE IV: Folheto informativo sobre o rastreio do cancro do colo do útero ...	173
APÊNDICE V: Ebook “Cuidados de saúde pélvica no pós-parto”	175
APÊNDICE VI: Reflexão crítica sobre a promoção da verticalidade no trabalho de parto e parto.....	177
APÊNDICE VII: Reflexão crítica sobre a ingestão no trabalho de parto.....	181
APÊNDICE VIII: Mapa conceptual.....	184
APÊNDICE IX: Tabela de definições operatória e abstrata.....	186
APÊNDICE X: Tabela de estratégia de pesquisa	188
APÊNDICE XI: Diagrama de fluxo PRISMA 2020	191
APÊNDICE XII: Numeração e título dos artigos selecionados	193
APÊNDICE XIII: Instrumento de extração de dados JBI	196
APÊNDICE XIV: Carta explicativa do estudo aos participantes	239

APÊNDICE XV: Consentimento informado.....	242
APÊNDICE XVI: Questionário sociodemográfico	245
APÊNDICE XVII: Tabela relativa às características sociodemográficas e ao estilo de vida	249
APÊNDICE XVIII: Tabela relativa às correlações entre a presença de IU e variáveis contínuas	258
APÊNDICE XIX: Tabela relativa às associações entre a presença de IU e variáveis categóricas.....	260
APÊNDICE XX: Projeto individual de estágio	269
APÊNDICE XXI: Protocolo da <i>Scoping Review</i>	349

Lista de figuras

Figura 1 - Proporção de partos vaginais e por cesariana em relação ao número total de partos	24
Figure 2 - Proporção de partos eutócicos e de partos instrumentados em relação ao número total de partos vaginais.....	25

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito do X Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém pertencente ao Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém). Este revela-se uma ferramenta imprescindível no processo de aprendizagem, aquisição e consolidação de competências que fomenta a autonomia, a reflexão e a prática clínica em Enfermagem avançada (IPSantarém, 2024). A sua elaboração respeita as Normas Gerais para trabalhos escritos da sétima Edição da *American Psychological Association* (APA), foi redigido em Português de Portugal e ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico e do Regulamento de Mestrados do IPSantarém (IPSantarém, 2020). A sua avaliação visa a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para este efeito, dever-se-á, através de uma aprendizagem contínua e autónoma acompanhada de uma comunicação clara e adaptada, comprovar a capacidade de aplicação e o aprofundamento de conhecimentos em diversos contextos multidisciplinares; e de análise e resolução de problemas complexos, sempre refletindo nas responsabilidades e implicações éticas e sociais (IPSantarém, 2020).

Desta forma, foi preponderante nortear a prática clínica no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019a) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (OE, 2019b) a fim de prestar cuidados especializados de excelência. O RCEEEESMO revela a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) no cuidado à mulher inserida na família e na comunidade em contexto de Planeamento Familiar (PF), durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, de trabalho de parto (TP), pós-natal e do climatério; e na vivência de processos de saúde/ doença ginecológicos; não esquecendo a mulher em idade fértil inserida na comunidade (OE, 2019b). As competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) evidenciadas pelo RCCEE também foram consideradas, pois relevam a perícia científica, técnica e humana do EE em vários domínios como a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens; e reconhece a Saúde Materna como uma das seis especialidades (OE, 2019a).

Considerando a dimensão da intervenção e a panóplia de competências do EE-ESMO, e sendo condizente com as mesmas, detetou-se a necessidade da temática recair sobre uma condição comum, transversal e congruente com as necessidades da população feminina: Incontinência Urinária na mulher ao longo do ciclo vital - Intervenção do Enfermeiro Obstetra.

A Incontinência Urinária (IU), definida como a perda involuntária de urina, constitui uma condição comum, que afeta metade da população feminina, e é transversal às diferentes faixas etárias (*Women's Preventive Services Initiative (WPSI)*, 2025). O *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* evidencia uma incidência de aproximadamente 25% nas mulheres jovens, 44 a 77% nas mulheres de meia-idade ou pós-menopausa e 75% nas mulheres idosas. Trata-se de uma condição multifatorial que afeta significativamente o bem-estar físico, psicológico e social da mulher, condicionando negativamente o seu estilo de vida (ACOG, 2015).

Apesar do impacto na Qualidade de Vida (QV), a procura de ajuda profissional permanece reduzida devido ao constrangimento associado à IU. Nos Estados Unidos, por exemplo, apenas cerca de 45% das mulheres com IU recorrem aos cuidados de saúde (ACOG, 2015). Na Europa, a percentagem é ainda mais reduzida, com apenas 33% das mulheres incontinentes a procurarem ajuda profissional (Liang et al., 2023). O impacto económico também é considerável, estimando-se um custo anual de cerca de três biliões de dólares em instituições de cuidados de longa duração (ACOG, 2015). O tratamento de primeira linha recomendado é a terapia comportamental que se baseia na modificação dos estilos de vida através de intervenções como treino vesical e perda/controlo de peso (ACOG, 2015). A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) apoia igualmente esta abordagem, recomendando-a como componente essencial da intervenção inicial, particularmente nos casos em que tratamentos farmacológicos ou cirúrgicos sejam contraindicados (SPG, 2021).

Relativamente aos objetivos delineados para o estágio, o objetivo principal consistiu na aquisição e no desenvolvimento de competências clínicas nas diversas áreas de intervenção da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, promovendo a prestação de cuidados seguros e de qualidade a mulheres e recém-nascidos. Para alcançar este objetivo, procurou-se atingir os seguintes objetivos específicos: aplicar os conhecimentos teóricos na prática clínica, de acordo com os protocolos institucionais;

analisar as rotinas de trabalho, identificando boas práticas e oportunidades de melhoria; desenvolver competências comunicacionais e relacionais, incluindo a integração eficaz na equipa multidisciplinar; participar em atividades educativas na área materno-infantil; refletir criticamente sobre a prática profissional; adquirir competências de gestão; contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado com base em evidências científicas; e aprimorar competências na área de investigação. Nesta última, considerando os dados referidos anteriormente, é demonstrada a necessidade de compreender qual a intervenção do EE-ESMO nos cuidados à mulher com IU. O EE-ESMO, através da sua perícia no cuidado à mulher ao longo do seu ciclo vital, torna-se o profissional indicado para o tratamento comportamental (OE, 2019b).

Tendo por base esta meta e tendo em conta as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos, os objetivos específicos delineados foram analisar de forma reflexiva as experiências ao longo dos contextos; mapear a evidência científica sobre a temática eleita recorrendo a uma *Scoping Review* (ScR), através do método de *Joanna Briggs Institute*® (JBI) (2020), e por fim, através de colheita e tratamento de dados epidemiológicos, investigar os valores de prevalência da IU na Unidade Local de Saúde A (ULSA) e o seu impacto na QV da mulher.

A aplicação do Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender na prática clínica e como referência para a componente investigativa foi decisiva na resposta aos objetivos anteriormente estabelecidos. Isto deve-se ao facto do MPS estar em consonância com a urgência de identificar e intervir precocemente nas mulheres com IU, promovendo a sua capacitação (WPSI, 2025).

A estrutura do Relatório de Estágio organiza-se da seguinte forma: o primeiro capítulo descreve o percurso formativo até à prática de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica, caracterizando os contextos clínicos e as instituições associadas, destacando a aquisição de competências e procedendo a uma análise crítica e reflexiva das competências comuns do EE e das específicas do EE-ESMO. O segundo capítulo, destinado ao enquadramento teórico-conceitual, apresenta a relevância da temática, os dados estatísticos e os conceitos-chave fundamentados por entidades reguladoras, culminando na fundamentação do modelo teórico adotado. O terceiro capítulo expõe o enquadramento metodológico, descrevendo a ScR e os resultados obtidos, bem como o desenho de estudo inerente ao trabalho de campo. O

quarto capítulo contempla a discussão dos resultados e as principais conclusões, seguido das considerações éticas e, por último, da conclusão.

1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A unidade curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ERESMO) é uma componente do Plano de Estudos do CMESMO (IPSantarém, 2017). Esta é constituída por vários campos clínicos, numerados de I a IV, destinados a um contexto clínico específico, em cada área de intervenção do EE-ESMO.

Na verdade, o estágio clínico é considerado uma componente essencial para a aprendizagem e constituinte fulcral na transição de Enfermeiro para EE (OE, 2021). Este tem por objetivos a consolidação e expansão de conhecimentos e o domínio de competências, nomeadamente na área de especialidade de interesse. Sendo por isso, obrigatório para a atribuição do Título de EE (OE, 2021).

O contexto clínico é preponderante na mobilização do conhecimento teórico na prática clínica, facilitando assim a aquisição e a consolidação de competências. Posto isto, a seleção do local é essencial e de preferência, segundo a OE, que apresente Idoneidade Formativa reconhecida pela mesma (OE, 2021). Isto é, que apresente as características favoráveis a uma formação de qualidade promovendo o desenvolvimento do formando e a segurança dos cuidados (OE, 2011).

A OE recomenda que tanto a supervisão pedagógica como a clínica sejam realizadas por um EE. A primeira foi desempenhada pela Professora orientadora e a segunda pelos vários Enfermeiros Especialistas nos vários contextos (OE, 2021).

Assim, a prática clínica decorreu ao longo do ano letivo de 2024/2025, de 16 de setembro de 2024 a 11 de julho de 2025 e foi norteadada pelo RCCEE, RCEEEESMO e pelas diretrizes da Ficha da Unidade Curricular ERESMO. Esta define como eixos fundamentais a prestação de cuidados especializados à grávida, ao feto, à parturiente, à puérpera e ao Recém-Nascido (RN), bem como à mulher no climatério e em processo de saúde-doença, integrados na família e na comunidade. A prática deve também contemplar atividades que assegurem a obtenção de experiências mínimas obrigatórias para o reconhecimento das qualificações profissionais, implicando a mobilização rigorosa de conhecimentos sólidos, fundamentados e sustentados em valores éticos e

responsabilidades profissionais. Paralelamente, é importante promover a capacitação da mulher/casal/família/grupo no âmbito dos cuidados de saúde, das competências parentais, da promoção da saúde e da QV, no domínio da saúde sexual e reprodutiva durante o ciclo gravídico-puerperal e ao longo do ciclo reprodutivo. Por fim, deve fundamentar-se numa política de qualidade, valorizando a segurança dos cuidados, sendo a Prática Baseada na Evidência (PBE) imprescindível para a integração e valorização da investigação aplicada. Com o intuito de promover o envolvimento ativo no processo formativo, foi solicitada a elaboração de um projeto individual de estágio (Apêndice XX) a fim de favorecer a sistematização da aprendizagem e a sua adequação às motivações e interesses pessoais.

Os locais selecionados para estágio foram a Unidade Local de Saúde A (ULSA) nomeadamente, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), o Serviço de Consulta Externa e o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia; e a Unidade Local de Saúde B (ULSB), particularmente o Serviço de Puerpério do Hospital B (HB). Para cada contexto foram delineados objetivos específicos, sendo que estes conjuntamente com as atividades foram ajustados às necessidades e aos recursos de cada contexto.

Posto isto, segue-se a caracterização dos contextos de ensino clínico, o processo de aquisição de competências do grau de mestre e as análises críticas correspondentes às competências comuns do EE e às específicas do EE-ESMO.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSAIO CLÍNICO

1.1.1. Unidade Local de Saúde A

A Unidade Local de Saúde A (ULSA) foi criada em 2009 através da associação do Hospital A com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), integrando assim, oito Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e três Unidades de Saúde Familiar (USF). Sediada numa cidade do centro, abrange uma área de 5.253 km², distribuídos por oito concelhos, tendo uma população residente de cerca de 108 mil habitantes. Esta Entidade Pública Empresarial (EPE) tem por missão promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados primários, secundários e continuados de forma integrada, assegurando também atividades de saúde pública, formação e investigação, sempre ajustadas às necessidades regionais (ULSA, 2017a; Ministério da Saúde, 2009).

A sua visão centra-se na criação de comunidades saudáveis em ambientes igualmente sãos, com base em qualidade, equidade, proximidade e excelência. Os valores orientadores incluem a integridade, a liderança, a humanização, a cidadania, a disciplina, o reconhecimento, a qualidade total, a multidisciplinaridade, a investigação e o respeito pelo ambiente, enquadrados num modelo de financiamento definido anualmente por contrato-programa com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Agência Regional de Saúde (ARS) Centro (ULSA, s.d.).

Relativamente aos recursos humanos, a instituição dispõe de 1.468 trabalhadores, dos quais 530 são enfermeiros (36,1%), cuja idade média é de 44,15 anos e a atividade predominante é a hospitalar. Dentro da população de Enfermagem, 165 são EE's, sendo que 19 são EE-ESMO's (ULSA, 2022).

Na área da saúde materna e obstétrica, em 2020, registaram-se 1.350 episódios de urgência de natureza obstétrica/ginecológica (ULSA, 2021). Em 2023, nos cuidados de saúde primários realizaram-se 4.004 consultas de saúde materna e 3.084 de PF; já em contexto hospitalar, no Serviço de Consultas Externas realizaram-se 1.481 consultas de ginecologia e 2.433 de obstetrícia e 105 cirurgias ginecológicas (ULSA,2024).

1.1.1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) X

A UCC X é uma unidade pertencente à ULSA e abrangida pela ARS do Centro.

Esta unidade iniciou atividade a dois de junho de 2014 com a missão de:

Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. (Ministério da Saúde, s.d., s.p.)

A visão pretendida por esta instituição é tornar-se “uma unidade de excelência, na sua área de intervenção” (Ministério da Saúde, s.d.), que desenvolve projetos e atividades destinados a proporcionar ganhos em saúde, e cuja competência nas áreas

da promoção da saúde, da prevenção da doença e da prestação de cuidados tenha o reconhecimento da “população do Concelho X, parceiros, pares e ACES” (Ministério da Saúde, s.d.).

Em relação aos valores, esta UCC ambiciona a excelência, a qualidade, a transparência, a equidade, a proximidade, a humanização, assim como a articulação e parceria com as instituições da comunidade (Ministério da Saúde, s.d.).

A população beneficiária de cuidados, segundo os dados apresentados pelo Registo Nacional de Utentes (RNU) em 2024, encontram-se inscritas 13.912 pessoas, sendo 6.671 indivíduos do sexo masculino e 7.241 do sexo feminino. No que diz respeito a faixas etárias, a população idosa é a mais representativa com 54,63% enquanto a população jovem corresponde apenas a 18,13% (Ministério da Saúde, s.d.). Na área da Saúde Materna e Obstétrica, encontram-se inscritas 2.522 mulheres em idade fértil (Ministério da Saúde, s.d.), das quais 57 estão grávidas. Este último dado foi obtido através da consulta da Lista de Utentes inscritos no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – Saúde Materna, no Sclínico®.

No que concerne à equipa multidisciplinar, esta é composta por: um médico; cinco enfermeiros dos quais uma EE-ESMO, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e três enfermeiras de cuidados gerais; uma assistente social; uma nutricionista; uma fisioterapeuta e uma secretária clínica (Ministério da Saúde, s.d.-a). Assim, a responsável pela supervisão do estágio foi a EE-ESMO da unidade. O método de trabalho praticado nos cuidados de enfermagem, centra-se no utente e corresponde ao do enfermeiro de referência. A sua aplicação deve-se à sua similitude com o Enfermeiro de família, definido no Decreto-Lei nº118/2014 de cinco de agosto, e à orientação dos utentes para o enfermeiro mais competente nomeadamente na sua área de Especialização, como ocorre no caso de encaminhamento/referenciação das grávidas para a EE-ESMO, a fim de promover cuidados adequados às necessidades específicas da utente (Ministério da Saúde, 2014).

Relativamente à estrutura física da UCC, esta é constituída por dois pisos, nos quais existem diferentes salas destinadas a vários efeitos, de forma a promover uma oferta variada de programas de saúde que abrange diversas áreas de atuação. No Programa destinado à Saúde reprodutiva, existe o Programa de Preparação para o

Parto e Parentalidade (PPPP) – “Viver a Maternidade”, elaborado pela EE-ESMO, com a finalidade de facilitar a vivência da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade, por parte da grávida/casal/família, e promover a interação precoce entre a tríade. Este é destinado a grávidas/casais com uma idade gestacional superior ou igual a 22 semanas, inscritos na UCC X ou não, dependendo das vagas. A referenciação pode ocorrer internamente, através do Sclínico®, ou por contacto direto com a gestante. O PPPP é organizado em dez sessões de grupo que ocorrem às quintas-feiras das 16 horas às 18 horas. Em complementaridade, existe também a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna destinada ao mesmo grupo-alvo, onde é realizada a avaliação inicial e são esclarecidos anseios e dúvidas sobre a gravidez, o parto, a parentalidade ou outras preocupações pessoais. Esta decorre no período da tarde de segunda-feira e pode ser solicitada sempre que a grávida ou o casal o necessite. Os conteúdos abordados em ambos os momentos estão de acordo com o preconizado pelos novos Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP) da OE dirigidos à adaptação à gravidez, à parentalidade e à preparação para o parto (Cardoso et. al, 2023a; 2023b; 2024) e promovem o envolvimento do outro progenitor ou da pessoa significativa eleita pela grávida, conforme indicação pelo Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015a).

Considerando os dados anteriormente mencionados, torna-se essencial perceber o cumprimento das Dotações Seguras (DS), tal como definidas pela OE (OE, 2019c). No contexto das UCC, as DS são estabelecidas com base em três parâmetros fundamentais: a área geográfica abrangida pelos Centros de Saúde, a caracterização geodemográfica da população e, por fim, a constituição das equipas domiciliárias (OE, 2019c).

A composição da equipa multidisciplinar, objeto de avaliação anual, deve integrar um enfermeiro por cada 5.000 habitantes, preferencialmente com especialidade, atendendo sempre às necessidades específicas da população e aos projetos de saúde em execução. O recurso à calculadora de DS, disponibilizada pela OE desde 2024, e considerando a população inscrita na UCC X bem como o registo de 84 crianças com idade inferior a um ano em 2025, indicador de pelo menos 84 nascimentos nesse período (Ministério da Saúde, s.d.), revelou que a unidade deve dispor de quatro enfermeiros. Entre estes, é recomendada a presença mínima de um

especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária ou Saúde Pública, sendo desejável que os outros três também possuam especialidade. Relativamente à área de Saúde Materna, a norma aconselha um EE-ESMO por cada 200 nascimentos anuais (OE, 2024).

Face a estes critérios, verifica-se que a UCC X ultrapassa o número mínimo recomendado ao integrar cinco enfermeiros, embora não disponha de um especialista em Saúde Comunitária ou Saúde Pública. No que se refere à Saúde Materna, as DS encontram-se asseguradas, dado que a unidade dispõe de um EE-ESMO para um número de partos inferior a 200.

1.1.1.2. Serviço de Consulta Externa do Hospital A

O Estágio “ESMO em Ginecologia”, com a duração de 50 horas, realizou-se no Serviço de Consulta Externa da ULSA – Hospital A (HA), localizado no edifício de Ambulatório I desta instituição. Esta unidade é constituída por vários pisos, organizados em diferentes áreas médico-cirúrgicas e de diagnóstico.

A equipa multidisciplinar engloba 16 enfermeiras, das quais apenas cinco especialistas: uma em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma em Enfermagem de Reabilitação, uma em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma EE-ESMO. A missão desta equipa consiste em assegurar consultas de acordo com critérios de referenciação clínica, bem como desenvolver ações de formação especializada, destacando-se os Projetos “Mamãs Informadas” e “Prevenção no Feminino” (ULSA, 2016; 2017b). O primeiro dinamiza sessões de educação para a saúde sobre temáticas relacionadas com a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados ao RN. O objetivo central é apoiar e esclarecer o casal, promovendo o desenvolvimento de competências parentais. Alguns exemplos dos temas abordados são: a vacinação durante a gravidez, a amamentação, a higiene oral, a vivência do puerpério, o acolhimento do RN na Unidade de Cuidados Especializados do Recém-Nascido (UCERN), o acolhimento no Serviço de Obstetrícia e as alterações psicológicas no período do pós-parto (ULSA, 2017b). Já o Projeto “Prevenção no Feminino” tem como finalidade promover o rastreio e o diagnóstico precoces do cancro da mama, assegurando igualmente a participação em exames complementares de diagnóstico como mamografia e a ecografia mamária (ULSA, 2016).

Relativamente às consultas de Ginecologia, nas quais a mestranda teve oportunidade de participar, estas realizam-se em simultâneo com o médico ginecologista, sendo a intervenção da EE-ESMO de carácter interdependente. O método de trabalho adotado é predominantemente individual, embora a atribuição desta área nem sempre seja garantida à única EE-ESMO em funções. Quando tal ocorre, verifica-se que o disposto no Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), relativo ao cálculo de DS nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, não é respeitado, uma vez que a consulta de Enfermagem em Ginecologia não é assegurada por uma EE-ESMO (OE, 2019c).

1.1.1.3. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital A

A realização dos estágios “ESMO na Gravidez Patológica”, com a duração de 150 horas, e “ESMO na Sala de Partos”, com a duração de 500 horas, decorreram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA-HA. Este integra o Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem e situa-se, habitualmente, na ala direita do quinto piso do edifício hospitalar principal. A sua estrutura organizacional compreende: o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG); a unidade de internamento de Ginecologia, constituída por uma enfermaria com três camas; a unidade de internamento de Obstetrícia (grávidas e puérperas), composta por dez camas distribuídas por quatro enfermarias; e o Bloco de Partos, constituído por duas salas de parto e uma sala de recobro. Esta distribuição pode ser sujeita a alterações, uma vez que a gestão de camas e de enfermarias é realizada de acordo com as necessidades do Serviço. Além disso, por não dispor de Bloco Operatório próprio, em situações de parto distócico por cesariana ou cirurgias obstétricas/ginecológicas, a utente é transportada para o Bloco Operatório Central (BOC), localizado no quarto piso.

A equipa multidisciplinar é composta por várias classes de profissionais de saúde, não existindo atualmente uma equipa médica residente. Relativamente à Enfermagem, existem 21 enfermeiros, dos quais 11 são EE-ESMO's, sendo que um apresenta a competência acrescida em Supervisão Clínica; dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e sete enfermeiros de cuidados gerais. O método de trabalho desta equipa é o método individual. Apesar do distrito de C ser dos mais envelhecidos e com menores taxas de natalidade

(ULSA, 2022), nos últimos anos tem-se notado um ligeiro aumento no número anual de partos. Em 2024, ocorreram 484 partos, dos quais 130 foram partos distócicos por cesariana (27%) (Figura 1). Dos partos vaginais, 240 foram partos eutócicos (68%), e os restantes instrumentados por fórceps ou ventosa (32%) (Figura 2) (ULSA, 2025). A ilustração destes dados encontra-se representada nas figuras seguintes.

Figura 1

Proporção de partos vaginais e por cesariana em relação ao número total de partos

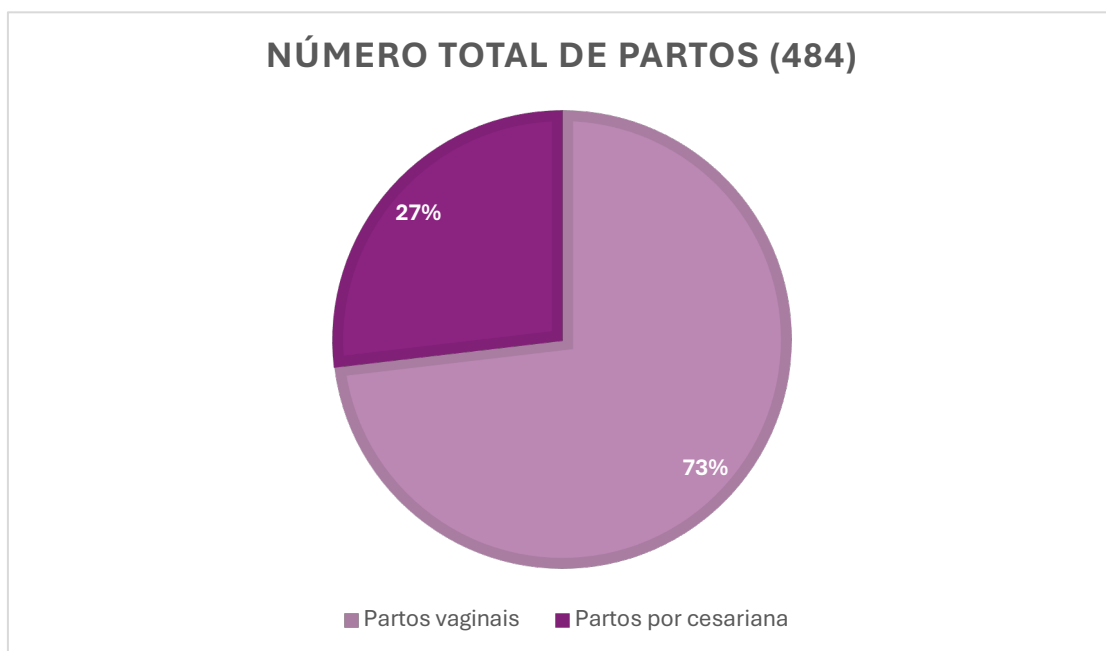
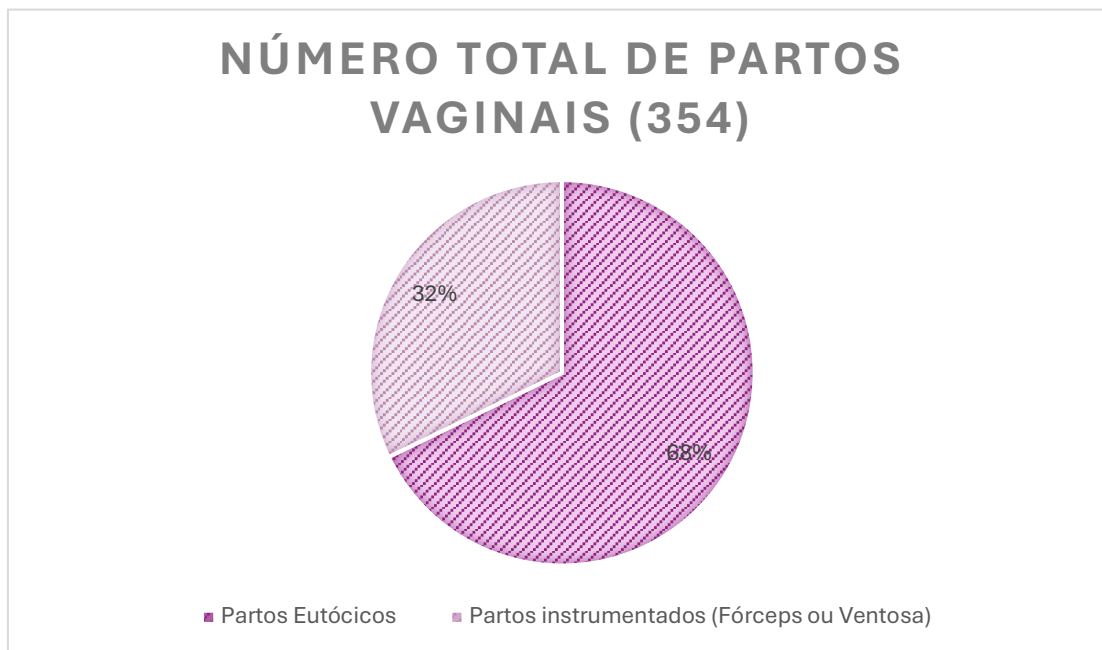


Figura 2

Proporção de partos eutócicos e de partos instrumentados em relação ao número total de partos vaginais



Quanto à gestão de recursos físicos, humanos e materiais, esta torna-se desafiante. Nos termos dos recursos físicos, apesar da existência de um sistema de segurança com acesso controlado por cartão que garante a proteção e, da existência de enfermarias com apenas duas camas que favorece a privacidade; em caso de lotação completa, a distribuição torna-se complicada, devido à existência de vários contextos clínicos incompatíveis, cuja coexistência não é recomendada. O mesmo fenómeno ocorre com os recursos materiais, que apesar da disposição de equipamentos tecnológicos modernos (plataforma *OmniView®*, bilirrubinómetro transcutâneo, camas de parto articuladas, aparelhos cardiotocógrafos *wireless*), verifica-se a escassez de aparelhos de cardiotocografia, existindo apenas cinco para todo o Serviço, o que dificulta a gestão clínica. Por fim, em termos de recursos humanos, é evidente uma sobrecarga laboral dos EE-ESMO's sobretudo nos turnos da tarde e da noite por escassez de enfermeiros especialistas. Frequentemente, apenas um EE-ESMO é responsável por garantir a assistência ao SUOG, ao internamento de grávidas e ao Bloco de Partos, embora exista outro EE-ESMO em regime de prevenção.

Este ponto levanta a importância de perceber a conformidade com a norma de DS da OE (2019c). No caso do SUOG, a OE aconselha que a assistência seja prestada exclusivamente por EE-ESMO, com formação em Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e em Emergências Obstétricas. Neste caso, apesar de todos os EE-ESMO's possuírem formação em Emergências Obstétricas, a escassez destes profissionais, origina situações de atribuição de enfermeiros de cuidados gerais ao SUOG. Além disso, outra desadequação é a triagem obstétrica ser realizada pelo enfermeiro destacado no Serviço de Urgências Geral. Em relação ao internamento materno-fetal e ao puerpério, a OE, dependendo do risco, recomenda a proporção de um EE-ESMO para três grávidas/puérperas de alto risco e um EE-ESMO para seis grávidas/puérperas de médio risco. Estes rácios não são cumpridos, pois o EE-ESMO afeto ao internamento de grávidas pode também estar destacado para o SUOG ou para o Bloco de Partos, simultaneamente. No caso do internamento de puerpério, a intervenção dos EE-ESMO's deste serviço encontra-se limitada devido à otimização da escassez destes profissionais. Ainda assim, é importante referir que a equipa multidisciplinar corresponde ao preconizado pela OE nomeadamente na existência de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e enfermeiros de cuidados gerais, com a presença na equipa de um EE-ESMO por turno. Relativamente ao Bloco de Partos, para maternidades com um número inferior a 500 partos por ano, a OE recomenda a presença contínua de um EE-ESMO, sendo que nos casos de Indução de Trabalho de Parto (ITP), o rácio passa a um EE-ESMO para três grávidas. No primeiro Estadio de TP deve ser atribuído um EE-ESMO para duas parturientes, reduzindo nos seguintes estadios, para um EE-ESMO por parturiente (OE, 2019c). Mais uma vez a escassez de recursos humanos e o aumento gradual de nascimentos de ano para ano originam não conformidades que podem comprometer a segurança da utente e a qualidade dos cuidados prestados.

Além das DS, é importante também perceber a qualidade e a humanização dos cuidados, através do respeito por determinadas normas da DGS, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da MCEESMO.

A admissão da mulher neste serviço é baseada no respeito pelos seus valores, direitos, dignidade e privacidade, sustentada pela comunicação assertiva dos EE-ESMO's. Esta é favorecida pela apresentação da unidade física e humana e/ou relembada, no caso da grávida ter realizado a Visita à Maternidade, projeto que

potencia o sentimento de segurança e de familiaridade e facilita o processo de internamento.

Além disso, desde a sua receção no SUOG, a mulher encontra-se acompanhada pela pessoa significativa eleita pela própria. Este acompanhamento é permanentemente permitido no caso da parturiente e cessa às duas horas seguintes do parto ou sempre que solicitado pela mulher, respeitando assim as orientações da Lei 110/2019 e das recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento (Assembleia da República, 2019a; OMS, 2018). Contrariamente a estas, remarca-se a presença de acompanhante da grávida ou puérpera autorizada apenas no período das 12 horas às 20 horas ou a sua ausência no momento do parto distócico por cesariana.

Relativamente aos cuidados, é de reforçar a monitorização cardiotocográfica intermitente, *wireless*, portátil e com telemetria; a não realização de enema nem tricotomia por rotina e a indução de TP assente nas recomendações da DGS (DGS, 2015b), ou seja, baseada na saúde materno-fetal nomeadamente em dados como a idade gestacional, a pelve materna, o peso estimado à nascença e a apresentação fetal, com o recurso ao Índice de Bishop para avaliação das condições do colo uterino e auxílio da eleição do método de indução (DGS, 2015b). Estes elementos estão em concordância com as orientações anteriormente referidas, sendo que beneficiam a liberdade de movimentos, o conforto, a segurança e a decisão da utente.

Relativamente ao alívio da dor de parto, existe a oferta permanente de vários métodos não farmacológicos como musicoterapia e técnicas de relaxamento; e métodos farmacológicos através da via endovenosa ou da colocação de cateter epidural, consoante a escolha da mulher. Este último procedimento tem associado um documento de obtenção de consentimento informado no qual são explicados a técnica, os benefícios e os riscos/complicações, solicitando a autorização de forma livre e esclarecida, assinada previamente à técnica.

Dada a vulnerabilidade da mulher em TP e parto, os cuidados prestados devem assegurar o respeito pelos valores, a dignidade e a privacidade, sendo imprescindível o seguimento das orientações da DGS e OMS, sem esquecer a Lei de Violência Obstétrica 33/2025 de 21 março (Assembleia da República, 2025). Nesta unidade, a privacidade é assegurada através do Bloco de Partos composto por duas salas de parto

individuais, a mulher é informada, o plano de parto é respeitado, a monitorização cardiotocográfica *wireless* é contínua e não recorre à episiotomia por rotina. Além disso na terceira fase do TP, a prática é pautada pela promoção da dequitação espontânea, da clampagem tardia do cordão e da administração de uterotónico (oxitocina) preventivo da hemorragia pós-parto. Todas estas intervenções são recomendadas pelas entidades de saúde, com as exceções da não permissão de ingestão de líquidos nem a promoção da verticalidade do parto.

Já nas duas horas após o parto, a tríade permanece na sala de recobro, permitindo uma vigilância mais apertada e facilitando uma resposta imediata em caso de complicação. No caso da mãe, após este período, é realizada a avaliação dos parâmetros vitais, do globo de segurança de Pinard, das perdas hemáticas e dependendo da sua situação clínica, é realizado o levante precoce. Este aspeto demonstra a adequação da prática clínica, sendo mantido no internamento de puerpério, através da monitorização dos parâmetros vitais, da avaliação do tônus uterino e das perdas hemáticas vaginais, monitorização da involução uterina e existência de primeira micção nas seis horas após parto (OMS, 2018).

Nos cuidados ao RN, salienta-se a motivação da equipa na adoção das práticas preconizadas e atualizadas. A mesa de reanimação para os cuidados iniciais do RN encontra-se ao lado da cama de parto, a vitamina K é administrada após o nascimento e o mais precocemente possível, é colocada a pulseira de identificação, enquanto o primeiro banho é realizado apenas no segundo dia de vida. O contacto pele a pele, objeto da reflexão crítica de acordo com o ciclo de Gibbs (Gibbs, 2013) (Apêndice I), é imediato após o nascimento dependendo da condição clínica do RN. Na ocorrência de instabilidade clínica, assim que estabilizado, o RN fará o contacto pele a pele o mais precocemente possível, sendo cumprida a hora dourada. Esta corresponde à primeira hora de vida do RN, crucial para o início do vínculo afetivo entre mãe e filho, na qual devem ser promovidos o contacto pele a pele e a primeira mamada, preponderantes para a estabilização do RN (*International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), 2023; 2024). Assim, além de promover a vinculação, a hora dourada é uma aliada de peso da amamentação (OMS, 2018). Esta última é considerada um direito a ser respeitado e protegido, devendo por isso ser incentivada, preservando sempre a escolha da mulher no processo. Neste aspeto, a equipa revela o seu compromisso no

apoio e suporte ao aleitamento materno ao promover a primeira mamada na primeira hora de vida, o mais precocemente possível; e ao dispor de uma sala de aleitamento materno para que mães, com dificuldades na amamentação ou cuja condição clínica não permita a amamentação, possam proceder à extração de leite materno num ambiente calmo, confortável e favorecedor do processo (OMS, 2018). Além disso, em todos os turnos são avaliados as mamadas e os fatores que as influenciam, através da Escala LATCH (*Latch; Audible swallowing; Type of nipple; Comfort; Hold positioning*) (Anexo I), e na alta é dada a oportunidade à puérpera de manter o apoio na amamentação com a Consulta de amamentação.

A maioria dos aspetos, revelados anteriormente, cumprem três dos cinco indicadores de evidência de garantia de segurança e de qualidade dos cuidados propostos pela Ordem dos Enfermeiros, em 2014, através do Projeto Maternidade com Qualidade. Os fatores respeitados nesta unidade são a limitação do recurso à episiotomia, a amamentação na primeira hora de vida e a oferta de medidas para o alívio da dor (OE, 2014).

Apesar das contingências e da instabilidade atual da área de Saúde Materna, é de ressaltar a inexistência de encerramento do SUOG no ano de 2024, o empenho da equipa e o investimento da instituição em novas estruturas com vista à melhoria das condições físicas a fim de inovar e melhorar a oferta de cuidados à mulher e família.

1.1.2. Unidade Local de Saúde B (ULSB)

A Unidade Local de Saúde B (ULSB) constitui uma EPE, criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de sete de novembro, através da agregação do Hospital B (HB) e do ACES Y, abrangendo, assim, uma população de 376.464 habitantes (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

A sua missão assenta na prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, com vista à promoção da saúde e da QV ao longo do ciclo vital. Entre as suas responsabilidades, destacam-se a promoção da saúde pública e a resposta a emergências sanitárias, a intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, o exercício de competências de autoridade de saúde, bem como a articulação com as Redes de Referência Hospitalar (ULSB, s.d.-a).

Quanto à sua visão, esta centra-se na consolidação de um modelo de referência na prestação de cuidados de saúde baseado em critérios de acessibilidade, sustentabilidade e inovação, de forma a responder eficazmente às necessidades da população. Para tal, a ULSB valoriza a investigação, a formação profissional e a conciliação entre a vida pessoal e profissional dos seus colaboradores (ULSB, s.d.-a).

Em termos de valores institucionais, a sua atuação é pautada por princípios de interesse público, de equidade, de humanização e de profissionalismo dos cuidados, com ênfase na ética, na responsabilidade, na eficiência e na sustentabilidade. Assim, a promoção da qualidade, da transparência e da não discriminação constitui o alicerce da sua cultura organizacional que orienta a sua intervenção (ULSB, s.d.-a).

Remarca-se o empenho da instituição em atingir estas metas, pois além de ter iniciado processo, em 2025, para Idoneidade Formativa em Enfermagem, o HB que a integra apresenta uma enorme qualidade de cuidados (ULSB, s.d.-a). Desde 2011, que é acreditado pelo *Caspe HealthCare Knowledge Systems*, tendo sido premiado em 2022, com o Prémio Internacional de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde e com o Prémio de Certificação de acordo com a *International Organization for Standardization* (ISO) 9001 (ULSB, 2020). Mais recentemente, em 2017, foi considerado com máxima qualidade em excelência clínica e nas dimensões de segurança e focalização no utente, de adequação e conforto das instalações, pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sendo de salientar o nível de qualidade superior em diversas áreas das quais foi exemplo Obstetrícia (Newsfarma, 2017).

1.1.2.1. Serviço de Puerpério do Hospital B

O Internamento de Puerpério do HB incorpora o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Departamento da Mulher, Criança e Adolescente. Este situa-se no piso cinco do edifício hospitalar principal, na ala direita.

Em relação à estrutura, a unidade de puerpério é composta por nove quartos destinados a três camas cada um, um quarto com duas camas e dois quartos individuais. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar composta por médicos obstetras, médicos neonatologistas, assistente social, administrativas, técnicas auxiliares de saúde e equipa de enfermagem. Esta engloba quatro EE-ESMO's e dez

enfermeiras de cuidados gerais, sendo a metodologia de trabalho individual. Considerando as DS recomendadas pela OE, observa-se que os rácios de EE-ESMO's não são respeitados nem a existência de um EE-ESMO por turno é garantido (OE, 2019c). Este feito deve-se à escassez de EE-ESMO's nesta unidade.

Apesar disso, o compromisso com a humanização dos cuidados e a satisfação da utente é notório, através da prática de cuidados sustentada nas orientações da DGS e OMS (OMS, 2018). A proximidade e a familiaridade da díade com a equipa é promovida, previamente, através da oferta do PPPP e do Programa de Preparação para o Aleitamento Materno (PPAM) “Amormentar”. Em complementaridade, existe o Projeto “Nascer no HB” que através da apresentação da instituição, dos serviços e circuitos, por meio de visita virtual, facilita a gestão das expectativas, propicia a tranquilidade no parto e potencia o sentimento de segurança. Este último é reforçado através do uso de pulseira eletrónica para o RN.

Relativamente aos cuidados à puérpera, estes estão de acordo com as recomendações da OMS, nomeadamente através da monitorização dos parâmetros vitais, avaliação do tónus e da involução uterina e vigilância dos lóquios. Além disso, são promovidos o levante precoce e a ocorrência da primeira micção nas seis horas seguintes ao parto (OMS, 2018). Contrariamente ao direito de acompanhamento por parte da pessoa significativa, que é apenas permitido das 13 horas às 20 horas, não cumprindo assim o recomendado pela Lei 110/2019 (Assembleia da República, 2019a).

No que concerne aos cuidados ao RN, o empenho da equipa na qualidade dos cuidados vai ao encontro da acreditação do HB como Hospital Amigo dos Bebés, em 2005, pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF). O contacto pele a pele é incentivado ao longo do internamento, nomeadamente em situações de dificuldades na amamentação, e o aleitamento materno é incentivado através da vigilância e avaliação da mamada. No caso do RN permanecer na Unidade de Neonatologia por razões clínicas, a amamentação é motivada e mantida através do recurso à bomba de extração mecânica. Além disso, ainda é disponibilizada a vacinação do RN conforme o Programa Nacional de Vacinação, a realização do Rastreio Auditivo e o Gabinete Nascer Cidadão para a facilitação do processo de registo civil do RN (ULSB, s.d.-b).

Por fim, é de salientar a autonomia e a importância da intervenção do EE-ESMO nesta unidade. Esta é evidenciada pela *expertise* e conhecimento solidificado destes profissionais em todos os campos do puerpério, sendo o *ex-libris*, o Projeto de Alta EE-ESMO. Este processo, protegido ao abrigo de um protocolo estabelecido entre a equipa multidisciplinar, atribui ao EE-ESMO a responsabilidade pela alta da puérpera de baixo risco, sendo verificados determinados critérios. Este projeto permite a continuidade dos cuidados à puérpera e RN no domicílio, através da realização de uma chamada telefónica a fim de perceber os desafios enfrentados e tentativa de resolução dos mesmos.

Todos estes aspetos enriqueceram o percurso formativo da mestranda, principalmente a competência profissional baseada na evidência e no respeito pela mulher, demonstrada pelas EE-ESMO's, espelhando a qualidade e excelência de cuidado que pretende apresentar enquanto futura especialista (OE, 2019b).

1.2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Desde a Declaração de *Sorbonne* (1998), as instituições de ensino superior europeias comprometeram-se com a criação do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES) com o intuito de garantir a compatibilidade e a comparabilidade entre sistemas nacionais através de ciclos de estudo claramente definidos (Conferência de Ministros Europeus da Educação, 1999). O segundo ciclo correspondente ao grau de mestre, cujo acesso exige a conclusão do primeiro ciclo, com duração mínima de três anos, integra o Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos (ECTS) que promove a mobilidade académica (Conferência de Ministros Europeus da Educação, 1999).

A Declaração de Bolonha (1999) reforçou este compromisso, promovendo a cooperação na garantia da qualidade e no desenvolvimento curricular de forma a integrar o estudo, a formação e a investigação (Conferência de Ministros Europeus da Educação, 1999). Neste enquadramento, os Descritores de *Dublin* (*Joint Quality Initiative* (JQI), 2004) definem os resultados de aprendizagem esperados em cada ciclo do ensino superior. Estes contribuíram para a uniformização de critérios e a garantia de compatibilidade e comparabilidade entre as instituições do EEES (*Université de Technologie Européenne*, 2025). No caso de mestrado, as metas de aprendizagem são: o conhecimento e a compreensão avançados, nomeadamente em investigação; a

resolução de problemas complexos em diversos contextos da área de estudo; a tomada de decisões fundamentadas com base nas responsabilidades éticas; e a comunicação clara e adequada a públicos especializados e não especializados (JQI, 2004). Este exige também um pensamento individual, a integração de saberes, a análise crítica e autonomia na investigação e na aprendizagem (*Université de Technologie Européenne*, 2025).

A comparabilidade entre os sistemas educativos foi consolidada pelo Comunicado de Berlim (2003) e pela criação do Quadro Europeu de Qualificações (QEQ), que apresenta oito níveis de qualificações descritos por resultados em conhecimento, aptidão e competência (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2008).

Em Portugal, a harmonização dos ciclos de estudo seguiu estas recomendações, sendo regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março e detalhada no Quadro Nacional de Qualificações (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006; Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009). O nível sete, destinado ao mestrado, pressupõe conhecimentos especializados, investigação autónoma, capacidade de resolução de problemas complexos, desenvolvimento de atitudes de liderança e inovação na prática profissional (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009).

Ao longo deste processo de formação avançada, é promovido o aprofundamento teórico e metodológico, o desenvolvimento de competências de pensamento crítico, liderança e inovação, a especialização na área de estudo e a preparação para a investigação e exigência elevada nos contextos profissionais (JQI, 2004; Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009; Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2008). A investigação torna-se uma componente fundamental que deve consistir na iniciação científica, através do aperfeiçoamento da capacidade de definição de problemas de investigação relevantes, recorrendo a metodologias adequadas que garantam a validade, a fiabilidade e a qualidade científica e culminando na produção de novo conhecimento ou numa nova aplicação do existente (Comissão Europeia, 2005; JQI, 2004; *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher*

Education Area (ESG), 2015). O respeito pelas normas nacionais e internacionais de investigação é primordial para assegurar a ética e o rigor científico, nomeadamente na adoção de medidas de segurança, de confidencialidade e de proteção de dados. (Comissão Europeia, 2005).

No contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em Portugal, o grau académico de mestre constitui um requisito necessário para a atribuição do título de EE. Este percurso formativo assegura a qualificação profissional e a mobilidade no Espaço Europeu (OE, 2021).

Assim, e em consonância com os ESG, a futura Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve estar preparada para responder às exigências da prática profissional, assumindo o compromisso com a consolidação de conhecimentos avançados e a participação ativa em processos de investigação e inovação na área de especialização. Consciente de que a qualidade da aprendizagem determina a qualidade dos cuidados prestados, a sua atuação fundamentar-se-á no rigor científico, na reflexão crítica e na atualização contínua, pilares indispensáveis à excelência no exercício profissional (ESG, 2015).

1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Desde setembro de 2020, momento em que a mestranda integrou o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital da zona centro, que percebeu que a área de saúde materna e obstetrícia lhe era destinada. Recém-licenciada nesse ano, reunia as competências científicas, técnicas e humanas características do Enfermeiro de cuidados gerais, conforme descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015a; 2022a). Foi neste serviço que cresceu e se desenvolveu profissionalmente, beneficiando do acolhimento e do apoio das EE-ESMO's. Cedo percebeu o compromisso e a dedicação que esta área necessita, pelo que, procurou desenvolver o seu conhecimento através de *webinars* e formações na área relativas à massagem infantil, amamentação e paternidade inclusiva. Este empenho ajudou muito na sua área profissional, não sendo, porém, suficiente. Era primordial aprofundar as competências técnico-científicas e adquirir conhecimentos avançados de forma a prestar cuidados especializados no internamento de ginecologia

e puerpério, onde já intervinha, e expandindo a sua intervenção ao internamento de grávidas, parturientes e SUOG (*International Council of Nurses (ICN)*, 2020). Assim, decidiu ingressar no CMESMO na Escola Superior de Saúde do IPSantarém. Esta progressão revelou-se benéfica pois permitiu-lhe responder às necessidades da população de intervenção, através da mobilização de saberes e de competências especializados (OE, 2019b).

Embora tenha sido a saúde materna, a área eleita, importa salientar que todos os EE têm competências comuns. Estas englobam quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão eficiente de cuidados; e o desenvolvimento permanente das aprendizagens (OE, 2019a). Após um primeiro ano letivo consagrado à aquisição e consolidação de conhecimentos, o segundo destinou-se à articulação da teoria com a prática desenvolvendo competências em diversos contextos clínicos.

1.3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a sua prática clínica foi norteada por normas legais, princípios éticos e deontológicos, a fim de assegurar o respeito pelos direitos humanos. Assumiu esta responsabilidade com determinação, tendo delineado como meta primordial a consideração de cada utente como um ser único, pautando a sua prática no respeito pelas crenças, culturas e valores individuais, sempre fundamentada em evidência, com o intuito de defender a liberdade e a dignidade de cada mulher (Assembleia da República, 2015).

No que concerne ao respeito pelo direito à autonomia, foi uma preocupação constante, pois informar adequadamente é tanto um direito da utente como um dever do enfermeiro. A transmissão clara e adaptada da informação é crucial para promover o consentimento informado. Este consiste na decisão livre e esclarecida da mulher em aceitar ou recusar um cuidado, após informação prévia do procedimento ou cuidado, do seu objetivo e potenciais consequências ou riscos (Assembleia da República, 2001). Considerando o crescente contexto de multiculturalidade, as suas competências linguísticas, particularmente a sua fluência em francês, constituíram um recurso fundamental, permitindo otimizar a comunicação com mulheres francófonas que, de outra forma, estariam condicionadas no acesso à informação.

No que concerne à autodeterminação da mulher grávida ou parturiente, o plano de parto assume particular relevância. Este é favorecedor da tomada de decisão própria sobre vários aspetos relacionados com o parto, de acordo com as suas preferências, desejos, valores e crenças (OE, 2022a). É de salientar o contributo das instituições onde decorreram os estágios, pois estas promovem o plano de parto, nomeadamente através do contexto de consulta específica, e garantem a sua aplicação.

Durante a sua prática, vivenciou também situações que suscitaram dilemas ético-legais. Um exemplo foi a ocorrência de um episódio, em Sala de Partos, onde um RN apresentou, segundo o Índice de Apgar, um *score* de cinco ao primeiro minuto de vida, necessitando, por isso, de cuidados de saúde imediatos. Os pais mostraram resistência em permitir a intervenção. Apesar de ter sido explicada a importância destes cuidados e a possibilidade de permanência junto do filho, mantiveram a renitência em entregar o RN. De acordo, com a Convenção dos Direitos da Criança, o seu superior interesse prevalece sobre a decisão parental, sendo obrigação do Estado responder às necessidades de saúde deste novo ser (Nações Unidas, 1989; Comité Português para a UNICEF, 2019). Porém, a gestão deste conflito é complexa pois, se por um lado tem o dever e obrigação de assegurar a vida e saúde daquele RN, por outro, quer respeitar a autonomia parental. Esta situação delicada, fez-lhe questionar de que forma prestar cuidados mantendo o respeito pelos direitos e decisões parentais.

Outro tema que se impõe é a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). A legislação portuguesa permite que ocorra até às dez semanas de gestação. Contudo, devido à objeção de consciência dos profissionais, determinadas instituições não oferecem este cuidado, estabelecendo protocolos de encaminhamento para outra unidade. Esta foi a realidade num contexto de estágio que apesar da garantia de informação e encaminhamento adequados, conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015b), subsiste a questão de equidade de acesso. Pois onde está garantida esta equidade, quando uma mulher residente na região de centro é encaminhada para uma clínica na capital, ficando a seu cargo a deslocação e os custos associados?

Quanto à privacidade e intimidade, procurou sempre assegurar um ambiente privado e terapêutico, através dos recursos disponíveis como cortinas, biombo ou salas individuais. Contudo, em contexto de enfermagem, nem sempre é possível que outra

senhora, no mesmo quarto, não se aperceba de situações vividas. É de salientar que este aspeto, por vezes, revelou-se promotor de apoio mútuo entre puérperas que se reviam nas mesmas dificuldades. A fim de reforçar o sentimento de conforto e segurança, a mestranda valorizou a presença do acompanhante, o tratamento personalizado pelo nome próprio, a facilidade de acesso à campainha e a própria disponibilidade profissional. De igual modo, no domínio da confidencialidade, manteve o compromisso firme com o sigilo profissional assegurando a preservação da informação clínica, não permitindo a partilha, a menos que consentida pela própria utente.

1.3.2. Domínio da gestão eficiente de cuidados

No âmbito da gestão eficiente de cuidados, tornou-se evidente a complexidade deste domínio e a sua relevância para a eficiência e qualidade da assistência. Ao longo dos estágios, a mestranda observou as competências dos EE na articulação das equipas e na otimização dos recursos, tal como referem o RCCEE e o ICN.

Relativamente aos estilos de liderança e apesar da diversidade, ao longo do estágio deparou-se maioritariamente com o estilo democrático, caracterizado pela participação e partilha de responsabilidades, e o estilo transformacional, centrado na partilha de visão futura e estimulação da equipa para o alcance de objetivos comuns (Fernandes et al., 2021). A aplicação deste último revelou-se particularmente eficaz na melhoria da qualidade dos cuidados, pois a equipa apresentava um maior compromisso com a investigação e o desenvolvimento de novos projetos (Fernandes et al., 2021; Ferreira et al., 2022). Contudo, partilha a perspetiva de liderança situacional, pois como indicam estudos realizados em Portugal, o estilo de liderança revela-se mais eficaz quando adaptado à equipa ou situação (Fernandes et al., 2021; Pacheco, 2021).

No que concerne aos métodos de trabalho, identificou o método de enfermeiro de referência, no contexto da UCC, e o método individual, predominante nos restantes serviços. Ambos são centrados no utente e orientados pelas etapas do processo de enfermagem: identificação das necessidades, estabelecimento de prioridades, planeamento, execução e avaliação (Parreira et al., 2023). O método de referência, ao atribuir a um enfermeiro a responsabilidade integral pelos cuidados de vários utentes, facilita a construção de uma relação terapêutica, aumenta a satisfação e adesão e

promove a autonomia do EE. Todavia, a sua implementação em internamento hospitalar é dificultada pela escassez de recursos humanos (Parreira et al., 2023).

Durante os estágios, com exceção da UCC, o papel de enfermeiro responsável pelo turno foi desempenhado pelo único EE-ESMO presente, proporcionando-lhe diversas oportunidades de aquisição de competências. Destaca, entre estas, a reposição de *stocks*, o registo e a transmissão de ocorrências, a supervisão de cuidados, bem como a tomada de decisões relativas à reorganização do espaço físico e dos recursos humanos. Nesta última, é de ressaltar o contexto de alta EE-ESMO, no qual demonstrou proatividade na identificação prévia de potenciais puérperas, conforme os critérios pré-estabelecidos no protocolo, a fim de participar em conjunto com a EE-ESMO orientadora na distribuição da equipa. Todas estas atividades se revelaram essenciais para a manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados, permitindo também maior familiarização com a dinâmica organizacional.

Outro aspeto que favoreceu a aquisição de competências de gestão foi a criação de uma boa relação com a equipa multidisciplinar que potenciou o trabalho em equipa. Neste campo, destacou-se a sua capacidade de organização de cuidados e a sua prontidão no auxílio à restante equipa.

No que toca à organização de cuidados, o processo de enfermagem é um método de planeamento composto por etapas de forma a orientar e garantir uma assistência qualificada e individualizada, assegurando a resposta às necessidades do utente (Almeida et al., 2023). Em contexto prático, após a passagem de turno e em conjunto com a EE-ESMO orientadora, eram identificadas as necessidades e delineado o planeamento dos cuidados. Por exemplo, na existência de compromisso no processo de amamentação, desenvolveram-se as seguintes etapas: recolha de informação sobre o histórico e experiência atual, observação da mamada para identificação de dificuldades, implementação de estratégias de correção, avaliação dos resultados na mamada seguinte e, por fim, o registo no sistema informático (SCLínico®).

Ainda em relação ao planeamento, importa salientar a organização de uma sessão para o PPPP, conforme proposto pela EE-ESMO orientadora, no qual o tema abordado foi a Amamentação (Apêndice II). A realização desta foi orientada através do

plano de sessão de educação para a saúde, elaborado previamente, na qual foram tidos em conta os recursos materiais, humanos e económicos (Apêndice III).

Por fim, a gestão de cuidados não pode ser dissociada das DS. Em todos os contextos de estágio, à exceção da UCC, verificou o não cumprimento destes rácios, consequência da escassez de recursos humanos. Em saúde materna, a insuficiência de EE-ESMO's foi particularmente evidente, comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados.

1.3.3. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Em relação à componente relativa à melhoria contínua da qualidade, a fim de adquirir esta competência, pautou a sua prática seguindo o preconizado por diversas entidades de saúde.

Na área de saúde materna, segundo a OMS, em 2023, a cada sete segundos ocorria uma morte materna ou peri/neonatal, sendo destacada a importância de alcançar uma cobertura universal de cuidados de qualidade para esta população (OMS, 2023). Em concordância encontra-se o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), que na realidade portuguesa, identifica como uma necessidade de saúde, a redução de morte prematura e evitável, destacando por isso o objetivo estratégico de garantia do acesso, vigilância e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, materna e infantil de qualidade (DGS, 2022).

A definição de cuidados de qualidade é complexa, sendo por isso adaptada a conceção da OMS em 2020, onde são qualificados de eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2020). Para a promoção destes, as instituições devem promover uma cultura de qualidade caracterizada por uma liderança e responsabilidade institucional, incentivo de melhoria contínua e transparência do processo, pela formação e capacitação dos profissionais e promoção do trabalho em equipa, e alinhada com os valores institucionais e a humanização dos cuidados (OMS, 2020).

Na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a qualidade dos cuidados é assegurada através da satisfação da utente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do autocuidado, autocontrolo e mestria, da readaptação

funcional às novas condições de saúde e da organização de cuidados especializados (OE, 2022b). A qualidade da assistência pode ser caracterizada através dos indicadores de saúde relevados nos diferentes guias orientadores de boas práticas da OE (Cardoso et. al, 2023a; 2023b; 2024). Assim, durante a prática clínica foi uma preocupação constante corresponder a esta excelência de cuidado. Deste modo, procurou respeitar os valores, as crenças e ir ao encontro dos desejos e expectativas da mulher, dos quais foram exemplos a promoção da participação ativa no processo de cuidados e na tomada de decisão através do consentimento informado livre e esclarecido, bem como, a abordagem, a discussão e a viabilização do plano de parto, reforçada pelo desenvolvimento de uma relação terapêutica (OE, 2022a). Além disso, é de salientar o seu compromisso com o envolvimento da pessoa significativa no processo, considerando-se também destinatária de cuidados (OE, 2022a). A título de exemplo foi o contexto de sala de partos, onde encontrou uma barreira na integração do pai ou pessoa significativa, particularmente na ocorrência de cesariana de emergência. Este era pouco informado, ficava desamparado e completamente à parte do processo. Perante a identificação desta lacuna, sempre que voltava com o RN do BOC, felicitava-o pelo nascimento do bebé e principalmente esclarecia-o sobre o estado de saúde da mulher e como decorreu o parto. O simples ato de informar permitiu diminuir a sua ansiedade e integrá-lo mais facilmente nos cuidados ao RN, dando-lhe espaço para assumir o seu novo papel e fortalecendo a vinculação com o filho através do contacto pele a pele, enquanto a mãe se encontrava no recobro do BOC. Embora considere insuficiente, esta foi a estratégia que encontrou para humanizar um pouco mais o parto por cesariana, pelo que considera primordial, as instituições de saúde respeitarem a recomendação da Lei 110/2019 para a humanização do parto distócico por cesariana, através da permissão da presença do acompanhante no momento da cirurgia e no recobro (Assembleia da República, 2019a).

No estágio correspondente à UCC, existia um forte compromisso com a promoção da adesão da população feminina ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Uma vez por semana, o período da tarde era destinado à realização de colpocitologias. Durante a consulta de enfermagem, momento antes do exame, aquando da colheita de história clínica e da explicação do processo, para obtenção do consentimento informado, deparou-se com a falta de esclarecimento prévio da mulher. Assim, entendeu ser preponderante o seu contributo para colmatar esta necessidade, pelo que desenvolveu

um folheto explicativo (Apêndice IV) sobre os aspetos mais relevantes do processo, cuja entrega seria no momento do convite à participação e/ou marcação da mesma.

Outra prioridade na aquisição desta competência, foi a familiarização com os projetos institucionais de melhoria contínua. Assim desde logo demonstrou interesse em conhecê-los e integrar-se na participação destes. A unidade de puerpério, destacou-se tanto pela panóplia de projetos como pela sua concordância com os cuidados de qualidade preconizados. Dos projetos implementados, releva-se a Alta EE-ESMO, no qual o EE-ESMO é o responsável pelo processo de alta da puérpera de baixo risco, seguindo os critérios pré-estabelecidos no protocolo; Nascer no HB, que promove a familiarização do casal com a instituição e o percurso desde a sua admissão à alta, diminuindo o medo e a ansiedade; e os PPPP e o PPAM, que permitem o empoderamento do casal e a preparação destes para o parto e puerpério. Importa salientar, a pretensão da implementação de novos projetos como a visita domiciliar no pós-parto, diminuindo assim o tempo de internamento hospitalar. Esta proatividade, na procura constante de melhoria da qualidade dos cuidados, despontou a vontade de fazer o mesmo ao longo da sua futura atuação como EE-ESMO. De maneira a participar nesta oferta, indo ao encontro da sua temática e notando que a saúde pélvica era um tema menos abordado nesta unidade, em discussão com a EE-ESMO orientadora, resolveu-se elaborar o *Ebook* “Cuidados de Saúde Pélvica no Pós-Parto” (Apêndice V), com o intuito de sensibilizar a puérpera para os cuidados e identificação de sinais de alerta.

1.3.4. Domínio do desenvolvimento permanente das aprendizagens

Relativamente ao desenvolvimento permanente das aprendizagens, o compromisso da mestranda foi contínuo. A sua prática nos diversos contextos baseou-se nas recomendações da OE, nomeadamente nos três GOBP destinados à gravidez, ao parto e à parentalidade (Cardoso et. al, 2023a; 2023b; 2024); da OMS como “*WHO Recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience*” de 2018; e “*WHO Labour Care Guide User’s Manual*” de 2021 (OMS, 2018; 2021), tendo em vista o respeito pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (OE, 2022b).

Nesse sentido, a mestranda apoiou-se no Modelo de Desenvolvimento Profissional de Patrícia Benner que descreve cinco estádios de competência que vão progredindo de principiante a perito, sendo a prática de enfermagem sustentada no domínio clínico e na prática baseada na evidência (Amaral & Figueiredo, 2021). Assim, além da experiência clínica em contexto de estágio e com o intuito de enriquecer a sua curva de aprendizagem na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, identificou áreas a desenvolver por meio de formações. Por este motivo, assistiu ao ciclo de formação para Profissionais de Saúde da *Health Insights*, no qual foram abordados diversos temas essenciais como a promoção do parto normal em situações de TP prolongado, a promoção e a restauração da integridade da mama na amamentação, as terapias e a produção de medicamentos com células estaminais do cordão umbilical, a promoção da cicatrização de lesão perineal e a transição saudável para a menopausa (Anexo II) ; ao *webinar “Pelvic floor health - Postpartum management and recovery”* da FIGO (Anexo III), pela sua preponderância na abordagem de áreas negligenciadas no pós-parto como a promoção da saúde pélvica e a identificação e tratamento de disfunções (Graziottin, Simone & Guarano, 2024); e ao *webinar “Emergências Obstétricas: Como Identificar e Agir Rapidamente”* (Anexo IV), pois, apesar de pouco recorrentes, estas exigem uma assistência atempada e de qualidade, que por sua vez, necessita de atualização constante de formação (Souza et al., 2025). Outra formação a referir é o Curso de sutura perineal (Anexo V) que, através da consolidação do conhecimento teórico-prático sobre o diagnóstico e as técnicas de reparação perineal mais atuais, permitiu fortalecer a prática clínica e promover melhores cuidados (Simpson et al. 2025; Diaz et al., 2021).

Por fim, as diferentes experiências nas diversas áreas de atuação do EE-ESMO enriqueceram o seu percurso de aprendizagem. Estas permitiram a aquisição das competências e capacidades requeridas para o exercício de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, revelando-se essenciais na concretização das experiências mínimas (Anexo VI) requeridas pela Lei n.º 25/2014 de 2 de maio, recordadas no Aviso n.º 3916/2021, em consonância com a Diretiva Europeia 2005/36/CE, alterada posteriormente pela Diretiva 2013/55/EU (Assembleia da República, 2014; OE, 2021; União Europeia, 2005; 2013).

Todos estes aspetos vão ao encontro da caracterização do EE pelo ICN (2020). Ao longo da prática clínica, a mestranda sentiu sempre o desejo de corresponder às expectativas da prática de enfermagem especializada que centra o cuidado na mulher e família, promovendo o bem-estar e valorizando os seus pontos fortes (ICN,2020). Atendendo a que a intervenção do EE abrange a promoção da saúde, a redução de riscos e a implementação de programas assistenciais (ICN, 2020), considera-se grata pelos serviços clínicos lhe terem proporcionado experiências enriquecedoras na área, reforçando, estas, a sua perceção de que está no caminho certo.

Assumindo que a intervenção do EE contribui para a melhoria da qualidade e do acesso aos cuidados, promove a saúde e a QV, reduz erros, tempo de internamento e readmissões, além de reforçar a valorização e a atratividade da enfermagem nas organizações de saúde; tem claro que a elevada *expertise* do EE, requer uma responsabilidade profissional acrescida, um pensamento crítico e uma capacidade de decisão, sustentados por um conhecimento de excelência e padrões éticos rigorosos (ICN, 2020).

1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Sendo o EE destinado a uma área específica de intervenção, este subcapítulo destina-se às Competências Específicas correspondentes ao EE-ESMO (OE, 2019b). Esta área de Enfermagem, foi uma das pioneiras no reconhecimento da Especialidade (ICN, 2020). As competências específicas do EE-ESMO englobam o cuidado à mulher nas diferentes etapas que compõem o seu ciclo vital como o período pré-concepcional, o pré-natal, durante o TP, o pós-natal, o climatério e o processo de saúde doença. Ao longo da prática de cuidados, a mulher deve ser considerada como um ser único e social inserido na família e comunidade (OE, 2019b).

O *International Confederation of Midwives* (ICM) (2024) estabeleceu os padrões mínimos de competências para a prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Estes englobam cinco categorias: as Competências Multifuncionais para a prática obstétrica; a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos; os Cuidados Pré-natais; os Cuidados durante o TP e nascimento; e os Cuidados contínuos à mulher e ao RN.

No que concerne às competências multifuncionais, estas são transversais às outras categorias e referem-se à autonomia e responsabilidade profissional, às relações estabelecidas com a mulher e equipa e às atividades de cuidado nas restantes categorias (ICM, 2024). Assim, o EE-ESMO deve assumir a responsabilidade pelas próprias decisões e ações, fundamentada em conhecimentos científicos, éticos e legais, considerando sempre o contexto da prática. O compromisso com a educação contínua e o seu próprio bem-estar necessita de ser mantido, através de formação permanente e do desenvolvimento de estratégias de autocuidado e segurança (ICM, 2024).

Posto isto, a prática do EE-ESMO assenta no cumprimento de leis, regulamentações e códigos de conduta profissionais, promovendo a garantia dos direitos humanos fundamentais, sexuais e reprodutivos, de cuidados respeitosos, de igualdade e equidade em saúde, bem como a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Cobertura Universal de Saúde (ICM, 2024).

Além disso, é da sua competência, adotar e adaptar-se às novas tecnologias, benéficas à melhoria dos cuidados, garantindo o uso adequado, a proteção e a confidencialidade dos dados. A gestão de delegação e supervisão de cuidados, a participação na formação de novos profissionais e a integração da investigação e da PBE também são essenciais e alinham-se com as recomendações globais de cuidado à mulher e RN (ICM, 2024).

Outras competências centrais incluem o apoio à mulher na tomada de decisões informadas sobre os cuidados, respeitando normas culturais, estabelecendo parcerias de cuidado e aplicando uma comunicação em saúde eficaz e culturalmente sensível. A colaboração com outros profissionais é preponderante na promoção de uma intervenção multidisciplinar (ICM, 2024).

O ICM (2024) também atribui ao EE-ESMO, a responsabilidade pela avaliação do estado de saúde, rastreios e promoção do bem-estar de adolescentes e mulheres, através da identificação de necessidades, dos riscos reprodutivos e da intervenção na prevenção e tratamento de potenciais problemas, incluindo estratégias educativas para controlo de doenças transmissíveis. Deve identificar precocemente anomalias e complicações, agindo de imediato e implementando intervenções de emergência, referenciando e encaminhando adequadamente em concordância com os protocolos existentes (ICM, 2024).

No momento do parto, facilita o processo natural, integrando práticas fisiológicas, estratégias de promoção da saúde, determinantes de saúde, equidade social e políticas de cuidados (ICM, 2024).

Finalmente, em contextos humanitários, o EE-ESMO garante cuidados obstétricos através da implementação do Pacote de Serviços Iniciais Mínimos, adaptando protocolos e recursos, bem como na coordenação de equipas de resposta a crises e catástrofes (ICM, 2024).

Não obstante, na consonância entre as orientações nacionais e internacionais, existe um aspeto no qual não se verifica: a prescrição de medicamentos ou produtos (ICM, 2024). Sendo a única similitude em Portugal, a prescrição de exames auxiliares de diagnóstico destinados à deteção de gravidez de risco (OE, 2019b).

Dado que, na realidade portuguesa, a regulamentação desta profissão cabe ao RCEEEESMO (OE, 2019b), a organização das seguintes partes, seguem a sua designação nas competências, porém serão sempre complementadas com as orientações do ICM (2024).

1.4.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período pré-concepcional

As unidades de competência um e seis do RCEEEESMO (OE, 2019b) dizem respeito aos cuidados no âmbito do PF/período pré-concepcional e aos cuidados em processos de saúde/doença ginecológica. Os primeiros visam promover famílias e gravidezes saudáveis, bem como vivências positivas da sexualidade e da parentalidade, enquanto os segundos se centram na potencialização da saúde da mulher (OE, 2019b).

No âmbito do PF, compete ao EE-ESMO promover a saúde sexual e reprodutiva, assegurando programas educativos, facilitando o acesso a recursos comunitários e prestando aconselhamento individualizado sobre os métodos contraceptivos disponíveis (OE, 2019b). Este aconselhamento deve reforçar a tomada de decisão informada, respeitando as preferências e necessidades de cada utente (OE, 2019b). Para além do domínio técnico dos diferentes métodos, incluindo a eficácia, as contraindicações e os efeitos secundários, o EE-ESMO deve avaliar os critérios de

elegibilidade, demonstrar o uso correto e garantir o consentimento informado (ICM, 2024). A sua prática fundamenta-se em conhecimentos sólidos de anatomia e fisiologia reprodutiva, do ciclo menstrual e do impacto dos métodos no organismo, dominando assim, todas as especificidades de cada método contraceptivo (ICM, 2024).

A promoção de práticas sexuais seguras inclui, igualmente, o incentivo a relações baseadas no respeito; a realização de rastreios de doenças transmissíveis ou não; e a sensibilização para os fatores de risco associados a comportamentos sexuais desprotegidos (ICM, 2024). A ICM (2024) destaca, ainda, a necessidade de compreender a interseccionalidade entre sexo, género e orientação sexual na prestação destes cuidados.

Na prática clínica desenvolvida na UCC, em contexto de consulta de PF, a mestranda detetou a necessidade de articular o conhecimento científico atual com as capacidades comunicacionais ajustadas a cada utente. A personalização da escolha do método contraceptivo, revelou-se um desafio, sobretudo pela adaptação da linguagem e pela gestão das expectativas. A fim de garantir a transmissão de uma informação atualizada e rigorosa, recorreu ao Consenso da Contraceção (Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPDC), 2020) e à plataforma Descomplica (Bayer®, 2022), sendo esta última particularmente útil na abordagem do público mais jovem. Na mobilização destas ferramentas, verificou que muitas jovens reagiam com surpresa, e até apreensão, ao reconhecerem um discurso mais próximo da sua realidade, o que evidenciou a distância que ainda persiste entre a prática clínica convencional e uma comunicação verdadeiramente eficaz em saúde sexual. Esta constatação reforçou a importância de integrar ferramentas educativas inovadoras e culturalmente sensíveis, de forma a aumentar a literacia e a adesão desta população.

No contexto do puerpério, a abordagem da contraceção durante a preparação para a alta constituiu outro momento de aprendizagem. Nesta fase, é essencial identificar o método previamente utilizado, compreender a experiência da mulher e avaliar a sua adequação, de modo a permitir uma decisão atempada, antes da consulta de revisão puerperal. Contudo, verificou-se que o momento da alta, pela sobrecarga de informação, pelo desejo de regresso a casa e pela presença de terceiros, pode comprometer a receção e a valorização da informação. Esta realidade despertou a

reflexão sobre a necessidade de estratégias mais consistentes para otimizar os ensinamentos e a aprendizagem neste período crítico.

No que se refere ao período pré-concepcional, o EE-ESMO assume um papel de destaque no acompanhamento do casal, avaliando a saúde global, identificando fatores de risco biológicos, genéticos, sociais e culturais, e realizando os rastreios adequados (ICM, 2024). Compete-lhe ainda orientar relativamente a hábitos de vida saudável, aconselhar sobre nutrição e suplementação, atualizar o esquema vacinal, promover o PF e o espaçamento saudável entre gravidezes, e apoiar opções reprodutivas em situações de seropositividade. A DGS (2015a) sublinha, ainda, que o sucesso reprodutivo e a diminuição dos riscos durante a gravidez dependem fortemente deste acompanhamento, recomendando que a contraceção seja mantida até à conclusão dos exames pré-concepcionais e respetiva validação.

Apesar da sua relevância, a consulta pré-concepcional apresenta ainda reduzida procura. Segundo o estudo de Oliveira (2024), 40% das gravidezes não foram planeadas e 38% das mulheres tiveram pelo menos um filho não planeado. Esta realidade foi também observada na prática clínica, onde o primeiro contacto com a mulher que desejava engravidar ocorreu apenas na primeira consulta pré-natal, descurando a consulta pré-concepcional.

Embora não tenham sido detetadas situações de violência durante a sua prática clínica, a mestranda reconhece que o EE-ESMO tem competência para identificar e intervir em casos de violência de género, doméstica, sexual ou mutilação genital feminina (ICM, 2024). Esta atuação exige: sensibilidade na abordagem; reconhecimento de sinais físicos, emocionais e comportamentais; e a criação de um ambiente seguro, confidencial e respeitador. A mulher deve ser empoderada através da informação sobre os recursos disponíveis e o encaminhamento adequado. Em casos de violação, é essencial garantir a recolha de provas, bem como o acesso à contraceção de emergência e à profilaxia pós-exposição (PEP), de acordo com os protocolos institucionais e as responsabilidades legais da profissão (ICM, 2024).

Por fim, na promoção da saúde ginecológica, o EE-ESMO é responsável pela conceção, implementação e avaliação de programas de rastreio, reforçando a tomada de decisão informada da mulher (OE, 2019b). A sua prática abrange o diagnóstico

precoce, a monitorização de fatores de risco, o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e a referenciação, sempre que necessário. Os cuidados incluem as dimensões física, emocional e psicológica, bem como o acompanhamento dos conviventes significativos, assegurando a adaptação saudável e a continuidade dos cuidados em articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2019b).

Na prática clínica em UCC, a mestranda participou ativamente em rastreios de cancro do colo do útero, integrando tanto a componente educativa, reforçada pelo panfleto anteriormente mencionado (Apêndice IV), como a realização de colpocitologias sob supervisão, o que permitiu consolidar a compreensão da relevância da prevenção e do diagnóstico precoce em saúde ginecológica.

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

Na aquisição de competências específicas no âmbito do período pré-natal, a prática clínica englobou tanto o acompanhamento de gravidezes de baixo risco como de risco associadas a patologias como Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Gestacional (DG), patologia endócrina, entre outras. Assim, na sua prática a mestranda considerou o vasto conjunto de competências do EE-ESMO no acompanhamento da mulher durante este período, cuja atuação se centra na promoção da saúde, no diagnóstico precoce, na prevenção e no tratamento de complicações, bem como na adaptação da mulher a situações de gravidez, aborto espontâneo ou voluntário (OE, 2019b).

Na promoção da saúde na gravidez, o EE-ESMO assegura o seu diagnóstico e a sua monitorização, incentiva a adoção de estilos de vida saudáveis, promove a saúde mental, informa sobre os recursos disponíveis e favorece a tomada de decisão esclarecida. Estas competências incluem também o aconselhamento no plano de parto, a dinamização de PPPP's, bem como a promoção do aleitamento materno (OE, 2019b).

A avaliação eficaz em saúde materna exige que o EE-ESMO detenha conhecimentos aprofundados sobre a fisiologia da gravidez e os riscos associados. Por isso, deve reconhecer os fatores que possam comprometer a saúde física e mental da mulher, recolher antecedentes clínicos e obstétricos, realizar exames de avaliação e de rastreio, interpretar os resultados e intervir ou referenciar sempre que necessário.

Compete-lhe igualmente identificar as indicações clínicas para ecografia abdominal, pélvica ou vaginal; confirmar e datar a gravidez, percebendo se esta é planeada ou não; esclarecer sobre os procedimentos, informar sobre os resultados e apoiar a tomada de decisão (ICM, 2024). No cuidado à grávida, a mestranda percebeu a relevância de conhecer a mulher, os seus antecedentes de saúde e obstétricos e o quão importantes são estes aspetos na deteção de riscos ou anomalias e na personalização da assistência à mesma.

No que concerne à adoção de comportamentos saudáveis, o EE-ESMO deve considerar os determinantes sociais, ambientais e económicos que afetam a gravidez, como uma alimentação inadequada, um trabalho físico exigente, o consumo de substâncias, situações de violência e o risco de transmissão vertical de infeções. A sua atuação envolve o aconselhamento, o apoio emocional e a referenciação (ICM, 2024). Neste contexto, a participação na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna, em contexto de UCC, foi preponderante, pois permitiu à mestranda realizar avaliações iniciais, esclarecer anseios e dúvidas e construir uma relação terapêutica com a mulher ou casal. De facto, este momento privado valoriza o envolvimento do pai e reforça a confiança do casal no EE-ESMO.

O acompanhamento da gravidez requer competências técnicas específicas, como a palpação abdominal, a medição da altura uterina, as manobras de Leopold, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais com *Doppler* e a monitorização cardiotocográfica (ICM, 2024). Cada uma destas técnicas exigiu da mestranda, o domínio do conhecimento técnico, da capacidade interpretativa e de tomada de decisão. Além disso, em contexto de SUOG, interveio em situações de complicações, prestou cuidados de emergência e informou sobre os sinais de alarme (ICM, 2024). Apesar das orientações recebidas, verificou-se que algumas mulheres recorriam ao SUOG para a avaliação da gravidez pelo que foram realizados ensinamentos sobre a importância de uma vigilância pré-natal contínua e estruturada, conforme indicado pela ICM (2024), incentivando a adesão ao esquema preconizado de consultas de vigilância pela DGS (2015a). Contudo, observou-se que este comportamento se mantinha, apesar das explicações e do encaminhamento adequado. Esta recorrência de mulheres ao SUOG para a avaliação da gravidez, revela tanto fragilidades no nível de literacia em saúde como na acessibilidade aos cuidados, sugerindo a necessidade de desenvolver

estratégias comunicacionais eficazes e culturalmente ajustadas. Assim, é evidenciada a importância de uma abordagem educativa mais consistente, associada a uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados com vista a promover a adesão ao acompanhamento pré-natal e a utilização adequada dos recursos de saúde.

A atuação do EE-ESMO integra também a colaboração em PPPP's e PPAM's, adequando-os às necessidades da mulher ou casal. Estes programas destinam-se a informar sobre o início do TP, cuidados ao recém-nascido, dinâmica familiar e incentivar o aleitamento materno, em articulação com a equipa multidisciplinar. Para tal, é primordial ser conhecedor das mudanças físicas, emocionais, psicológicas e financeiras associadas à gravidez e ao puerpério, bem como dos métodos de capacitação, da fisiologia da lactação e da técnica de amamentação (ICM, 2024). No contexto da UCC, a mestrandia aprimorou as suas competências no planeamento, preparação e realização da sessão de ensino no âmbito do PPPP, reforçando simultaneamente as suas capacidades comunicacionais, nomeadamente durante a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No serviço de Puerpério, acompanhou integralmente o PPPP e o PPAM, aplicando o seu conhecimento na prática, designadamente nos exercícios práticos, como por exemplo a demonstração dos diferentes posicionamentos na amamentação; e desenvolvendo as competências técnicas e educativas neste domínio.

Em situação de gravidez de risco, o EE-ESMO desempenha um papel determinante na deteção precoce, na monitorização e no encaminhamento de complicações, como ameaça de aborto, gravidez ectópica, restrição de crescimento fetal, parto pré-termo, doenças maternas prévias ou desenvolvidas durante a gravidez. A sua atuação integra cuidados de estabilização, intervenções de emergência, aconselhamento e acompanhamento da grávida (ICM, 2024). Na abordagem à grávida de risco, foram realizados exames físicos, avaliado o bem-estar materno fetal e realizados os ensinamentos adequados, seguindo os parâmetros preconizados pela DGS (2015a). A fim de reforçar as informações transmitidas, foram sempre entregues os panfletos disponíveis.

No que concerne ao acompanhamento de grávidas com DG, em contexto de hospital de dia, teve oportunidade de realizar ensinamentos sobre a monitorização das glicémias, a importância do registo dos valores, da alimentação, dos hábitos saudáveis

e da adesão à medicação. Verificou-se que, quando estes momentos eram partilhados em grupo, as mulheres reconheciam a similaridade do seu processo de DG, resultando em entreatajuda, principalmente perante dúvidas ou dificuldades na aprendizagem, revelando, assim, os benefícios da educação para a saúde de forma conjunta.

No internamento de grávidas de risco, existiram várias oportunidades de cuidar em diferentes contextos clínicos, como situações de ameaça de parto pré-termo, em que foram administrados cuidados de maturação pulmonar e terapêutica tocolítica, casos de hiperémese gravídica e ainda gravidezes gemelares.

Em situações de ITP, a prática incluiu a promoção de estratégias de alívio da dor farmacológicas ou não, como o recurso ao duche de água quente, à bola de pilates e a técnicas de respiração. Destaca-se, nesta situação, um caso de Interrupção Médica da Gravidez, na qual a participação nos cuidados ao casal foi particularmente significativa, pois evidenciou a importância de uma abordagem respeitosa, de apoio total e promotora da participação ativa do casal, nomeadamente na eleição do método de ITP, garantindo a humanização deste processo tão delicado e doloroso.

A *expertise* do EE-ESMO no apoio à elaboração do plano de parto, garante o acesso a informação clara, promove e facilita a visita à unidade de parto eleita e o respeito pelos direitos da mulher, reforçando a sua autonomia e capacidade de decisão informada (OE, 2019b; ICM, 2024). Estes aspetos pautaram a atuação da mestranda que realizou sempre a revisão atempada do plano de parto com a mulher/casal, percebendo e respeitando as suas preferências.

Na assistência à mulher que solicita a IVG, o EE-ESMO deve centrar a sua atuação na mulher, respeitando os seus direitos, garantindo o consentimento informado e assegurando o cumprimento da legislação em vigor (ICM, 2024). Compete-lhe confirmar a idade gestacional, encaminhar em caso de suspeita de gravidez ectópica e esclarecer sobre os métodos disponíveis, incluindo os cuidados e sinais de alerta após o procedimento. A intervenção deve integrar o apoio físico, psicológico, emocional e social, promovendo a segurança e o autocuidado (OE, 2019b; ICM, 2024). A experiência em estágio evidenciou a complexidade destas situações, como foi o caso de uma mulher que pretendia interromper a gravidez após o limite legal permitido. A ausência de apoio familiar e a recusa em prosseguir com a gestação configuraram um contexto de grande

vulnerabilidade. Neste caso, a mestranda adotou uma atitude compreensiva, não julgadora, privilegiando a escuta ativa e fomentando a criação de relação de ajuda através de um acompanhamento próximo, propondo alternativas compatíveis à mulher, de forma a evitar práticas ilegais e inseguras.

Outra situação que marcou o seu percurso académico foi a de uma mulher, novamente apresentando um contexto familiar frágil, que realizou o processo de IVG, mas não compareceu à última consulta destinada à revisão uterina por se sentir julgada. Este episódio fê-la refletir sobre as consequências da ausência de uma relação terapêutica entre o profissional e a utente. A atitude dos profissionais e a falta de apoio adequado comprometeram a adesão total ao processo de IVG que, conseqüentemente, resultou na progressão de uma gravidez indesejada, culminando na rejeição do RN. Este desfecho demonstrou o impacto do preconceito ainda existente perante situações de IVG, onde, por vezes, a mulher é culpabilizada desde a decisão de interrupção até a consequências mais graves, como a rejeição do RN. Ora esta mulher sempre assumiu desde o início que não pretendia continuar a gravidez e foi atempadamente realizar o processo. A falha foi apenas na última etapa do processo, onde já fragilizada, se sentiu desmotivada e culpabilizada para regressar à consulta. Neste contexto, destaca a atuação exímia da EE-ESMO durante o parto, ao garantir uma intervenção qualificada, mas principalmente, humanizada num contexto indesejado pela mulher. A sua postura empática foi determinante para minimizar o impacto emocional deste momento sensível e emocionalmente complexo.

Este caso refletiu a importância da empatia e da ausência de julgamento na prática profissional. Assim, considerando o impacto ético e humano de cada intervenção, reconhece que deve compreender que cada decisão influencia a experiência da mulher e que por isso, deve considerar o contexto biopsicossocial e apresentar competências relacionais que garantam à mulher um acompanhamento seguro, livre de preconceito e centrado nas necessidades desta.

1.4.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

No período pós-natal, o EE-ESMO tem a competência de promover a saúde da mulher e RN, prevenir complicações e diagnosticá-las precocemente (OE, 2019b). No

seu cuidado à mulher, aborda aspetos como a contraceção e a sexualidade, promove a saúde mental no puerpério, respondendo às necessidades emocionais/sociais desta e esclarecendo sobre os recursos disponíveis (OE, 2019b). Paralelamente, o EE-ESMO monitoriza a adaptação à parentalidade e avalia as intervenções de promoção da saúde da mulher, garantindo o apoio psicológico, a recuperação pós-parto e a resolução de dificuldades no processo de amamentação (OE, 2019b). No decorrer do estágio, a mestranda implementou estes cuidados, alertando o casal para a importância da deteção precoce de alterações psicológicas e referenciando se necessário para o apoio especializado.

Quanto ao casal, a atuação do EE-ESMO facilita a sua transição para a parentalidade, educando-o sobre o crescimento, o desenvolvimento e os sinais de alerta no RN; e promovendo a tomada de decisões informadas fomentadoras de uma parentalidade responsável. Esta adaptação da mulher/casal é ainda favorecida por intervenções de promoção, apoio e proteção do aleitamento materno (OE, 2019b). Na resposta a complicações ou patologias, apoia a mulher/casal, nomeadamente em situações de alterações de saúde do RN ou de luto perinatal. No sentido de dar resposta personalizada à família, a cooperação com outros profissionais é preponderante pelo que, no caso de existência de alterações, encaminha sempre que necessário ou acompanha a transferência materno-fetal (OE, 2019b).

Em concordância estão as orientações do ICM (2024), que acrescentam a importância do domínio de conhecimentos sobre os cuidados e as alterações no puerpério. Neste âmbito, a mestranda, além de ter realizado a avaliação clínica das puérperas admitidas através da recolha da história gravídica, do TP e do parto, também avaliou fisicamente cada puérpera, de forma a detetar precocemente quaisquer alterações nos sinais vitais, nas mamas ou mamilos, na involução uterina, na cicatrização perineal ou da ferida cirúrgica abdominal e nos lóquios. A fim de prevenir complicações, aproveitou cada momento como oportunidade educativa para esclarecer sobre a evolução puerperal saudável, os desconfortos no pós-parto, a amamentação, as necessidades nutricionais e de repouso e os sinais de alarme. No auxílio à mulher e ao casal que encaram estas dificuldades, implementou medidas de alívio da dor e de orientações sobre o autocuidado (ICM, 2024). Identificando a necessidade de mais

orientações sobre a saúde do pavimento pélvico, elaborou um *Ebook* sobre a promoção da mesma no puerpério (Apêndice V).

A capacidade de resposta a situações críticas foi evidenciada perante a ocorrência de um episódio de hemorragia ao nível da sutura da ferida cirúrgica, no pós-operatório imediato de um parto distócico por cesariana, no qual demonstrou uma vigilância adequada que permitiu uma deteção precoce e resposta imediata, em cooperação com a equipa.

Relativamente aos cuidados ao RN saudável, o EE-ESMO deve conhecer tanto as suas características físicas e comportamentais como as suas adaptações cardiorrespiratórias associadas à transição para a vida extrauterina e assegurar uma vigilância contínua e segura. Para isso, a intervenção deve assentar em cuidados respeitosos e centrados no RN, assegurar o cumprimento dos protocolos de rastreio recomendados, nomeadamente no âmbito das infeções, de anomalias congénitas e imunizações, e capacitar os pais em aspetos essenciais como a segurança, a prevenção da icterícia, os cuidados com o cordão umbilical, os padrões de eliminação e o conforto e bem-estar do RN (ICM, 2024). Neste sentido, nos cuidados ao RN, formou uma parceria com os pais, tornando-os ativos neste processo e capacitando-os para a autonomia no regresso a casa.

No que concerne ao banho, este foi realizado na sua maioria 24 horas após o nascimento, respeitando as preferências parentais. Esta prática vai ao encontro das conclusões do estudo de Priyadarshi et al. (2022) que referem que o adiamento do banho para, pelo menos, 24 horas, previne a mortalidade infantil e situações de hipotermia. A ação educativa abordava a técnica, a preparação do material, o uso do equipamento, a quantidade e a temperatura da água, os cuidados com a pele e coto umbilical, a duração e frequência do banho e a segurança. Além disso, decorria na presença dos pais, incentivando-os a participar. Quando estes optavam por não realizar o banho e, sendo necessário garantir a segurança no regresso a casa, a técnica era demonstrada com recurso a um modelo e quaisquer dúvidas existentes eram esclarecidas.

No âmbito da vacinação neonatal, foram administradas as imunizações de acordo com o preconizado no Programa Nacional de Vacinação, nomeadamente a

primovacinação contra o Vírus da Hepatite B (VHB), a Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório e a vacina do Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) nos RN's elegíveis (DGS, 2020). Sempre que possível, a administração decorreu durante a mamada, de forma a diminuir a percepção de dor do RN. Além disso, no caso da vacina do BCG, a sua administração exigiu uma avaliação criteriosa da elegibilidade de cada RN, assegurando o cumprimento das indicações clínicas estabelecidas. Este processo exigiu não apenas conhecimento técnico, mas também a tomada de decisão responsável, uma vez que a vacina do BCG é fornecida em ampolas multidoses pelo que requer uma gestão rigorosa. Apesar do esforço, verificou-se o desperdício da vacina restante, devido a ausência de RN's elegíveis naquele momento. Tal situação levantou a reflexão sobre a possibilidade de reorganização do processo de gestão da vacina, de forma a incluir RN's não elegíveis que não apresentassem contraindicações e cujos pais manifestassem interesse em vacinar. Esta experiência evidenciou a tensão entre a rigidez de protocolos logísticos e a realidade dos serviços, onde o desperdício desta vacina coexiste com famílias que desejariam vacinar os seus filhos excluídos pelos critérios.

Além da imunização, a mestranda teve oportunidade de realizar os rastreios preconizados como o Rastreo Neonatal precoce, o Rastreo de Cardiopatias Congénitas através da oximetria de pulso e a colheita de sangue para análises laboratoriais.

No que respeita à avaliação ponderal do RN, constatou o impacto significativo deste procedimento, tanto nos pais como nos profissionais de saúde. Ao comparar os diferentes contextos clínicos, detetou-se uma discrepância nas práticas adotadas. Numa das instituições, o peso do RN era avaliado diariamente e embora esta prática fosse implementada com o intuito de garantir segurança clínica, acabava por gerar elevados níveis de ansiedade nas mães. Muitas delas interpretavam pequenas perdas ponderais como um sinal de falha na amamentação ou como indicador de que o bebé não estava a ser adequadamente alimentado, originando o receio de que a evolução ponderal fosse considerada insatisfatória e por isso um fator impeditivo de alta hospitalar. Em contraste, noutra instituição, a avaliação do peso era realizada apenas no momento do nascimento, sendo a seguinte avaliação já em contexto de cuidados de saúde primários.

Curiosamente, esta abordagem parecia gerar menor preocupação, quer nos pais quer na equipa, não sendo encarada como um fator perturbador da alta clínica.

Esta divergência levou a mestranda a refletir sobre o equilíbrio entre a vigilância clínica e o bem-estar emocional. Até que ponto a implementação de práticas mais rigorosas, ainda que bem-intencionadas, pode comprometer a confiança das mães e interferir negativamente no estabelecimento da amamentação? Será que a segurança se avalia apenas por números, ou também pela forma como cuidamos das dimensões emocionais e relacionais da parentalidade? Desta forma, emergiu a convicção de que a avaliação ponderal, mais do que uma técnica, deve ser um processo cuidadosamente gerido pois a segurança clínica não pode ser dissociada da experiência emocional da família. Posto isto, e considerando as recomendações da OMS (2022), a monitorização deve ser feita, contudo sem transformar a balança num instrumento de avaliação de competência materna (Hoyt-Austin et al., 2022).

No que concerne às complicações do RN, o EE-ESMO deve identificá-las precocemente e atuar de forma ajustada. Assim, deve reconhecer os sinais associados a abstinência de consumos de substâncias, prevenir e monitorizar o risco de transmissão vertical de infeções e identificar complicações neonatais. A avaliação contínua do estado clínico é essencial para detetar alterações e intervir imediatamente, enquanto a orientação da família sobre os sinais de alarme e a procura de cuidados é primordial para manter uma resposta rápida. Caso a situação ultrapasse a sua área de atuação, este deve referenciar ou assegurar a transferência (ICM, 2024). Neste sentido, a mestranda demonstrou competência na deteção de casos de sinais de icterícia, infeção, hipoglicémia e gemido, solicitando a avaliação por parte da pediatra e transferindo, se necessário, o RN para a unidade de cuidados especializados.

Relativamente à prevenção de transmissão vertical, interveio em casos de exposição à Hepatite B, nomeadamente na administração simultânea da vacina contra o VHB e da Imunoglobulina anti-VHB nas primeiras 12 horas de vida do RN (Higgins & O'Leary, 2023). Nos casos da sífilis, apesar de todas as mães terem realizado o tratamento pré-natal adequado, reconhece a importância de confirmar esta informação na admissão.

Neste campo, é ainda importante salientar que a intervenção do EE-ESMO deve abranger o acompanhamento do casal em situação de luto perinatal, disponibilizando o apoio e o aconselhamento especializado, considerando a fragilidade do momento e assegurando a aplicação de políticas estabelecidas. No decorrer da prática clínica, verificou-se a ocorrência de uma situação de morte perinatal, na qual se revelou prioritário promover a participação ativa dos pais e da família nos cuidados ao RN, respeitando e facilitando a vivência do luto de forma humanizada. A implementação de medidas de suporte emocional, conforto e alívio da dor revelou-se fundamental para a minimização do sofrimento parental. Assim, garantiu a disponibilidade para acolher e respeitar as vontades dos pais, proporcionando-lhes tempo e espaço para a criação de memórias com o RN e reconhecendo o seu vínculo (Persson et al., 2023). Paralelamente, integrou a família no processo de transição para o domicílio, fornecendo informação clara sobre os sinais de alerta emocionais e físicos que pudessem revelar necessidade de apoio especializado (Pueyo et al., 2021).

A promoção da amamentação exige que o EE-ESMO possua um conhecimento sólido sobre a fisiologia da lactação, de modo a incentivar o início precoce do aleitamento e garantir a sua exclusividade durante os primeiros seis meses de vida, sendo posteriormente complementado com a introdução alimentar. Compete-lhe orientar sobre as necessidades do RN, nomeadamente a frequência e a duração das mamadas, bem como a evolução ponderal esperada. É igualmente essencial preparar a mulher para o regresso à atividade laboral, abordando estratégias de manutenção da produção de leite e o seu armazenamento seguro (ICM, 2024).

Integra também as competências do EE-ESMO fornecer informação sobre indicações e contra-indicações relativas ao uso de medicamentos e outras substâncias durante a lactação, bem como intervir na resolução de problemas como mastites, ingurgitamento, baixa produção de leite ou pega inadequada. Sendo por isso essencial, a sensibilização para o uso correto de auxiliares da amamentação, os cuidados com os mesmos e a referência para apoio especializado.

Na prática clínica, demonstrou competências no acompanhamento do processo de amamentação, vigiando os reflexos de sucção e deglutição, apoiando os posicionamentos do bebé e da mãe durante a mamada, adaptando as intervenções às particularidades da díade, como o volume da mama, a anatomia e a localização do

mamilo, bem como a pega do bebé. Além disso, identificou a posição de *laid-back* como eficaz na resolução de dificuldades na amamentação, pois é promotora de uma pega mais profunda e atribui ao RN um papel mais ativo no processo (McGuigan & Larkin, 2024). A fim de assegurar o uso seguro deste posicionamento, reforçou aos pais a importância de evitar adormecer nesta posição e de garantir que o RN respira.

No controlo da dor e na resolução de problemas na amamentação, considerando as escolhas da mulher, realizou ensinamentos sobre a aplicação de colostro, lanolina, discos de hidrogel, mamilos de prata e adesivos poliméricos. Além do uso de auxílios da amamentação, também desmistificou o tempo e a frequência das mamadas, incentivando a livre demanda e o reconhecimento de sinais de saciedade do RN, seguindo os protocolos da ABM (ABM, s.d.).

Nos casos de separação da díade por motivos clínicos, foram desenvolvidas estratégias para a manutenção do aleitamento materno, incluindo o início precoce da estimulação mamária e da extração com bomba mecânica, garantindo a oferta do leite ao RN que se encontrava na unidade de cuidados especializados. Paralelamente, a vinculação também foi potenciada através da deslocação da mãe à unidade e da sua participação nos cuidados ao bebé.

O conhecimento das necessidades nutricionais dos RN's, incluindo aqueles de baixo ou alto peso ou prematuros, permitiu à mestrandia realizar um acompanhamento personalizado e intervenções ajustadas. No caso de múltiplos RN's, uma abordagem individualizada revelou-se essencial no apoio à amamentação (ICM, 2024).

Uma abordagem inclusiva, empática e culturalmente sensível é determinante para promover a adesão à amamentação, respeitando os contextos sociais, psicológicos e culturais da mulher. Esta postura respeitosa deve ser transversal às mulheres que optam por não amamentar, garantindo o apoio informado e livre de julgamento (ICM, 2024).

A integração do pai ao longo do puerpério e o incentivo à sua participação nos cuidados e na amamentação promoveram a vinculação do pai e a facilitação da sua transição para parentalidade. Os pais demonstraram maior confiança e envolvimento quando incentivados, sentindo-se não só incluídos como valorizados no processo.

Por fim, nos ensinamentos para a alta, a mestrandade assegurou que cada casal demonstrasse a aquisição dos mesmos ao longo do internamento. A continuidade dos cuidados foi garantida através da passagem de turno, da transferência da puérpera e do RN para outra unidade e da nota de alta para os cuidados de saúde primários (ICM, 2024).

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

Durante o Estágio consagrado à Sala de Partos, a mestrandade teve oportunidade de vivenciar várias experiências clínicas que lhe facilitaram a consolidação das competências específicas destinadas ao cuidado da mulher e da família em TP (OE, 2019c). Assim, ao longo da prática clínica, vigiou o bem-estar materno-fetal, promoveu o parto fisiológico e facilitou a adaptação do RN à vida extrauterina. Além disso, manteve a responsabilidade na gestão de risco e da qualidade do cuidado à parturiente/casal, proporcionando conforto e suporte emocional e viabilizando o plano de parto desejado. Neste, foi imprescindível uma abordagem culturalmente competente e sensível às necessidades individuais da mulher/casal. No apoio às decisões sobre o plano de parto, esclareceu sobre as intervenções, os riscos e as opções de alívio da dor, respeitando as escolhas e crenças culturais do casal e garantindo-lhe um papel ativo na tomada de decisão (ICM, 2024). Ao comprometer-se com a prática centrada na mulher/casal, percebeu a necessidade da competência técnica estar associada à empatia, à escuta ativa e ao respeito pela autonomia e dignidade da mulher.

Em relação à vigilância do bem-estar materno-fetal, preferiu, sempre que possível, a monitorização cardiotocográfica *wireless*, com o intuito de permitir melhor mobilização e liberdade de movimentos à mulher. Quanto à monitorização da avaliação da progressão do TP, a mestrandade guiou-se pelas recomendações da OMS (2018), ou seja, através da diferenciação das fases latente e ativa, da realização do toque vaginal de quatro em quatro horas, a menos que necessário ou solicitado pela senhora.

Relativamente ao alívio da dor, a decisão da senhora foi sempre respeitada. Nas suas 47 experiências de parto eutócico, seis foram partos naturais, sem qualquer intervenção ou medicação. Quanto às medidas de alívio da dor, foi possível aplicar técnicas não farmacológicas como as mudanças de posicionamento, a respiração

controlada, o uso de duche quente, tão benéficas para a promoção do conforto da parturiente e para a progressão do TP. Nas técnicas farmacológicas, administrou fármacos pelas vias endovenosa e intramuscular, colaborou com o médico anestesista na colocação de cateter epidural e na administração terapêutica, auxiliando-o na preparação do material e na técnica.

Infelizmente durante o estágio surgiram poucas oportunidades de promoção da mobilidade e da verticalidade do parto e de ingestão de líquidos e/ou alimentos durante o mesmo. A primeira deve-se à inexistência de *walking epidural*, o que resultou, em grande maioria, no bloqueio total dos membros inferiores e a última apenas era concedida por indicação de certos anestesistas.

Estes aspetos originaram a oportunidade de refletir sobre o equilíbrio entre a intervenção do EE-ESMO e a promoção da autonomia da mulher. Esta reflexão teve por base a observação, em vários momentos, de protocolos institucionais e rotinas hospitalares limitadoras da aplicação plena de práticas baseadas na evidência, como a liberdade de movimentos e a nutrição na sala de partos. Estas observações, relacionadas com o direito de escolha da mulher/casal, levaram a uma necessidade de análise destas temáticas, através de reflexões críticas com base nas etapas do ciclo de Gibbs (2013) (Apêndices VI e VII, respetivamente); e da sensibilização da equipa às mesmas, promovendo o diálogo entre ambas as partes, de modo a privilegiar o parto fisiológico e a partilha de informação em situações imprevistas decorrentes do TP. Esta interação entre o EE-ESMO e o casal permitiu à mestranda perceber a importância da comunicação e da capacidade de negociação com vista à melhoria da experiência de parto, permitindo tanto a sua personalização como a sua segurança.

No segundo estadio do TP, incentivou a perceção da contração pela mulher, a fim de beneficiar desta força nos esforços expulsivos espontâneos. Quanto à promoção da proteção do períneo, as técnicas utilizadas foram a massagem perineal, o uso de compressas mornas e a proteção ativa do períneo. O uso da episiotomia foi limitado e a sua necessidade avaliada de maneira criteriosa, sendo considerada sempre a escolha da mulher e solicitado o seu consentimento informado, assim dos 47 partos eutócicos realizados, em apenas três foi realizada episiotomia. No momento em que a apresentação se evidenciava à vulva, foi sempre realizada a manobra de Ritgen, controlando assim a deflexão da cabeça fetal e evitando lacerações uretrais e/ou

clitorianas. Após a rotação externa acompanhada da restituição, foram pesquisadas circulares, quando largas sempre foram desfeitas, se apertadas foi realizada a clampagem prévia do cordão e realizados o desencravamento anterior e o posterior. Já com a díade a realizar contacto pele a pele, sempre que possível preferiu realizar clampagem tardia do cordão, esperando que o mesmo deixasse de pulsar.

Paralelamente, a assistência a situações de risco e/ou a partos distócicos por fórceps/ventosa permitiu-lhe perceber a complexidade da intervenção do EE-ESMO nomeadamente em contexto de elevada exigência clínica. Na deteção de anomalias do TP foi essencial a avaliação contínua das intervenções, a interpretação do partograma e da monitorização materno-fetal (ICM, 2024). Quanto à resposta a situações de emergência, decisiva na segurança da mulher e do RN, esta deve ser célere, fundamentada e regida pela cooperação entre a equipa.

Durante os casos de distócia de ombros, a maioria foi resolvida com a aplicação da manobra McRoberts e apenas um necessitou que fosse aplicada de seguida, a pressão suprapúbica (Tsikouras, et al., 2024). Além disso, a mestranda demonstrou conhecer a atuação em contexto de emergência, alertando assim que identificasse qualquer sinal de anomalia.

Ainda em contexto de emergência obstétrica, ocorreu um caso de laceração do colo uterino, resultante de um TP precipitado. Na imediata perceção da hemorragia, através da estimativa e da observação da perda de sangue vaginal contínua e abundante, da monitorização dos sinais vitais e ainda a apresentação de sinais de instabilidade hemodinâmica, alertou de imediato a equipa, o que resultou numa resposta atempada e eficaz. Assim, demonstrou conhecimento sobre a deteção precoce e a intervenção na hemorragia pós-parto, nomeadamente seguindo o algoritmo SHOCK: **Seek help** – procurar ajuda, assegurar as vias aéreas, a respiração e circulação e verificar o Índice de choque; **Hypovolemia correction** – corrigir hipovolémia, hipoxia, hipotermia e alterações eletrolíticas e metabólicas; **Organ support** – suporte aos órgãos, vigilância e monitorização contínua; **Cause identification** – Identificação da causa e do choque hemorrágico, correção da coagulação, reconhecimento e gestão precoces de complicações; **Keep records** – manter registos legíveis e claros, manter utente e família informados, reavaliação contínua dos sinais vitais e da resposta ao tratamento (Mohamed & Chandraharan, 2025); e percebeu sempre o seu limite de atuação. De

seguida, seguiu-se uma cascata de intervenções de resposta imediata a este episódio, no qual a cooperação e a comunicação entre a equipa foi fundamental. Por fim, foi ainda de relevar a experiência de observação de correção das lacerações do colo uterino. Todas estas situações demonstraram que o EE-ESMO deve combinar o rigor técnico com a sensibilidade, mantendo sempre a segurança e o bem-estar da mulher como prioridade.

Quanto ao terceiro estadio consagrado à dequitação, a sua ação foi sempre expectante não intervindo farmacologicamente no processo. Assim, esperou que surgissem os sinais de descolamento como o sangramento, a descida do cordão umbilical, a contração uterina e a placenta à vulva. Consciente da importância da avaliação do cordão umbilical, das membranas e da placenta como preditor de complicações no pós-parto, estas estruturas foram sempre devidamente inspecionadas.

No que concerne ao puerpério imediato, a mestranda concentrou-se na vigilância rigorosa da díade. Além da administração de oxitocina conforme recomendado pela OMS (2018), após a garantia da dor/desconforto controlado, procedeu à avaliação e correção de lacerais perineais. Nesta última, demonstrou particular interesse na execução correta do procedimento, plano a plano, tendo até realizado um curso de sutura perineal (Anexo V), pois reconhece as consequências de uma má prática na vida futura da mulher, tais como a dispareunia, e pretende que a sua prática seja promotora da saúde da mulher. Relativamente aos cuidados à puérpera, estes englobaram a vigilância do tônus uterino, nomeadamente a avaliação do globo de segurança de Pinard, a estimativa das perdas sanguíneas e avaliação da evolução da correção ou integridade perineal. Simultaneamente, foram realizadas ações educativas à mulher sobre os sinais de alarme, o autocuidado e a amamentação.

Quanto à monitorização do RN, logo após o nascimento, foi avaliada a sua adaptação à vida extrauterina, através da avaliação do Índice de Apgar, e promovidas as intervenções conforme o *score* apresentado. A sua receção decorreu sempre em ambiente aquecido, tendo sido prestados os cuidados imediatos na presença dos pais. A mestranda demonstrou também particular motivação na promoção do contacto pele a pele imediato e no incentivo ao início precoce da amamentação (ICM, 2024), reconhecendo estes como elementos-chave na facilitação do processo de vinculação e da transição para a parentalidade saudável, tal como é recomendado pelo

RCEEEESMO (OE, 2019b) e pelo ICM (2024). Todas estas práticas foram fundamentais na segurança e estabilidade da díade e influenciaram positivamente a evolução clínica da puérpera e do RN.

Em situações de emergência neonatal, nomeadamente em casos de prematuridade com necessidade de cuidados diferenciados, a participação nestes cuidados consolidou a sua capacidade de resposta rápida e coordenada, destacando a importância do conhecimento sólido e da familiaridade com os protocolos institucionais. Além do mais, estes episódios demonstraram a relevância da prática clínica nestas situações, evidenciando não só a importância do conhecimento teórico como também da experiência, na garantia da segurança e qualidade dos cuidados. Neste sentido, esta ocorrência fortaleceu a capacidade de colaboração entre especialidades de Enfermagem, particularmente entre os cuidados de Saúde Materna e Obstétrica e os de Saúde Infantil e Pediátrica.

Concomitantemente, a participação do pai também foi promovida e incentivada, de forma respeitosa e culturalmente congruente, em situações como a assistência ao conforto e controlo da dor da grávida, a laqueação do cordão umbilical, ou até em caso de ausência da mãe, o contacto pele a pele entre pai e filho. De facto, a inclusão do terceiro elemento da tríade é preponderante no suporte emocional e na redução de ansiedade da mulher, fortalecendo a vinculação e promovendo uma experiência positiva do parto e uma paternidade inclusiva (AlAmri et al., 2025).

Finalizando, todas estas experiências permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do cuidado à mulher/casal em TP. A intervenção nos diversos tipos de parto e no acompanhamento do puerpério imediato permitiu-lhe perceber a complexidade da intervenção do EE-ESMO, desde a vigilância clínica à promoção do parto fisiológico, gerindo os riscos, respeitando a autonomia da mulher/casal e humanizando os cuidados prestados. Esta experiência realçou também a necessidade contínua de reflexão ética, de articulação interprofissional e de adaptação a contextos institucionais, consolidando a sua formação e reforçando a responsabilidade de atuar sempre de forma segura, empática e baseada na evidência (OE, 2019b; ICM, 2024).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O pavimento pélvico é uma estrutura anatómica complexa constituída por músculos, ligamentos e fáscias. A sua componente muscular integra o diafragma pélvico e os músculos profundos e superficiais do períneo. Estes distribuem-se em dois triângulos: o urogenital (anterior) e o anal (posterior). No primeiro, localizam-se superficialmente os músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e transverso superficial, e em plano profundo, o transverso profundo e o esfíncter urogenital profundo. O triângulo anal corresponde essencialmente ao esfíncter anal externo (Driusso et al., 2025).

Para além da função de suporte dos órgãos pélvicos, o pavimento pélvico é responsável pelas funções urinária, defecatória e sexual (Eickmeyer, 2017; Muro & Akita, 2023). A descoordenação muscular ou qualquer comprometimento funcional desta estrutura origina Disfunções do Pavimento Pélvico (DPP) (Grimes & Stratton, 2023).

A IU é a DPP mais prevalente e é reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas, maioritariamente mulheres, com consequências significativas na QV, traduzidas em repercussões físicas, psicológicas, sociais, familiares e económicas (Sologuren-García et al., 2024).

Nos Estados Unidos, 61,8% das mulheres experienciam IU (Sologuren-García et al., 2024), enquanto em Portugal a prevalência é de 50% (SPG, 2021). Na Europa, apenas 33% procura apoio profissional (Sologuren-García et al., 2024). Entre as mulheres de meia-idade, a prevalência situa-se entre 30% e 40%, sendo que apenas um quarto recorre a cuidados de saúde (Porto et al., 2025). No estudo de Porto et al. (2025), realizado em Portugal, 50,2% das mulheres apresentaram sintomas ligeiros e 6,9% sintomas severos, contudo 60% não procuraram ajuda e 72,2% não realizaram qualquer tratamento.

Com o envelhecimento populacional, prevê-se um aumento da prevalência da IU. Nos Estados Unidos, estima-se que a prevalência aumente de 18,3% para 28,4% até 2050, com um impacto acrescido na saúde pública (Ye et al., 2025).

A baixa procura de ajuda associa-se a fatores como a vergonha, o estigma, a falta de literacia em saúde, a normalização da sintomatologia, as expectativas reduzidas relativamente ao tratamento e a adoção de estratégias de ocultação e de comportamentos de risco (Porto et al., 2025). Este cenário reforça a necessidade de intervenções mais eficazes, de educação para a saúde e de sensibilização para a importância do diagnóstico e do tratamento precoces (Porto et al., 2025). A identificação atempada de fatores de risco é determinante para reduzir a incidência, prevenir complicações e melhorar a QV destas mulheres (Ye et al., 2025).

A *International Urogynecological Association* (IUGA) e a *International Continence Society* (ICS) defendem a importância da compreensão e classificação da IU. A ICS define a IU como qualquer perda involuntária de urina, classificando-a em três tipos principais: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM) (Sologuren-García et al., 2024).

Face ao impacto desta condição na QV e considerando o EE-ESMO como o profissional de referência no acompanhamento da mulher ao longo do ciclo vital, evidencia-se a necessidade de clarificar a sua intervenção específica no cuidado à mulher com IU.

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A prática clínica e o desenvolvimento de competências basearam-se no MPS de Nola Pender, que reconhece a Enfermagem como facilitadora da adoção de comportamentos saudáveis, promovendo o autocuidado e identificando os fatores condicionantes (Lima et al., 2020). O modelo organiza-se em três componentes: as características e experiências individuais (biológicas, psicológicas e socioculturais); os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento pretendido, influenciados pela autoeficácia, pelos benefícios, pelas barreiras e influências; e os resultados do comportamento, dependentes do compromisso com o plano delineado, das preferências e das exigências (Aguiar et al., 2021; Nurseslabs, 2024).

No acompanhamento pré-concepcional e pré-natal, o MPS orientou a avaliação do histórico de saúde e obstétrico, do planeamento da gravidez, do contexto psicossocial e das perceções da mulher, permitindo a identificação de fatores e

comportamentos de risco com impacto na gestação (Ruiz et al., 2021). A promoção de estilos de vida saudáveis exigiu a clarificação dos benefícios, o reconhecimento de barreiras e o fortalecimento da autoeficácia, considerando as influências externas como o apoio familiar, as condições socioeconómicas e o acesso aos cuidados de saúde. A construção de um plano, traçado em parceria, favoreceu o compromisso e a participação ativa da grávida, aspetos que favorecem uma gravidez saudável (Carlos et al., 2023).

Na saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente na contraceção, o modelo permitiu reforçar a autonomia e a tomada de decisão informada, através de aconselhamento individualizado e centrado nas necessidades, aumentando a autoeficácia e a adesão da mulher.

Durante a vigilância pré-natal, a aplicação do MPS facilitou a adesão aos rastreios e consultas, a deteção de barreiras como o desconhecimento ou o medo, e o reforço da literacia em saúde. As situações observadas no SUOG, resultantes de uma vigilância pré-natal deficitária, evidenciaram a necessidade de estratégias comunicacionais que promovam a continuidade dos cuidados e o uso adequado dos recursos disponíveis.

Na gestão de gravidezes de risco e situações de urgência, o modelo permitiu reconhecer os fatores condicionantes, fortalecer a capacidade de deteção precoce de sinais de alarme e promover comportamentos seguros.

No contexto da IVG, o MPS sustentou intervenções centradas na mulher, esclarecendo o processo, prevenindo complicações e promovendo a contraceção após o procedimento. Barreiras como o estigma e a culpabilização evidenciaram a necessidade de cuidados empáticos, dignificantes e promotores de autonomia.

Nos rastreios ginecológicos, o recurso à educação para a saúde foi fundamental para superar barreiras como a vergonha ou o desconhecimento, incentivar comportamentos preventivos e reforçar a importância do diagnóstico precoce.

Nos PPPP e PPAM, o modelo fundamentou intervenções de empoderamento e de promoção de comportamentos positivos. A personalização dos cuidados, considerando as dimensões emocionais, socioculturais e relacionais, favoreceu a adesão e o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

No período puerperal, caracterizado por alterações físicas e psicológicas significativas, a promoção da saúde assume particular relevância, sendo o MPS, uma base de intervenção adequada (Govahi et al., 2024). No que respeita à amamentação, este constitui um elemento determinante para o sucesso, ao permitir a desconstrução de mitos, o desenvolvimento de competências por parte da mulher/casal e o fortalecimento do vínculo com o RN. O objetivo estabelecido foi garantir a implementação da amamentação até à alta clínica, bem como apoiar a resolução de dificuldades e problemas identificados (Reales Hernández & Reyes Ríos, 2023).

Ao longo da prática clínica, a mestranda procurou integrar os princípios do modelo em intervenções orientadas para a prevenção, a capacitação e a promoção da autonomia da mulher/casal, tanto nos cuidados maternos como nos cuidados ao RN.

A educação para a saúde constituiu um eixo central na promoção de comportamentos saudáveis. Foram dinamizadas intervenções que abrangeram temáticas como a contraceção, a sexualidade, o autocuidado físico e mental e os sinais de alerta, sendo cada oportunidade de contacto aproveitada para otimizar a transmissão de informação. Paralelamente, a elaboração do *Ebook* (Apêndice V), sobre a promoção da saúde pélvica no pós-parto, evidenciou o seu compromisso com a literacia em saúde e a consolidação da importância de colmatar as necessidades identificadas.

No que se refere à adaptação à parentalidade e à promoção da autonomia no regresso a casa, a inclusão dos pais no processo de cuidados ao RN assumiu particular importância. A capacitação, a demonstração e a participação ativa contribuíram para o reforço da autoeficácia e para uma tomada de decisão informada.

O envolvimento parental nos cuidados ao RN foi igualmente assegurado em contextos de luto perinatal. A promoção dessa participação contribuiu para a criação de memórias significativas, favorecendo o processo de luto. No processo de alta, a capacitação relativa aos sinais de alerta abrangeu não apenas o casal, mas também a respetiva rede de apoio, com o objetivo de prevenir complicações futuras.

No âmbito da promoção do aleitamento materno, a intervenção desenvolvida centrou-se na prevenção de complicações, tais como a dor materna e a falta de confiança, bem como no tratamento destas, tendo em conta as especificidades de cada tríade.

Em contexto de parto, Nascimento (2011) destaca o MPS como um instrumento fundamental na prática do EE-ESMO. O conhecimento da percepção da mulher relativamente ao parto, bem como das influências que a moldam, permite ajustar os cuidados às suas necessidades e promover o seu empoderamento. A criação de uma relação de confiança entre a parturiente e o EE-ESMO constitui um elemento facilitador deste processo. A promoção da escolha por um parto fisiológico visa alcançar o bem-estar durante o parto e nascimento, sendo de salientar que o recurso a técnicas não invasivas reforça a confiança da mulher e contribui para adaptação à parentalidade (Nascimento, 2011).

Buñay-Muñoz et al. (2025) reforçam a importância do EE-ESMO na garantia de um parto humanizado, centrado na mulher e no seu empoderamento ao longo do processo, assegurando simultaneamente o seu suporte emocional. Os autores salientam ainda que, para além do acompanhamento contínuo durante o TP, a intervenção educativa pré-natal é imprescindível.

Na assistência à mulher em TP e parto, foram promovidos o parto fisiológico e o respeito pela autonomia da parturiente, nomeadamente através da viabilização do plano de parto desejado e do esclarecimento sobre as intervenções e os riscos. Foi também incentivada a participação ativa da mulher nos cuidados e decisões e assegurado o envolvimento da pessoa significativa para reforçar o conforto.

Ainda assim, a promoção do parto fisiológico revelou-se inúmeras vezes como um desafio para a mestranda, na medida em que identificou barreiras institucionais, das quais são exemplos a limitação da mobilidade e da ingestão durante o TP. Estas revelaram a necessidade de reflexão sobre estas práticas, conforme mencionado anteriormente (Apêndices VI e VII).

Por fim, a prestação de cuidados seguros e humanizados que favorecem a capacitação e a cooperação, alinha-se com os princípios do MPS, ao ser centrada na pessoa e no ambiente e dirigida à obtenção de ganhos em saúde.

Assim, a teoria de Nola Pender não só suporta cientificamente a prática do EE-ESMO, como também potencia intervenções mais eficazes, personalizadas e direcionadas à promoção da saúde ao longo do ciclo reprodutivo e ginecológico da mulher.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. SCOPING REVIEW

3.1.1. Introdução

A IU é uma disfunção pélvica definida pela ICS como “qualquer queixa de perda involuntária de urina” (Haylen et al., 2010). Existem vários tipos de IU como: a IUE, a IUU e a IUM (Alonso et al., 2024). A primeira é caracterizada pela perda de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, rir, espirrar, caminhar, correr ou fazer exercício. A IUU envolve uma vontade repentina e incontrolável de urinar, resultando, muitas vezes, em perdas antes de chegar à casa de banho. A IUM apresenta-se como uma combinação de sintomas dos dois anteriores, refletindo uma etiologia multifatorial e exigindo uma abordagem clínica personalizada (Alonso et al., 2024).

Esta é descrita como um problema global que, segundo dados da sétima *International Consultation on Incontinence* afeta até 45% da população adulta (Bishop et al., 2025), apresentando valores de prevalência de 25 a 45% (Milsom & Gyhagen, 2018).

Ora o objetivo três dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável é garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Nações Unidas, 2015). Este aspeto vai ao encontro do conceito de QV, definido pela OMS, como a perceção de cada pessoa sobre o seu bem-estar e satisfação tendo em conta aspetos como a sua cultura, os seus valores, os seus objetivos e expectativas (OMS, 2025). Porém no contexto de IU, o bem-estar físico, emocional e social está afetado, principalmente na população feminina.

Assim, é de extrema importância a intervenção do EE-ESMO que detém competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante vários períodos do seu ciclo vital (OE, 2019b). Além disso, a sua *expertise* no cuidado à mulher em processo de saúde/doença, enumerada na competência seis do RCEEEESMO (OE, 2019b), destaca-o na promoção da saúde ginecológica, no diagnóstico precoce, na prevenção e no cuidado a complicações relacionadas com o aparelho geniturinário, bem como, na facilitação da adaptação a esta nova condição clínica (OE, 2019b). Neste sentido, a sua prática clínica pode ser favorecida pelo MPS de Nola Pender (2002) que

assenta em três pilares: as características e experiências individuais, o conhecimento e o efeito motivacional do comportamento, e o resultado do comportamento. No que concerne ao conhecimento e ao efeito motivacional do comportamento, estes são influenciados pela intervenção de enfermagem, com o intuito de obter um comportamento que melhore a saúde, a QV e que tenha em consideração as preferências da pessoa (Nurseslabs, 2024). Com base no exposto, pretende-se com a presente ScR, mapear a evidência científica sobre a intervenção do EE-ESMO no cuidado à mulher com incontinência urinária ao longo do seu ciclo vital.

A realização do Mapa Conceptual (Apêndice VIII) e da tabela de definições operatória e abstrata (Apêndice IX) serviram de apoio à introdução.

3.1.2. *Scoping Review*

A ScR é definida como um método que sintetiza e mapeia de forma sistemática a evidência relativa a uma questão ou conceito dentro de um determinado contexto (Amendoeira et al., 2021). Através de um protocolo e de uma metodologia específica e reproduzível, esta engloba as seguintes etapas: a formulação da questão de revisão; a definição de critérios de inclusão, a localização de registos; a seleção e avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos; e por fim, a extração, a análise e a síntese dos dados pertinentes (Amendoeira et al., 2021). Em Enfermagem, a ScR revela-se uma ferramenta substancial que, aliada à prática, permite uma intervenção baseada na evidência (Amendoeira et al., 2021).

No presente trabalho, a ScR, elaborada de acordo com o protocolo de JBI, intitula-se Incontinência Urinária na mulher ao longo do ciclo vital - Intervenção do Enfermeiro Obstetra: Uma *Scoping Review* e tem por objetivo mapear a evidência científica seguindo a questão de revisão formulada: Qual a intervenção do Enfermeiro Obstetra no cuidado à mulher com incontinência urinária?

Relativamente à questão PCC (População, Conceito e Contexto), a População definida é constituída por mulheres; o Conceito corresponde à intervenção de enfermagem; e o Contexto reporta-se à incontinência urinária.

Os critérios de inclusão definidos foram: o respeito pela questão PCC; os artigos serem publicados entre 1 de janeiro de 2024 e três de julho de 2025; apresentarem como idioma: espanhol, francês, inglês e português. Foram excluídos artigos que apresentem condições de saúde específicas como doenças neurológicas ou contextos de atuação muito específicos; e idiomas diferentes dos definidos nos critérios de inclusão.

A presente ScR pretende analisar qualquer tipo de estudo, identificando os artigos científicos que contribuam para a resposta à questão de pesquisa formulada e seguindo as três etapas definidas pelo JBI. Posto isto, a pesquisa iniciou-se na plataforma MeSH Browser a fim de identificar os termos e palavras-chave que foram: *Urinary Incontinence, Midwifery, Nursing, Women, Quality of Life, Program, Health Promotion*. A fim de enriquecer os conteúdos foram incluídos termos de linguagem natural como: *urinary dysfunction, urinary loss, prevention, treatment, intervention*. A combinação dos descritores MeSH e de linguagem natural com o recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR” culminou na seguinte expressão de pesquisa: *(urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (midwifery OR nursing) AND (prevention OR treatment OR intervention OR program OR health promotion OR quality of life)*. Esta foi aplicada nas bases de dados CINAHL Complete, MedLine Complete e PubMed com os seguintes limitadores universais: texto integral, resumo disponível, análise por pares, data de publicação entre um de janeiro de 2024 e três de julho de 2025, nos idiomas espanhol, francês, inglês e português, espécie humana, sexo feminino (Apêndice X), o que resultou na elaboração do diagrama de fluxo (Page et al., 2021).

O fluxograma (Apêndice XI) divide-se em três etapas: *Identification, Screening e Included*, discriminadas de seguida.

A primeira etapa consistiu na identificação do número total de artigos encontrados nas três bases de dados entre o intervalo definido. Assim, foram encontrados 169 artigos: quatro na CINAHL Complete; 28 na MedLine Complete e 137 na PubMed. Depois, procedeu-se à remoção dos 16 artigos duplicados, pelo que restam 153 artigos a triar na fase de *Screening*. Nesta procedeu-se à leitura do título e do resumo destes artigos, tendo sido excluídos 117 por não cumprirem os critérios de inclusão relacionados com a questão PCC, o que resultou em 36 artigos para leitura

integral. Estes foram enumerados e avaliados quanto à elegibilidade, tendo sido excluídos artigos por determinadas razões. A primeira (*reason 1*) foi por falta de acesso ao artigo, eliminando um artigo; a segunda (*reason 2*) foi por corresponder a um contexto demasiado específico, eliminando três artigos; e por fim a terceira (*reason 3*) foi por não contribuir para a questão de pesquisa, eliminando 20 artigos.

Assim, na última fase, foram incluídos 16 artigos (Apêndice XII), dos quais nove remetem para estudos quantitativos (um da Austrália, um do Irão, três da China, um da Espanha e três da Turquia); uma revisão sistemática da literatura (Nova Zelândia); dois estudos de natureza qualitativa (um do Reino Unido, um da Noruega); um estudo de natureza mista (Nova Zelândia) e dois Artigos de Opinião (Reino Unido). Destes artigos, foi realizada uma extração de dados relevantes que auxiliem na resposta à questão de revisão (Apêndice XIII). De seguida, são apresentadas a análise e a discussão dos Resultados.

3.1.3. Análise e Discussão de Resultados

Barreiras à Intervenção

A eliminação das barreiras à intervenção, nomeadamente à modificação de comportamentos, é fundamental para alcançar melhorias sustentadas no estado de saúde (Mahvashi et al., 2024). Entre essas barreiras, destaca-se a adesão ao tratamento, que assume um papel central no sucesso das intervenções (Bugge et al., 2024). Esta resulta da interação de múltiplos fatores, como a motivação na procura de cuidados; a influência dos contextos sociais e ambientais na capacidade de realizar o exercício; e a autoeficácia, considerada como condição indispensável para a prática continuada. Assim, para que uma mulher mantenha regularmente os exercícios prescritos, é essencial preservar simultaneamente a sua capacidade física e a sua motivação. Compreender esta interdependência é crucial para promover a adesão (Bugge et al., 2024). Neste processo, o profissional de saúde deve identificar e trabalhar as diferentes influências, explorar novas estratégias e fornecer informação clara sobre os fatores de risco e os benefícios da prática (Parlas & Bilgic, 2024). A falta de crença na eficácia do tratamento é, frequentemente, um motivo decisivo para a não adesão (Bugge et al., 2024).

No caso de mulheres grávidas, crescem fatores específicos que dificultam a adesão aos exercícios de fortalecimento pélvico, como o esquecimento, o cansaço, a falta de disponibilidade, o desconhecimento sobre a prática, a priorização do bem-estar fetal e o facto de não integrar, habitualmente, o plano de vigilância pré-natal (Parlas & Bilgic, 2024).

Outro obstáculo significativo é a normalização ou aceitação da IU, frequentemente acompanhada pela tendência de ignorar a condição. O desconhecimento sobre a doença contribui para a não procura de ajuda, o que não só agrava os sintomas como pode levar à ausência de tratamento e, conseqüentemente, à redução da QV (Parlas & Bilgic, 2024; Ramadan, 2025; McMillan et al., 2024).

Ainda que a evidência seja limitada (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024), sentimentos como a vergonha, a angústia, a insegurança e a culpa são apontados como catalisadores de atitudes de negação e apatia em relação à IU. Estes comportamentos resultam, muitas vezes, na resistência à procura de tratamento e na ocultação da condição (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024; Ramadan, 2025). A educação dirigida à sociedade e aos indivíduos é, por isso, uma estratégia essencial para atenuar tais sentimentos (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024).

Paralelamente, outros fatores, como a falta de informação clara, o receio de intervenções cirúrgicas, a idade avançada, o constrangimento durante a observação clínica, a escassez de tempo para exames e a ausência de desconforto com os sintomas, reforçam a tendência para não procurar tratamento (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024).

Importa também considerar as barreiras associadas aos próprios profissionais de saúde. No caso dos enfermeiros, evidenciam-se a insuficiência de conhecimentos sobre a IU, a compreensão limitada desta condição, incluindo causas, opções terapêuticas, intervenções, encaminhamento e educação para a autogestão, bem como a escassez de recursos e limitações na gestão dos cuidados (Ramadan, 2025). Estas lacunas repercutem-se no aumento da incidência da IU (McMillan et al., 2024), na subnotificação, no encaminhamento inadequado, no acompanhamento deficitário e na prestação de cuidados baseados em crenças ou estereótipos. Tal realidade reforça a

necessidade de formação específica sobre esta condição e as práticas de cuidado recomendadas (Ramadan, 2025; McMillan et al., 2024).

Facilitadores da Intervenção

Apenas um terço das mulheres com IU procura cuidados de saúde (Parlas & Bilgic, 2024). Entre as que o fazem, observa-se geralmente um maior nível de conhecimento sobre a condição, o que está relacionado com o efeito positivo da educação. Esta promove a sensibilização para os sintomas, influencia atitudes e incentiva a procura de cuidados médicos (Parlas & Bilgic, 2024). Este aspeto está alinhado com as observações de Mahvashi et. al (2024), que descrevem os fatores positivos como facilitadores da intervenção. Destacam-se, entre eles, a educação, que favorece a aprendizagem e contribui para a melhoria do estado de saúde, e o apoio familiar ou do círculo próximo (Mahvashi et al., 2024). Além disso, Mahvashi et al. (2024) sublinham o papel fundamental do enfermeiro enquanto conselheiro, assumindo um papel facilitador, nomeadamente nas sessões de grupo.

De forma complementar, os fatores motivacionais associados à procura de tratamento influenciam diretamente a adesão, especialmente em relação aos exercícios de fortalecimento pélvico a longo prazo (Hay-Smith et al., 2024). Entre estes fatores salientam-se a vontade de resolver ou prevenir o agravamento da IU, muitas vezes ligada à exaustão física e emocional que as utentes experienciam, bem como o desejo de viver sem as preocupações provocadas pelas perdas urinárias. Motivadores emocionais, como a redução da ansiedade, a diminuição do constrangimento e o aumento da confiança nas atividades diárias, assim como a possibilidade de resolver outras questões de saúde, também contribuem para a adesão. Além disso, influências externas, como a prática regular de atividade física, desempenham um papel facilitador importante (Bugge et al., 2024). De forma mais ampla, o conhecimento prévio, a intenção e a motivação para a mudança reforçam estes efeitos (Bugge et al., 2024).

Outro fator que impulsiona a procura de cuidados é a perceção da IU como uma barreira social, juntamente com o reconhecimento do impacto negativo desta condição na QV (Parlas & Bilgic, 2024). Nesse sentido, na prática clínica, torna-se essencial compreender a motivação individual de cada mulher, dado que os fatores valorizados influenciam diretamente a sua adesão a longo prazo. A este respeito, Bugge

et al. (2024) distinguem os motivadores iniciais como elementos que promovem a procura de ajuda, o início e a manutenção dos exercícios. Para as mulheres, a aprendizagem correta da técnica de contração pélvica é particularmente valorizada, pelo que os profissionais de saúde devem orientar claramente esta prática, adaptando-a às necessidades de cada utente.

Neste processo, o papel do enfermeiro é especialmente relevante. Através da sua imagem como fonte fidedigna de informação, da sua atitude motivadora, do apoio sem julgamentos e da capacidade de criar um ambiente de confiança (Bugge et al., 2024), o enfermeiro contribui significativamente para o aumento da autoeficácia e, consequentemente, para a adesão ao tratamento (Bugge et al., 2024). Estas características profissionais ajudam a reduzir a ansiedade, facilitam a aprendizagem e promovem a integração dos exercícios na rotina diária, por exemplo, através da utilização de lembretes para a sua prática (Bugge et al., 2024). Este último aspeto é crucial, uma vez que a adaptação da intervenção ao contexto individual de cada mulher favorece a adesão, sobretudo a longo prazo, quando o acompanhamento profissional já não está presente (Bugge et al., 2024).

Por fim, para garantir uma intervenção de enfermagem mais equitativa e de maior qualidade, é igualmente importante facilitar o encaminhamento e investir na formação de profissionais qualificados para a prestação de cuidados à mulher com IU (Ramadan, 2025).

Intervenção do EE-ESMO

A IU exerce um impacto significativo na QV da mulher, afetando o bem-estar físico, psicológico, social e financeiro (Xiang et al., 2024). No plano físico, surgem desconfortos como a humidade cutânea, inflamações e infeções; no psicológico, são frequentes os sentimentos de vergonha, de embaraço e de ansiedade; já na vertente social, observa-se a limitação das atividades, as dificuldades nos relacionamentos e a tendência para o isolamento e solidão. A dimensão financeira não é menos relevante, sendo muitas vezes afetada pela diminuição da capacidade laboral (Xiang et al., 2024).

As necessidades de cuidados aumentam proporcionalmente à severidade da condição, abrangendo áreas como as atividades de vida diária, os cuidados de saúde e a educação para a saúde. Muitas mulheres procuram orientação não só para o alívio

dos sintomas e opções de tratamento, como também para melhorar a QV, reconhecendo, porém, lacunas no seu conhecimento sobre a IU (Xiang et al., 2024). A ausência de uma resposta adequada a estas necessidades potencia complicações e, conseqüentemente, agrava a necessidade de cuidados (Xiang et al., 2024).

Neste contexto, o enfermeiro é considerado por Parlas & Bilgic (2024), o profissional mais apropriado para o apoio às doentes com esta condição tão íntima e incapacitante, assumindo, por isso, um papel central, dispondo de competências para intervir e implementar cuidados baseados em evidência científica atualizada (Ramadan, 2025). O tratamento de primeira linha é, maioritariamente de natureza conservadora, integrando terapias comportamentais e reabilitação pélvica (Mao et al., 2024). A prestação de cuidados de continência de elevada qualidade é particularmente importante em ambiente hospitalar, onde as mulheres estão mais expostas ao risco de úlceras por pressão, a quedas, a infeções urinárias e, em casos graves, a sépsis associada à cateterização (McMillan et al., 2024). Uma prática clínica qualificada permite também identificar as causas específicas e aplicar intervenções direcionadas (McMillan et al., 2024).

De acordo com Mahvashi et al. (2024), a intervenção deve ser abrangente, fundamentada e assentar na educação sobre os fatores influenciadores, estimulando a adoção de comportamentos adequados. Este princípio é corroborado por Mjelde, Litherland & Beisland (2024) e Ramadan (2025), que evidenciaram que mulheres devidamente informadas, após os exames de diagnóstico, apresentaram menos pensamentos negativos e maior esperança de melhoria. A orientação, nestes casos, incluiu a explicação dos resultados e das causas da IU, bem como recomendações sobre a higiene e o consumo de álcool. Os resultados de Mjelde, Litherland & Beisland (2024) reforçam esta ideia de promoção de iniciativas educativas, de forma a reconhecer a IU como problema de saúde e colmatar défices de conhecimento nomeadamente anatómico, fisiológico, sobre fatores de risco, causas, sintomas, avaliação, tratamento, gestão e dispositivos (Ramadan, 2025).

Entre os modelos teóricos aplicáveis, destaca-se o de promoção da saúde de Nola Pender, que se revela essencial para o empoderamento feminino, ao considerar os recursos e os serviços disponíveis (Mahvashi et al., 2024). Este modelo oferece vantagens como o custo-benefício positivo, o reforço de sentimentos positivos, a

diminuição de barreiras emocionais, a promoção da autoeficácia e a aquisição de comportamentos saudáveis. As sessões de grupo, ao proporcionarem uma partilha de experiências, fomentam a motivação intrínseca e o desenvolvimento pessoal (Mahvashi et al., 2024).

Também o modelo IMB (*Information-Motivation-Behavioural Skills*) reforça que a informação é uma condição necessária e a motivação, um fator decisivo para a mudança comportamental (Xie & Luo, 2024). Ao promover competências preventivas, este modelo facilita a compreensão do tratamento, a correção de atitudes, a adesão ao plano terapêutico e a redução da ansiedade. Estratégias como educação contínua, acompanhamento ambulatorio, contacto telefónico, utilização de *chats* e aplicação de questionários têm demonstrado eficácia na obtenção de melhores resultados (Xie & Luo, 2024).

O EE-ESMO deve recorrer à sua experiência clínica para estabelecer uma relação terapêutica pautada pela escuta ativa, ausência de julgamentos e reconhecimento das dificuldades e dos medos destas mulheres (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024; Ramadan, 2025). O tempo dedicado ao atendimento e a atenção às necessidades individuais são aspetos valorizados pelas utentes (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024). Esta personalização dos cuidados exige a identificação de necessidades físicas, psicológicas, sociais e educacionais, considerando fatores como a idade, a escolaridade, os antecedentes cirúrgicos, a presença de doenças crónicas, a frequência urinária e o número de perdas (Xiang et al., 2024).

A deteção precoce de sintomas ligeiros é determinante para prevenir o agravamento da IU e otimizar a QV (Li et al., 2024; Parlas & Bilgic, 2024). Para tal, recomenda-se o rastreio sistemático dos sintomas; a promoção de hábitos de vida saudáveis, como cessação tabágica, exercícios de fortalecimento pélvico e ingestão hídrica adequada; e o aproveitamento de cada contacto com os serviços de saúde como uma oportunidade para educação e esclarecimento (Li et al., 2024; Mjelde, Litherland & Beisland, 2024). Folhetos informativos, questionários interativos e orientações personalizadas podem reforçar a educação para a saúde (Xie & Luo, 2024). Nos cuidados de higiene, é fundamental a vigilância da higiene perineal e a promoção de hábitos adequados (Li et al., 2024).

Em relação ao ambiente, as mulheres indicam como prioridade a manutenção de um espaço limpo, fresco e organizado, um fator intrinsecamente relacionado com o estado de saúde e com o declínio funcional (Xiang et al., 2024). Apesar desta evidência, a gestão e a otimização ambiental é frequentemente negligenciada em favorecimento da dimensão física, o que limita a abordagem holística (Xiang et al., 2024).

No caso das grávidas, a vigilância pré-natal constitui um momento privilegiado para a consciencialização sobre a IU e para a promoção de comportamentos de saúde (Parlas & Bilgic, 2024). As sessões de preparação para a parentalidade devem dispor de materiais e recursos visuais educativos e incluir a abordagem de questões de continência, desmistificando crenças e aumentando o conhecimento sobre fatores de risco e de diagnóstico. O EE-ESMO, como profissional próximo e presente, deve estar atento a sintomas urogenitais e orientar as gestantes quanto à correta execução dos exercícios de fortalecimento muscular pélvico, tanto durante a gravidez como no pós-parto (Parlas & Bilgic, 2024).

Cuidados à Pele

A dermatite associada à incontinência (DAI) constitui um problema cutâneo frequente em pessoas com IU, resultando da exposição prolongada da pele à urina e/ou fezes, o que provoca a sua erosão (Ramadan, 2024). Apesar da elevada prevalência e impacto, a DAI é frequentemente negligenciada. Esta condição afeta tanto a dimensão física como a psicossocial, manifestando-se através de desconforto intenso, dor, formigamento, ardor e prurido nas áreas afetadas. Tais sintomas podem conduzir à perda de independência, depressão, perturbações do sono, défice de higiene e desenvolvimento de feridas associadas (Ramadan, 2024). O desconhecimento acerca da DAI reforça a necessidade de capacitar os enfermeiros, sobretudo no que se refere a estratégias de prevenção e gestão, de forma a garantir intervenções personalizadas e eficazes (Ramadan, 2024).

Segundo Ramadan (2024), as principais estratégias preventivas incluem a redução da exposição à humidade, a limpeza adequada da pele e a proteção e restauração da barreira cutânea. Estas medidas devem ser combinadas com um protocolo de prevenção de úlceras por pressão e um plano de cuidados estruturado. A limpeza, etapa essencial, visa prevenir a colonização bacteriana, remover resíduos,

minimizar a humidade e manter a potência de Hidrogénio (pH) cutânea em torno de 5,5, devendo ser acompanhada de secagem cuidadosa. A hidratação consiste na aplicação de produtos emolientes ou hidratantes com pH semelhante ao da pele, contribuindo para a preservação da integridade cutânea (Ramadan, 2024).

No que respeita à proteção e restauração, o enfermeiro deve utilizar produtos barreira que repellem a humidade e previnem danos futuros, avaliando regularmente a sua adequação. É importante considerar que a eficácia destes produtos pode variar entre utentes. Outras medidas incluem o uso de pensos hidrocolóides protetores e de cuecas para incontinência (Ramadan, 2024).

Estas recomendações encontram-se alinhadas com as de Barakat-Johnson et al. (2024), que descrevem a estratégia IMBED (*Implementation of Best Evidence for Dermatitis*), intervenção combinada de limpeza e de proteção cutânea, como eficaz na prevenção da DAI e na redução da sua gravidade. Entre as intervenções destacam-se: a utilização de panos humedecidos com creme de barreira, a minimização das camadas protetoras do leito, o uso adequado de dispositivos de continência, a aplicação de ferramentas apropriadas de avaliação e de gestão da continência, bem como a educação contínua da equipa de saúde e das próprias utentes (Barakat-Johnson et al., 2024).

Quando a educação, o tempo disponível e os produtos utilizados são adequados, a prevenção e o tratamento da DAI tornam-se mais eficazes, contribuindo de forma significativa para a melhoria da QV das pessoas com IU (Ramadan, 2024).

Intervenção Psicológica

A perda de urina pode desencadear nas mulheres sentimentos de inferioridade, ansiedade, emoções negativas, depressão e solidão (Li & Wang, 2025). Estes fatores contribuem para o isolamento social, bem como para situações de discriminação e preconceito (Li & Wang, 2025). O estigma associado à IU afeta profundamente o bem-estar psicológico, conduzindo muitas vezes à adoção de estratégias de *coping* inadequadas, que comprometem a saúde mental. A preocupação constante com a possibilidade de perdas urinárias repercute-se na participação em atividades diárias e na qualidade das interações sociais (Li et al., 2024; Li & Wang, 2025).

Face a este contexto, torna-se fundamental investir na melhoria do conhecimento e na sensibilização tanto dos profissionais de saúde como das próprias mulheres. A desmistificação e desestigmatização da IU, a prestação de cuidados adequados, a promoção de mudanças no estilo de vida e o apoio psicossocial constituem medidas essenciais (Li & Wang, 2025; Mjelde, Litherland & Beisland, 2024). Entre os fatores de risco psicológicos para a IU, destaca-se o facto de viver sozinha, que favorece a solidão emocional. Assim, é crucial disponibilizar recursos e apoio social. O enfermeiro deve desenvolver estratégias específicas para combater a solidão, incentivando a procura de apoio emocional junto de familiares e amigos, bem como reforçar a capacidade de adaptação da mulher à sua condição (Li et al., 2024). Paralelamente, o EE-ESMO deve aprimorar a transmissão de informação, capacitando as mulheres e reduzindo a carga psicossocial associada à IU (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024).

A intervenção do EE-ESMO é valorizada pelas mulheres, particularmente quando o profissional é também do sexo feminino, o que favorece um ambiente de confiança para abordar um tema íntimo e constrangedor (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024). Esta intervenção, orientada para minimizar o impacto psicossocial da IU, deve incluir o esclarecimento sobre a condição, as suas consequências, os métodos de avaliação, as opções terapêuticas e as perspetivas de melhoria, promovendo esperança e motivação (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024). Segundo Xie & Luo (2024), a abordagem do EE-ESMO deve integrar: entrevistas motivacionais para identificar as necessidades psicológicas; assistência e aconselhamento psicológico; bem como educação para a saúde que aumente o compromisso com o tratamento, alivie emoções negativas, fortaleça o autocuidado e favoreça a recuperação. Com base no modelo IMB, a intervenção referida por Xie & Luo (2024) demonstrou melhorias na frequência de perdas urinárias, no estado psicológico e na qualidade de vida.

No que diz respeito ao isolamento social, Li & Wang (2025) identificaram três categorias, baixo, médio e elevado, influenciadas por fatores como o estatuto ocupacional, o estado civil, o local de residência, o Índice de Massa Corporal (IMC), a presença de doenças crónicas e o nível de apoio familiar. Por exemplo, uma mulher solteira, que vive sozinha, desempregada e com dificuldades relacionais apresenta maior probabilidade de isolamento elevado, ao contrário de uma mulher residente em

meio urbano, sem doenças crónicas e com um grande apoio familiar (Li & Wang, 2025). Neste estudo, as categorias de isolamento médio e elevado apresentaram uma prevalência três vezes superior à da categoria de baixo isolamento, associando-se a maior comprometimento psicológico (vergonha, solidão) e afastamento das relações sociais (Li & Wang, 2025).

Neste sentido, compete ao enfermeiro reforçar a monitorização, avaliação e análise do nível de isolamento social; identificar o estado psicológico e dificuldades de socialização; e promover estratégias de intervenção que incentivem a participação em atividades sociais, com o objetivo de reduzir o isolamento e favorecer a saúde física e mental (Li & Wang, 2025). O apoio familiar é um fator protetor importante, pelo que os profissionais devem fomentar a participação ativa da família nos cuidados, incentivar as interações familiares positivas e criar um ambiente acolhedor, facilitando a adaptação à condição (Li & Wang, 2025). As interações familiares estimulam a comunicação e a expressão emocional, e permitem avaliar de forma mais precisa o estado psicológico e o nível de positividade do doente.

A inserção laboral também representa um fator protetor, contribuindo para o sentimento de valorização pessoal e para a manutenção de interações sociais, reduzindo o distanciamento (Li & Wang, 2025). O local de residência influencia igualmente a predisposição para a alienação social: em contextos rurais, a escassez de recursos de saúde e económicos limita o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Além disso, crenças mais conservadoras podem acentuar a discriminação e o preconceito, reforçando o afastamento social (Li & Wang, 2025). O excesso de peso (IMC elevado) constitui outro fator de risco, pela associação à discriminação, à redução de círculos sociais e à baixa autoestima, frequentemente acompanhados de insatisfação com a autoimagem, de solidão e de afastamento social (Li & Wang, 2025).

A presença de disforia agrava ainda mais este cenário, dificultando o reconhecimento e a expressão de emoções e potenciando o bloqueio nas interações sociais (Li & Wang, 2025). Considerando que a IU pode intensificar quadros de disforia, torna-se essencial que o enfermeiro dedique atenção à dimensão emocional e cognitiva da mulher, promovendo atividades que reforcem o sentido de propósito, favoreçam o reconhecimento e a expressão emocional e apoiem o equilíbrio psicológico (Li & Wang, 2025).

Assim, a intervenção clínica deve iniciar-se pela identificação das características e dos fatores determinantes de cada categoria de isolamento, para posteriormente implementar estratégias direcionadas à redução do isolamento social e à promoção do bem-estar global (Li & Wang, 2025).

Abordagem no Exercício

A orientação precoce sobre a prática de exercício físico constitui uma intervenção fundamental para o fortalecimento do pavimento pélvico, contribuindo para a redução da incidência de IU e para a mitigação do seu impacto (Li & Wang, 2025).

No que respeita ao tipo de exercício, embora a evidência disponível seja considerada de baixa qualidade, o Treino Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) é o mais recomendado (Hay-Smith et al., 2024), consistindo na contração voluntária e repetida dos músculos do pavimento pélvico (Hay-Smith et al., 2024). Segundo os mesmos autores, a implementação de outras abordagens pode desviar a atenção dos profissionais de saúde e implicar custos acrescidos para as mulheres e para os serviços (Hay-Smith et al., 2024).

Quanto à execução, recomenda-se a realização de três sessões semanais, sendo desaconselhada a utilização de dispositivos auxiliares (Hay-Smith et al., 2024). O contacto presencial é igualmente preferencial, uma vez que permite confirmar a correta execução das contrações (Hay-Smith et al., 2024).

A intervenção do enfermeiro é determinante para capacitar a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (Bugge et al., 2024). Este profissional desempenha um papel central no apoio e na orientação, promovendo a autoeficácia e a adesão ao tratamento (Bugge et al., 2024). A partilha de experiências e testemunhos entre utentes revelou-se útil para reforçar a importância da continuidade do TMAP (Bugge et al., 2024). De acordo com Xie & Luo (2024), a educação para a saúde baseada no modelo IMB favorece a reabilitação da força pélvica e a melhoria dos níveis de incontinência. O acompanhamento semanal, associado a entrevistas motivacionais, contribui para o relaxamento, diminui a expectativa de dor e aumenta a adesão ao treino (Xie & Luo, 2024).

Durante a gravidez, a prática de pilates demonstrou reduzir a frequência, o volume e a gravidade da IU, além de encurtar a duração do TP (Buran & Erim Avci, 2024). Não foram observadas alterações no peso à nascença do RN nem na necessidade de episiotomia (Buran & Erim Avci, 2024). Este tipo de exercício promove a respiração diafragmática, fortalecendo o diafragma e auxiliando os músculos uterinos durante o TP (Buran & Erim Avci, 2024). No segundo estadio, o pilates reduziu o risco de lesões neuromusculares e, conseqüentemente, a incidência de IU no pós-parto (Buran & Erim Avci, 2024).

Assim, um programa pré-natal de exercícios de pilates de intensidade moderada pode reduzir o risco, a gravidade e os sintomas da IU, promover o controlo ponderal, favorecer o parto vaginal e encurtar o tempo de TP (Buran & Erim Avci, 2024). Neste sentido, recomenda-se ao EE-ESMO, a inclusão de exercícios de pilates, respiração e relaxamento nos PPPP (Buran & Erim Avci, 2024). Além do pilates e do TMAP (Parlas & Bilgic, 2024), o treino do músculo transverso abdominal constitui outra abordagem eficaz na redução da IU durante a gravidez (Wu et al., 2024). Este tipo de treino melhora a QV, reforça a autoeficácia e alivia significativamente os sintomas, sobretudo em grávidas com DG (Wu et al., 2024).

Por fim, para que os benefícios do exercício sejam alcançados, é essencial assegurar a monitorização da adesão ao treino e incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde (Li & Wang, 2025).

Recurso à *Mobile health* (Mhealth)

O recurso a aplicações móveis, à telessaúde e à teleenfermagem constitui uma estratégia potencialmente benéfica no apoio à educação para a saúde (Parlas & Bilgic, 2024). Segundo Hay-Smith et al. (2024), embora a evidência disponível seja limitada, a utilização de novas tecnologias é preferível à transmissão de informação escrita. No entanto, no que respeita à supervisão, a eficácia do acompanhamento virtual permanece incerto quando comparada com o presencial (Hay-Smith et al., 2024).

Estes benefícios são corroborados por Mao et al. (2024), que defendem que o modelo de educação baseado na utilização de aplicações móveis melhora a qualidade da formação, a participação ativa e a compreensão acerca da reabilitação pélvica em mulheres idosas, aumentando a sua confiança e o seu interesse na aprendizagem. Tal

eficácia decorre do facto da informação ser apelativa, acessível e estar permanentemente disponível para ser consultada repetidamente (Mao et al., 2024). Entre as vantagens adicionais incluem-se a disponibilização de lembretes para a prática, a redução da carga letiva e a promoção da adesão através do incentivo ao exercício e da monitorização do desempenho. Este acompanhamento é realizado por meio de curvas de *performance* e de pontuações registadas num diário de treino, possibilitando ainda a prestação de *feedback* que contribui para a melhoria da qualidade na execução dos exercícios (Mao et al., 2024). Assim, a utilização de aplicações móveis potencia o conhecimento e a consciência das mulheres com IU, favorece a adesão e melhora a eficácia clínica dos programas de treino de reabilitação do pavimento pélvico (Mao et al., 2024). O modelo de educação para a saúde baseado em aplicações móveis pode, desta forma, otimizar a compreensão e o envolvimento das utentes, em especial das mulheres idosas, nos programas de reabilitação (Mao et al., 2024).

O impacto positivo dos recursos tecnológicos na educação contínua é igualmente sublinhado por Xie & Luo (2024), que referem que o uso de chamadas telefónicas e sistemas de *chat* contribuiu para o esclarecimento de dúvidas, a correção da execução dos exercícios e a melhoria dos planos de intervenção, potenciando, assim, os resultados obtidos.

3.1.4. Conclusão

O impacto da IU na QV da mulher é profundo, comportando repercussões físicas, psicológicas, sociais e económicas. O enfermeiro, sobretudo o EE-ESMO, desempenha um papel central no diagnóstico precoce e na intervenção, através de cuidados personalizados, da educação para a saúde e da aplicação de modelos como o de Nola Pender e o IMB. Estes são promotores da motivação, do autocuidado e da adoção de comportamentos saudáveis. A abordagem deve ser centrada na mulher e considerar os fatores individuais, sociais e ambientais.

Os cuidados à mulher com IU exigem estratégias combinadas que incluam a reabilitação do pavimento pélvico, através de programas de exercício como o TMAP e o pilates; cuidados específicos de higiene para prevenir complicações cutâneas como a DAI; e intervenções direcionadas ao bem-estar psicológico e à redução do isolamento social. A atuação do enfermeiro deve ser pautada por um acompanhamento próximo,

uma escuta ativa e um apoio emocional continuado, favorecendo a adesão ao tratamento e a melhoria da autoestima. O recurso às tecnologias é preponderante, pois estas revelam-se ferramentas eficazes, permitem uma educação contínua, incentivam a execução do treino e monitorizam o desempenho, sendo este aspeto ainda mais flagrante nas mulheres idosas.

A combinação entre PBE's, apoio presencial e recursos digitais contribui para um cuidado mais eficaz e humanizado, promovendo a autonomia, a QV e a reintegração social das mulheres com IU.

Apesar da relevância do papel do enfermeiro, existem ainda poucos estudos que detalham de forma sistemática as intervenções mais eficazes e os protocolos de cuidado ideais. Assim, são necessários mais estudos que aprofundem estes aspetos, contribuindo para a melhoria contínua do cuidado e para a otimização da QV destas utentes.

3.2. DESENHO DO ESTUDO

3.2.1. Natureza do Estudo, Objetivos e Hipóteses

O paradigma quantitativo baseia-se no fenómeno de investigação pretendido, percebendo a sua relação de causa e efeito (IU na QV), através de testes e questionários válidos e fiáveis. Estes estudos são objetivos, estáveis e pretendem quantificar fenómenos sociais e obter resultados comparáveis e replicáveis (Afubwa & Kauka, 2023).

Pelo exposto, o presente estudo é transversal, de natureza quantitativa, e pretende dar resposta à questão de pesquisa: qual a prevalência da IU e qual o seu impacto na qualidade de vida das mulheres? Desta forma, os principais objetivos são determinar a prevalência da IU nas mulheres, assim como o impacto desta condição na QV destas. Para além disso, apresenta como objetivos específicos caracterizar a população e avaliar a possível relação entre a IU e as características sociodemográficas. A decisão destes objetivos deveu-se ao facto da IU ser uma disfunção pélvica que afeta grande parte da população feminina em algum momento do seu ciclo vital (Candoso, 2024) e que interfere na QV da mulher a nível físico, psicológico e social (Patel et al., 2022; Candoso, 2024).

A IU é prevalente nas mulheres de meia-idade (Wang et al., 2025), sobretudo naquelas que se encontram na menopausa (Alizadeh et al., 2023). Além disso, segundo Pizzoferrato et al. (2023), o risco de IU, após um parto por via vaginal, é maior em comparação com um parto por cesariana. Em concordância está o estudo de Liu et al. (2023) que demonstrou que o parto vaginal é um fator de risco para a IU, nomeadamente a IUE. Já Pilarska et al. (2025) demonstraram que existe uma relação entre a IU, as características sociodemográficas e psicológicas e a QV das mulheres, sendo que Güler Sönmez et al. (2024) acrescentaram que a IU impacta negativamente a QV. Assim, as possíveis hipóteses em estudo são:

- A IU é mais prevalente em mulheres com idade superior ou igual a 50 anos.
- A IU é mais prevalente em mulheres que apresentaram um parto por via vaginal comparativamente a mulheres que tiveram um parto distócico por cesariana.
- A IU tem impacto na QV da mulher.

3.2.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão resultaram da intenção de apresentar uma amostra representativa da população-alvo assim como a correta compreensão das informações, por parte das participantes, que é preponderante na garantia de uma colheita de dados válida. Assim, os critérios de inclusão definidos são: ser mulher, com idade compreendida entre os 18 anos e os 70 anos, que saiba ler e escrever português, a fim de poder responder aos questionários de forma autónoma. O intervalo de idades definido visou abranger as faixas com maior risco para IU, desde a fase adulta à pós-menopausa, na qual tende a aumentar a prevalência (Abrams et al., 2017).

O critério de exclusão é ser puérpera pois neste período ocorrem alterações fisiológicas transitórias do pavimento pélvico que não refletem a condição habitual (Doumouchsis et al., 2023), o que pode enviesar os resultados (Abrams et al., 2017; Milsom & Gyhagen, 2018).

Ao encontro deste aspeto estão Vogel et al. (2024), que referem que as complicações provenientes do parto aparecem, na sua maioria, após seis semanas, o que reforça a exclusão deste período do estudo.

3.2.3. População

Foram selecionadas 112 mulheres por amostragem não probabilística por conveniência intencional, ou seja, não foi oferecida às participantes a mesma probabilidade de inclusão no estudo, sendo esta baseada em critérios definidos pelo investigador (Esteves et al., 2024). Assim, foram incluídas as mulheres que cumpriam os critérios de inclusão e com as quais a mestrandia teve contacto durante a sua prática clínica no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia no HA, quer fossem utentes ou profissionais. Destas, apenas 106 consentiram participar no estudo, tendo sido incluídas na amostra final.

O tamanho da amostra seguiu o padrão de estudos anteriores, considerando que este deve corresponder a cinco vezes o número de itens do questionário utilizado (Guerra et al., 2023). Neste caso, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF) apresenta seis itens, pelo que a amostra deveria ser de, pelo menos, 30 participantes.

3.2.4. Recrutamento e Procedimentos de Colheita

Inicialmente, as mulheres que cumpriam os critérios de inclusão foram convidadas informalmente a participar. No momento da abordagem, foram, brevemente, explicados os objetivos do estudo, as suas vantagens e desvantagens, os procedimentos e esclarecidas quaisquer dúvidas.

O período de recolha decorreu de 27 de maio de 2025 a 26 de junho de 2025, e consistiu em duas fases. Na primeira, foram entregues a carta explicativa (Apêndice XIV), que relembra os objetivos, os benefícios e os riscos do estudo, e dois exemplares do consentimento informado (Apêndice XV), um destinado à participante e outro ao investigador principal. A segunda fase iniciou-se após consentimento informado, livre e esclarecido, consistindo no preenchimento dos dois questionários: o sociodemográfico (Apêndice XVI) e o ICIQ-UI SF (Anexo VII).

3.2.5. Outcomes e instrumentos de avaliação

Quanto aos instrumentos de colheita de dados foram utilizados dois questionários. O primeiro foi um questionário sociodemográfico (Apêndice XVI), construído pela mestranda, que teve por objetivo a caracterização sociodemográfica da amostra. Para isso, a fim de perceber os aspetos relevantes a ter em conta no questionário, a mestranda considerou os fatores de risco enunciados em diferentes artigos incluídos na ScR. Os fatores de risco destacados foram a idade; o *stress* e a ansiedade; os hábitos de higiene; os hábitos miccionais incorretos como o posicionamento, a postura e o esforço; uma má qualidade de sono; antecedentes obstétricos como ter tido um parto vaginal, uma gravidez múltipla, um parto instrumentado; histórico ginecológico como cirurgias pélvicas e ginecológicas, encontrar-se na menopausa; e apresentar comorbilidades das quais são exemplos Diabetes *Mellitus*, HTA e Obesidade (Mahvashi et al., 2024; Li et al., 2024; Mao et al., 2024.; Buran & Erim Avci, 2024; Ramadan, 2025; Porto et al., 2025; Candoso, 2024). Assim, o questionário, além de caracterizar a população em estudo, aborda ao longo das 41 perguntas, a presença dos fatores de risco acima mencionados.

Ao ser um questionário construído pela mestranda, foi necessário avaliar a fiabilidade deste, ou seja, perceber a consistência dos resultados, recorrendo ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). O resultado revelou um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,314, sugerindo uma consistência interna muito pobre. Este aspeto pode ser explicado pela heterogeneidade dos itens questionados, que este coeficiente tende a subestimar na avaliação da fiabilidade (Zitzmann et al., 2024).

De seguida foi aplicada a versão portuguesa do ICIQ-UI SF (Anexo VII). Apesar de no presente estudo a amostra considerar unicamente mulheres, este questionário, composto por seis perguntas, é destinado a adultos e é de autopreenchimento (Guerra et al., 2023).

A eleição deste questionário deveu-se ao facto de ser considerado pela ICS como o mais adequado para identificar e caracterizar a IU, além de ser fácil e rápido de aplicar (Guerra et al., 2023). Considerando os principais objetivos do questionário, avaliar a presença, a frequência e a gravidade da perda de urina assim como o seu impacto na QV, denota-se que estes vão perfeitamente ao encontro do pretendido pelo

presente estudo. Estes aspetos são obtidos através da soma das questões três, quatro e cinco, que pode ir de zero a 21 pontos, ou seja, de “sem perda” a maior gravidade de sintomas e maior impacto na qualidade de vida (Guerra et al., 2023; Nipa et al., 2023). Este resultado pode ser distinguido em quatro categorias de gravidade da IU: leve (de um a cinco pontos); moderada (de seis a 12 pontos); grave (de 13 a 18 pontos) e muito grave (de 19 a 21 pontos) (Nyström et al., 2024). Especificamente, a pontuação da questão três, relativa à frequência de perda de urina, pode ir de zero a cinco (“nunca” a “todo o tempo”); o *score* da questão quatro, cuja resposta pode ser obtida através da escolha de uma das quatro hipóteses, pode ir de zero a seis pontos (“nenhuma” a “grande quantidade”), onde cada item vale dois pontos; e a questão cinco pode ir de zero a dez, onde o valor aumenta conforme o impacto atribuído (Karmakar, Mostafa & Abdel-Fattah, 2017).

A solicitação de utilização deste questionário, validado para a população portuguesa, foi requerida aos autores, Guerra et al. (2023), via endereço eletrónico, que concederam a autorização, conforme se verifica no Anexo VIII.

As variáveis do estudo são diversas, sendo distribuídas da seguinte forma: a variável dependente é o comprometimento da QV, correspondente ao resultado total no ICIQ-UI SF; e as variáveis independentes são a presença de IU, que é a principal, e as diferentes características sociodemográficas.

Tendo por vista a facilitação do tratamento, da análise e da comparação de dados, a maioria das perguntas de ambos os questionários são fechadas e/ou de escolha múltipla (Hansen & Świdarska, 2024).

3.2.6. Análise de dados

A análise estatística foi realizada através do *software* International Business Machines (IBM) SPSS *Statistics* versão 26.0 (IBM Corporation, 2019). Num primeiro momento, caracterizou-se a amostra em estudo através de análise descritiva e de frequências. Para as variáveis contínuas, calcularam-se medidas de tendência central e dispersão, nomeadamente a média e o desvio-padrão. Já as variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas, permitindo identificar

a prevalência dos diferentes fatores de exposição. Esta fase preliminar garantiu uma representação clara da amostra e sustentou a seleção dos métodos estatísticos.

Através da análise de frequências foram identificadas, dentro da amostra total, as mulheres que apresentavam IU. Após esta identificação, foi aplicada a seguinte fórmula de prevalência:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{número de casos}}{\text{amostra total}} \times 100$$

A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através pelo teste de Shapiro-Wilk e da observação de histogramas e gráficos Q-Q, que permitiram identificar distribuições assimétricas ou a presença de valores extremos, justificando assim a eleição de métodos não paramétricos (Marôco, 2021).

A análise das associações entre variáveis contínuas foi realizada utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Optou-se por este método não paramétrico, pela sua capacidade em avaliar associações entre as variáveis independentemente da relação ou distribuição de dados (Schober, Boer & Schwarte, 2018).

Quanto à análise das associações entre variáveis categóricas foi aplicado o Teste Chi-quadrado de independência, por este ser o método adequado para determinar se as frequências observadas diferem das esperadas na ausência de associação. Adicionalmente, calcularam-se *Odds ratio* (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95%, com o objetivo de quantificar a intensidade e a direção das associações identificadas. A inclusão destes permitiu complementar a significância estatística com uma medida de relevância epidemiológica, facilitando a interpretação da probabilidade relativa da presença de IU (Marôco, 2021).

Todas as análises foram realizadas adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), garantindo rigor científico e consistência na interpretação dos resultados.

3.3. RESULTADOS

Foram abordadas 112 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, das quais apenas 106 mulheres consentiram em participar no estudo. Por este motivo, os seus dados não foram tidos em conta, sendo respeitadas a sua confidencialidade e proteção de dados.

3.3.1. Análise Descritiva

Relativamente à amostra, esta foi constituída por mulheres com idade média de 46 anos, com peso médio de 66,86 Kg e altura média de 1,63m. Através destas variáveis foi calculado o IMC, sendo que através da análise, 50,9% apresentavam peso considerado normal, 34,9% sobrepeso e 12,3% obesidade (Apêndice XVII).

A amostra apresenta um nível de escolaridade elevado, onde 54,7% são licenciadas e 19,8% detentoras do grau de mestre (Apêndice XVII). A grande maioria encontra-se ativa (94,3%), refletindo assim uma população funcionalmente independente.

No que concerne à prática de atividade física, 34,9% das participantes não realizam qualquer exercício, com as restantes a praticarem pelo menos uma vez por semana. Quanto à qualidade do sono, a grande maioria (83%) dorme entre cinco a sete horas por noite, e refere que acorda às vezes ou frequentemente cansada.

Quanto aos hábitos de consumo, a maioria da população nunca fumou (50,9%), 24,5% são ex-fumadoras e 16% são fumadoras regulares. Quanto ao consumo de álcool, este é predominantemente ocasional (63,2%), sendo o regular pouco frequente (2,8%). Já no que se refere à hidratação e à ingestão de cafeína, 64,2% ingere diariamente entre um a dois litros de água; e 56,6% consomem dois a três cafés diários, respetivamente.

No âmbito ginecológico e obstétrico, 79,2% das mulheres já estiveram grávidas, 72% uma ou duas vezes, tendo a gravidez ocorrido mais frequentemente entre os 19 e 34 anos (69,8%). Relativamente à experiência de parto, deve ser considerado que uma mulher pode ter tido vários partos. Desta forma, os valores apresentados são não cumulativos, na medida em que uma mulher pode ser múltipara e ter apresentado

mais do que um tipo de parto. Posto isto, 55% das mulheres relatam partos vaginais eutócicos, 29,1% cesarianas, 23% partos instrumentados com ventosa e 9,2% instrumentos com fórceps. A maioria dos neonatos (67,9%), aquando do nascimento, pesava entre 2500 e 3999 g. Quanto aos antecedentes cirúrgicos e ginecológicos, 15,1% referem ter sido submetidas a cirurgia ginecológica ou urinária, 13,2% realizam terapia hormonal e 31,1% encontram-se na menopausa.

Em relação aos hábitos e fatores urinários, 63,2% das mulheres urina, durante o dia, em intervalos de três a quatro horas, com 22,6% a referir um número de micções superior a seis vezes por dia. A nictúria afeta 41,5% das participantes, acontecendo geralmente um episódio por noite (83,7%). Embora a urgência de micção tenha sido reportada por 27,4% das mulheres, a urina é predominantemente clara (91,5%), o volume moderado (88,7%) e sem odor (92,5%). Apesar disto, 37,7% da amostra refere apresentar infeções urinárias recorrentes, 2,8% toma medicação que influencia os hábitos urinários e 7,5% apresenta alguma condição que afeta o sistema urinário. Quanto à frequência de perda de urina, 42,5% das mulheres reporta pelo menos um episódio de perda de urina por semana. A perda de urina reportada é de pequena quantidade em 42,5% dos casos, com apenas 0,9% dos casos a apresentar perdas em grande quantidade.

Quanto à presença de IU, através do ICIQ-UI SF identificou-se que 51,9% da amostra não apresenta IU, 22,6% sofre de IU leve, 24,5% de IU moderada e 0,9% de IU grave. Não foram reportados quaisquer casos de IU muito grave. Assim, considerando que, nesta amostra, 51 mulheres apresentam qualquer severidade de IU, e recorrendo à fórmula anteriormente referida, a prevalência de IU é de 48.1%.

Quanto à pergunta seis, esta distingue o tipo de IU, através da análise das situações em que ocorre a perda de urina. Assim, na amostra em estudo, nota-se que nenhuma mulher “perde o tempo todo” nem “sem razão óbvia”. O momento referido como o mais propenso a ocorrer perda de urina é o “ato de tossir ou espirrar (36,8%), seguido de “antes de chegar à casa de banho” (12,3%) e quando praticam exercício (11,3%).

Todos estes valores referidos encontram-se apresentados no Apêndice XVII.

3.3.2. Análise dos resultados da presença de IU em função da idade, do peso, da altura e do IMC

Nesta amostra, a associação entre a presença de IU e variáveis como a idade e a altura, não são estatisticamente significativas, tal como é revelado pelos seguintes valores de correlação $\rho = 0,04$; $p = 0,66$ e $\rho = 0,11$; $p = 0,26$, respetivamente. Este achado sugere que nesta amostra, nem a idade nem a altura constituem um fator de risco para presença da IU. Contrariamente, o peso e o IMC apresentam correlações significativas e positivas com a presença de IU ($\rho = 0,26$; $p = 0,008$ e $\rho = 0,20$; $p = 0,036$, respetivamente). Além disso, a força destas é fraca, o que indica que as participantes com maior peso e maior IMC tendem a apresentar níveis mais elevados de IU.

Todos os resultados encontram-se apresentados na tabela (Apêndice XVIII).

3.3.3. Análise dos resultados da presença de IU em função dos sintomas urinários

Em relação aos sintomas urinários, a urgência miccional é a única variável que apresenta associação estatisticamente significativa com a presença de IU ($\chi^2 = 9,44$ ($p = 0,002$), com OR = 4,11 (IC95%: 1,62–10,47). Tendo em conta o valor de OR, mulheres que apresentam urgência urinária têm um risco quatro vezes superior de sofrer de IU.

Contrariamente, outras características da urina como a cor ($\chi^2 = 0,05$; $p = 0,82$; OR = 0,85; IC95%: 0,22–3,36), o cheiro ($\chi^2 = 2,51$; $p = 0,11$; OR = 3,53; IC95%: 0,68–18,38) e o volume miccional, nomeadamente pequeno ($\chi^2 = 0,006$; $p = 0,94$; OR = 1,08; IC95%: 0,15–7,98), moderado ($\chi^2 = 0,57$; $p = 0,45$; OR = 0,63; IC95%: 0,19–2,12) ou grande ($\chi^2 = 0,717$; $p = 0,397$; OR = 1,88; IC95%: 0,43–8,32), não apresentam associações estatisticamente significativas. O mesmo ocorre em variáveis como episódios de nictúria ($\chi^2 = 0,11$; $p = 0,74$; OR = 1,14; IC95%: 0,53–2,47) e infeções urinárias recorrentes ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,92$; OR = 0,96; IC95%: 0,44–2,11).

3.3.4. Análise dos resultados da presença de IU em função dos antecedentes obstétricos e ginecológicos

No que concerne aos antecedentes obstétricos, não há associações estatisticamente significativas entre a presença de IU e a tipologia de parto,

nomeadamente eutócicos ($\chi^2 = 0,42$; $p = 0,36$; OR = 1,43; IC95%: 0,66–3,15); não havendo significância independentemente do número de partos eutócicos. Um padrão semelhante é observado nos partos distócicos por ventosa ($\chi^2 = 0,24$; $p = 0,61$; OR = 0,82; IC95%: 0,37–1,80), nos partos distócicos por fórceps ($\chi^2 = 0,20$; $p = 0,66$; OR = 1,22; IC95%: 0,51–2,93) e nos partos distócicos por cesariana ($\chi^2 = 0,45$; $p = 0,50$; OR = 1,30; IC95%: 0,60–2,84). À semelhança dos partos eutócicos, não se verifica associações estatisticamente significativas com o aumento do número de partos distócicos.

É de salientar também que a idade no parto não revela estar associada significativamente com a IU. De facto, idades inferiores a 19 anos apresentam valores de chi-quadrado de 1,86 ($p = 0,17$) com OR de 1,05 (IC95%: 0,98 – 1,12); o intervalo entre 19–34 anos apresenta valores de chi-quadrado de 2,22 ($p = 0,14$), com OR = 0,36 (IC95%: 0,09–1,45); idades entre 35–40 anos, o valor de qui-quadrado é de 0,03 ($p = 0,85$), com OR = 0,91 (IC95%: 0,335–2,485) e as idades superiores a 40 anos, um valor de chi-quadrado de 3,82 ($p = 0,05$) com OR=1,1 (IC95%: 1,00– 1,21).

Quanto ao peso dos filhos à nascença, apenas o intervalo inferior a 2.500g apresenta um aumento do risco de IU ($\chi^2 = 2,12$; OR = 2,76; IC95%: 0,67–11,30). No entanto, estes valores não são significativos ($p = 0,146$). Os restantes intervalos não apresentam valores de associação estatisticamente significativos ($p > 0,05$), conforme descrito no Apêndice XIX.

Da mesma forma, a presença de condições de saúde que afetam o sistema urinário também não está relacionada com maior probabilidade de IU ($\chi^2 = 0,39$; $p = 0,53$; OR = 0,63; IC95%: 0,14–2,76), tal como o uso de terapia hormonal ($\chi^2 = 1,69$; $p = 0,19$; OR = 2,14; IC95%: 0,67–6,89). O mesmo é verificado na presença de histórico cirúrgico do foro ginecológico e urinário, onde os valores não são estatisticamente significativos em associação à IU. Estes encontram-se representados na tabela (Apêndice XIX).

3.3.5. Análise dos resultados da presença de IU em função do estilo de vida

No que se refere aos hábitos de consumo, tanto o consumo de café, de álcool, de tabaco assim como a ingestão hídrica diária, não apresentam associações significativas com a presença de IU, independentemente da categoria. Os valores correspondentes estão expostos na tabela. Por outro lado, no que se refere ao consumo de bebidas diuréticas, este apresenta uma associação estatisticamente significativa com a IU ($\chi^2 = 6,15$; $p = 0,01$), repercutindo num risco três vezes superior destas mulheres comparativamente a não consumidoras destas bebidas (OR = 3,21; IC95%: 1,25–8,24).

Quanto à prática de exercício, esta apresenta uma associação estatisticamente significativa nas categorias “não pratica exercício físico” ($\chi^2 = 5,6$; $p = 0,02$; OR = 0,37; IC95%: 0,16–0,85) e na “pratica uma vez por semana” ($\chi^2 = 7,19$; $p = 0,007$; OR = 3,49; IC95%: 1,36–8,93). Segundo os valores de OR, quem não pratica exercício físico apresenta menor probabilidade de apresentar IU enquanto quem pratica uma vez por semana, tem um risco três vezes superior de sofrer de IU. As restantes categorias não apresentam associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo é identificar o valor da prevalência de IU e perceber que fatores influenciam a sua presença em mulheres adultas. Desta forma, a prevalência de IU identificada neste estudo é de 48,1%, situando-se dentro dos valores habitualmente reportados na literatura, que variam amplamente entre 25% e 50% (Sologuren-García et al., 2024). Este valor encontra-se perto daqueles apresentados por Porto et al. (2025) e da SPG (2021) que reportaram uma prevalência de 50.1% e 50%, respetivamente, na população portuguesa. Assim, este valor vai igualmente ao encontro da IU ser considerada uma condição comum nas mulheres adultas, apesar de desvalorizada. Além disso, e apesar de não ter sido quantificado o tipo de IU na presente amostra, denota-se que grande parte das perdas de urina ocorrem ao tossir ou espirrar, sugerindo assim uma maior incidência de IUE, indo ao encontro do descrito na literatura, que reporta que esta é o tipo de IU mais comum (Milsom & Gyhagen, 2018).

Apesar da elevada prevalência, existe alguma discrepância em relação aos fatores frequentemente apresentados como potenciadores da presença de IU. Entre estes destaca-se a idade, que segundo a literatura, está diretamente relacionada com o aumento da prevalência de IU (Ye et al., 2025). Porém, neste estudo, este fator sociodemográfico não apresenta associação estatisticamente significativa com a presença de IU, não correspondendo ao exposto na literatura, que demonstra um aumento consistente do risco de IU com o envelhecimento (Ye et al., 2025). Uma explicação para esta ocorrência pode ser o facto da população estudada ser constituída por uma população jovem (idade média de 46 anos) e de haver uma provável fraca representação de mulheres em faixas etárias mais velhas.

Relativamente ao IMC, 47,2% das mulheres apresentam sobrepeso ou obesidade, um fator descrito na literatura como potenciador da IU, devido ao aumento da pressão intra-abdominal sobre estruturas anatómicas do pavimento pélvico, consequência do aumento da massa corporal (Li & Wang, 2025). Nesta amostra, verifica-se a mesma tendência, com o peso e o IMC a demonstrarem associações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) com a presença de IU, apesar desta ser fraca em ambos os casos ($0.20 < \rho < 0.40$).

A deteção precoce de sintomas ligeiros é determinante para prevenir o agravamento da IU e otimizar a QV (Li et al., 2024; Parlas & Bilgic, 2024). Para tal, recomenda-se o rastreio sistemático dos sintomas, a promoção de hábitos de vida saudáveis, como a cessação tabágica, a prática de exercícios de fortalecimento pélvico e uma ingestão hídrica adequada, e o aproveitamento de cada contacto com os serviços de saúde como uma oportunidade para a educação e o esclarecimento (Li et al., 2024; Mjelde, Litherland & Beisland, 2024).

Relativamente aos fatores relacionados com os estilos de vida, algumas variáveis revelam um impacto distinto. O consumo de bebidas diuréticas frequentes mostra uma associação significativa e substancial à presença IU, com OR superior a três, sugerindo que este hábito aumenta significativamente a probabilidade de perdas urinárias. Este achado é coerente com o conhecimento científico que aponta para o papel estimulante de algumas bebidas na produção urinária e na irritação vesical (Sun, Liu & Jiao, 2016; Tang et al., 2024). Curiosamente, e contrariamente ao descrito na literatura, tanto o consumo de café, de forma isolada, como a quantidade de água

consumida não mostram associação estatisticamente significativa com a IU independentemente da periodicidade e da quantidade de consumo (Sun, Liu & Jiao, 2016; Tang et al., 2024). No que respeita à prática de exercício físico, observa-se que não praticar exercício físico se associa a menor probabilidade de IU (OR <1), enquanto praticar uma vez por semana mostra uma associação forte com maior probabilidade de IU, porém esta associação não se mantém com o aumento da frequência semanal. Embora estes resultados possam sugerir um padrão paradoxal, é importante interpretá-los com cautela. A literatura indica que certos tipos de exercício, especialmente os de alto impacto, podem aumentar a pressão intra-abdominal e predispor à IUE (Culleton-Quinn et al., 2024). No entanto, o treino regular e adequadamente orientado tende a ser protetor (Buran & Erim Avci, 2024; Wu et al., 2024). Desta forma, e atendendo que as participantes não foram questionadas sobre a intensidade ou tipo de atividade física realizada, o padrão observado na amostra poderá refletir esta variação relativamente a estes aspetos (Buran & Erim Avci, 2024; Wu et al., 2024). Além disso, mulheres com IU tendem, por vezes, a evitar o exercício físico, o que pode enviesar os resultados (Buran & Erim Avci, 2024; Wu et al., 2024), podendo isto explicar por que, na amostra em estudo, o não praticar atividade física seja um fator protetor. Outras variáveis comportamentais, como o consumo de álcool, não evidenciam associação significativa com a IU, contrariamente ao esperado (Mjelde, Litherland & Beisland, 2024).

Em relação às características urinárias, a urgência de micção apresenta a associação mais forte entre todas as variáveis analisadas, com um OR superior a quatro e $p < 0,01$. Estes resultados são esperados, pois esta característica constitui um sintoma chave da hiperatividade vesical, condição frequentemente associada à IUU (Bergo et al., 2024). Por outro lado, outros fatores descritos na literatura como potenciadores de IU, nomeadamente a nictúria (Li et al., 2024) e as infeções urinárias recorrentes (Ke, Lee & Kuo, 2020), não apresentam associações significativas, sugerindo que, na presente amostra, estes fatores não desempenham um papel determinante na presença de IU.

Relativamente às variáveis obstétricas, os resultados deste estudo revelam uma ausência de associações estatisticamente significativas entre a IU e o número de gestações, o número de partos ou o tipo de parto (eutócico, distócico por ventosa, fórceps ou cesariana). Esta ausência de significância contrasta com a evidência

internacional que aponta a multiparidade e o parto eutócico como fatores de risco importantes para esta disfunção pélvica (Blomquist et al., 2018; Alghamdi et al., 2021; Wuytack et al., 2022). Estudos recentes mostram, por exemplo, que a grande multiparidade está associada a maior risco de IUE e IUU, e que partos eutócicos, particularmente quando comparados com cesarianas, aumentam substancialmente as probabilidades de IU (Blomquist et al., 2018; Wuytack et al., 2022; Stephenson et al., 2025). De igual modo, o parto instrumentado tende a associar-se a maior incidência de traumas perineais, reforçando a relevância do tipo de parto como fator modificador do risco (Blomquist et al., 2018; Alghamdi et al., 2021; Stephenson et al., 2025).

Contudo, importa reconhecer que a relação entre a paridade, o tipo de parto e a IU é complexa e pode ser modulada por fatores, como o peso à nascença do RN, a duração da segunda fase do TP, a integridade das estruturas musculares do pavimento pélvico, bem como fatores individuais como os extremos da idade materna ou antecedentes obstétricos específicos (Blomquist et al., 2018; Alghamdi et al., 2021; Stephenson et al., 2025). No presente estudo, variáveis habitualmente associadas a maior risco, como o peso do RN, também não demonstram significância estatística, o que pode refletir limitações inerentes ao tamanho amostral, assimetrias na distribuição das categorias obstétricas ou mesmo características particulares da população estudada. Estas discrepâncias sugerem que, neste contexto específico, a IU poderá não ser predominantemente determinada por fatores obstétricos, ao contrário do que é observado em grandes coortes internacionais (Blomquist et al., 2018; Alghamdi et al., 2021; Stephenson et al., 2025). Da mesma forma, a idade materna no momento do parto não se associa significativamente à IU, apesar de como referido anteriormente, a literatura evidenciar que idades maternas extremas, particularmente idades muito jovens no primeiro parto ou acima dos 35 anos no último, tendem a aumentar o risco de sintomas urinários (Alghamdi et al., 2021; Stephenson et al., 2025). A ausência de associações observada reforça a necessidade de interpretar os resultados dentro das especificidades da amostra, onde o perfil etário e obstétrico pode não refletir as características das populações estudadas em grandes estudos epidemiológicos.

No que diz respeito às condições médicas, e contrariamente ao descrito na literatura, não são observadas associações significativas entre a IU e a presença de comorbidades, nomeadamente aquelas que influenciam o sistema urinário (Scime et

al., 2022). Embora tais fatores sejam reconhecidos como potenciadores de sintomas urinários noutros contextos, a sua falta de significância, nesta amostra, sugere que, para esta população, a IU poderá estar mais relacionada com fatores comportamentais, antropométricos e com a presença de sintomas urinários primários, do que com condições médicas.

Entre os limites identificados destacam-se o tipo de amostragem, que condiciona a representatividade da amostra e aumenta o risco de viés; e a inclusão apenas de mulheres que escrevem e falam português, impedindo assim a análise da influência multicultural da IU.

Em síntese, os resultados obtidos demonstram que, nesta população, os fatores mais fortemente associados à IU são o peso, o IMC, a presença de urgência urinária e o consumo frequente de bebidas diuréticas. Em contraste, fatores tradicionalmente reconhecidos como relevantes (a idade, o número de partos ou o tipo de parto), não apresentam associações significativas. Estes achados sugerem que, nesta amostra, a IU pode estar mais associada a fatores modificáveis e comportamentais do que a fatores obstétricos ou demográficos. Esta conclusão tem implicações práticas importantes, pois sublinha a necessidade de estratégias de intervenção focadas na gestão do peso, na modificação de comportamentos relacionados com consumo de bebidas que influenciam o débito urinário e no controlo de sintomas urinários, como a urgência. Do ponto de vista clínico, estes resultados destacam a importância de abordagens personalizadas e multidimensionais na prevenção e tratamento da IU, considerando que diferentes mulheres podem apresentar diferentes combinações de fatores de risco.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação envolvendo seres humanos, apesar de essencial para o progresso da saúde e da qualidade de vida, requer reflexão sobre questões éticas (Ferreira, 2022).

Nunes (2020) relembra os princípios éticos, enunciados pelas Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem do ICN, que são: a beneficência, a não maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade, considerando que estes devem estar em concordância com os direitos dos participantes. Fortin, Cotê

& Fillion (2009) consideram que existem cinco direitos fundamentais das pessoas: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; e o direito a um tratamento justo e equitativo. Além do exposto, o presente estudo teve ainda em consideração a Declaração de Helsínquia, atualizada em 2024 (Associação Médica Mundial, 2024), e o Relatório de Belmont (*The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, 1979).

Assim, foram consideradas todas as mulheres no referido Serviço que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos e que expressaram o seu interesse em participar através da assinatura do consentimento informado. A fim de garantir o mesmo, no momento da abordagem, era sempre questionado o interesse na participação no estudo, explicados os seus objetivos, esclarecidas quaisquer dúvidas e entregue uma carta explicativa (Apêndice XIV), assim como o documento destinado à obtenção do consentimento livre e esclarecido (Apêndice XV).

Para a concretização deste estudo, foram solicitados o parecer e a autorização à Comissão de Ética da ULSA, processo no qual foram requisitos prévios tanto a aprovação do Conselho de Administração como do serviço em questão. Após a obtenção do parecer positivo a 21 de fevereiro de 2025 (Anexo IX), foi iniciada a recolha de dados. Esta decorreu presencialmente, entre maio e junho de 2025, tendo sido sempre dada a hipótese, a cada participante, de desistir a qualquer momento, sem que houvesse quaisquer repercussões ou uso desses dados. Durante este processo, o anonimato foi assegurado através da codificação dos participantes.

Os dados recolhidos foram armazenados num local seguro, a cargo do investigador principal, sendo este o único com acesso aos mesmos, garantindo assim a sua confidencialidade (Assembleia da República, 2019b).

Após o tratamento e a análise dos dados, os resultados dos estudos são apresentados no presente Relatório de Estágio, de forma conjunta e nunca individualmente. Após a aprovação do Relatório, todos os dados e documentos correspondentes serão eliminados (Assembleia da República, 2019b). Na carta explicativa disponibilizada, delimita-se o prazo de conservação de dados ao momento de aprovação/ apresentação do Relatório de Estágio, conforme recomendado no

Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) (Santos, 2022). Além disso, foi assinado um documento referente ao sigilo e à proteção de dados, um dos requisitos pela comissão de ética acima referida, no qual a mestranda declara a sua responsabilidade em assegurar esses princípios e a finalidade da utilização dos mesmos (Anexo X).

CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio constitui o culminar do percurso formativo que foi determinante para a consolidação de competências comuns e específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o desenvolvimento de uma prática clínica reflexiva e baseada na evidência. Os diferentes contextos clínicos permitiram o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia e da responsabilidade profissional. Além disso, a integração em diferentes equipas multidisciplinares, a participação em atividades educativas e a gestão de cuidados exigiram versatilidade e uma constante adaptação por parte da mestranda, de forma a corresponder à excelência do cuidado. Esta jornada fortaleceu tanto os conhecimentos técnicos e científicos, bem como as competências relacionais e comunicacionais, essenciais ao cuidado humanizado. Assim, considera-se que os objetivos delineados para a componente clínica foram alcançados.

Durante o estágio, verificou-se a existência de uma temática transversal ao ciclo vital a mulher: a IU. Esta por se tratar de uma condição atual, prevalente e subvalorizada nas diferentes fases de vida da mulher, demonstra a necessidade de intervenção do EE-ESMO. Este, enquanto profissional diferenciado, desempenha uma intervenção crucial na deteção, no cuidado e no acompanhamento da mulher incontinente, assumindo particularmente importância no tratamento conservador através da implementação de estratégias comportamentais.

Neste sentido, o desenvolvimento da ScR revelou-se uma mais-valia, não apenas pela produção de conteúdo científico, mas também pelo aprofundamento da temática, evidenciando a importância da intervenção do EE-ESMO e da aquisição de novos conhecimentos, que se vão repercutir na prática clínica futura da mestranda. A integração do MPS de Nola Pender foi crucial tanto na componente investigativa como na clínica, ao permitir a orientação de intervenções para a capacitação da mulher, particularmente na adoção de comportamentos promotores de saúde.

Alinhado com a revisão, está o estudo transversal realizado que permitiu à mestranda confrontar-se com a realidade epidemiológica da IU, nomeadamente no que se refere à prevalência desta e ao seu impacto na qualidade de vida feminina, reforçando a importância de uma abordagem sistemática e baseada na evidência no

acompanhamento da mulher incontinente. Este aspeto reforçou a pertinência da intervenção do EE-EESMO na deteção precoce, na educação para a saúde e na promoção de estratégias comportamentais.

Globalmente, este percurso revelou a necessidade de reforçar a sensibilização e a educação para a saúde ao longo do ciclo vital da mulher, nomeadamente através da criação de programas de intervenção comportamental liderados por EE-ESMO's. Paralelamente, é preponderante dar continuidade à investigação desta temática a fim de promover o desenvolvimento de protocolos institucionais, com vista à uniformização dos cuidados à mulher com IU.

No futuro, a mestrandia ambiciona a colaboração no desenvolvimento de programas educativos referentes à IU feminina e na investigação que fortaleça a intervenção do EE-ESMO e comporte benefícios em saúde à luz do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável três – Saúde de Qualidade. Os resultados da ScR e do estudo transversal encontram-se alinhados com este objetivo, ao evidenciarem a IU como uma condição prevalente que necessita de uma abordagem sistemática. Desta forma, a criação de programas que incluam a prevenção, o rastreio e a educação para saúde, nomeadamente através do uso de estratégias de intervenção comportamental, revela-se um investimento na sustentabilidade do sistema de saúde, pois, promove a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da mulher e diminui desigualdades de acesso a cuidados especializados.

Por fim, o término deste ciclo académico reflete o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e a prestação de cuidados especializados, aliados à responsabilidade profissional, dignificando a intervenção em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abebe, S. A., Gashaw, F., Tsegaye, A., Abebaw, D., Kindie, E. A., & Dejen, A. M. (2024). *Prevalence and determinants of depression among women with urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis worldwide*. *BMC Women's Health*, 24(1), 591. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03432-1>

Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (Eds.). (2017). *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence*. International Continence Society.

Academy of Breastfeeding Medicine. (s.d.). *Protocols*. <https://www.bfmed.org/protocols>

Aguiar, C. A. S., Barbosa e Silva, M. C., Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(64), 5604–5615. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>

AlAmri, N., Gallagher, L., Panda, S., & Smith, V. (2025). *Fathers' experiences, views and perspectives of childbirth attendance: a qualitative evidence synthesis*. *Midwifery*, 149, 104545. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104545>

Alghamdi, A. A., Alyousif, G. F., Alghamdi, R. L., Almulhim, F. A., Alsadah, H. M., Almutawaa, J. M., Alnakhli, K. A., & Almansour, N. A. (2021). *The prevalence of urinary incontinence symptoms among multiparous women: a survey of Saudi health-care centers*. *International urogynecology journal*, 32(2), 403–411. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04443-w>

Alizadeh, A., Montazeri, M., Shabani, F. et al. *Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: a cross-sectional study*. *BMC Urol* 23, 18 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12894-023-01186-w>

Almeida, S. L. P., Primo, C. C., Almeida, M. V. S., Freitas, P. S. S., Lucena, A. F., Lima, E. F. A., et al. (2023). *Guide for systematization of care and nursing process: Educational technology for professional practice*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(Supl. 4), e20210975. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975pt>

Alonso, P. A. B., Brison, K. A., Souza, L. M., & Prates, M. E. (2024). Incontinência urinária: Prevalência, classificação e manejo na população adulta. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), e69138. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-426>

Amaral, G. A., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/25515/18693>

Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: A *scoping review* (Trabalho académico). Instituto Politécnico de Santarém. Repositório Científico do IPSantarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Guideline No. 155. American College of Obstetricians and Gynecologists.

Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). *Urinary incontinence in women*. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17042. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>

Assembleia da República. (2001). Lei Constitucional n.º 1/2001 (Diário da República n.º 286/2001, Série I-A, pp.8172–8217). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2001-577358>

Assembleia da República. (2014). Lei n.º 25/2014 de 2 de maio. Diário da República n.º 84/2014, Série I, 2540–2604. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2014-25343763>

Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 (Diário da República n.º 181/2015, Série I, pp. 8059–8105). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Assembleia da República. (2019a). Lei n.º 110/2019 (Diário da República n.º 172/2019, Série I, pp. 94–101). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124839905>

Assembleia da República. (2019b). Lei n.º 58/2019 (Diário da República n.º 151/2019, Série I, pp. 3–40). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Assembleia da República. (2025). Lei n.º 33/2025 (Diário da República n.º 63/2025, Série I). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>

Associação Médica Mundial. (2024). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos (versão de outubro de 2024). Recuperado de https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2024/10/Declaracao-de-Helsinquia-2024.PT_.pdf

Barakat-Johnson, M., Stephenson, J., Lai, M., Basjarahil, S., Campbell, J., Cunich, M., Disher, G., Geering, S., Ko, N., Leahy, C., Leong, T., McClure, E., O'Grady, M., Walsh, J., White, K., & Coyer, F. (2024). *Impact of an evidence-based bundle on incontinence-associated dermatitis prevalence in hospital patients: A quasi-experimental translational study*. *International Wound Journal*, 21(6), e14936. <https://doi.org/10.1111/iwj.14936>

Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). *Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: A comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies*. *BMC Geriatrics*, 21(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>

Bayer AG. (2022). Descomplica. <https://www.descomplica.pt/>

Bergo, P. A., Alonso, E. M. C., Brison, K. A., Pires, L. S. S., & Prates, M. E. (2024). Incontinência urinária: prevalência, classificação e manejo na população adulta. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), e69138. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-426>

Bishop, C., Rodriguez-Cairolí, F., Hagens, A., Bermudez, M. A., Kerrebroeck, P. V., & Collen, S. (2025). *Prevalence, socioeconomic, and environmental costs of urinary incontinence in the European Union*. *European Urology*, 88(2), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.05.025>

Blomquist, J. L., Muñoz, A., Carroll, M., & Handa, V. L. (2018). *Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth*. *JAMA*, 320(23), 2438–2447. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>

Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). *A framework for qualifications of the European Higher Education Area*. Ministry of Science, Technology

and

Innovation.

https://ehea.info/media.ehea.info/file/WG_Frameworks_qualification/71/0/050218_QF_EHEA_580710.pdf

Borer, H., & Dubovi, I. (2023). *Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 870. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>

Bugge, C., Hay-Smith, J., Hagen, S., Grant, A., Taylor, A., & Dean, S. (2024). *Pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: Development of a programme theory from a longitudinal qualitative case study*. *BMC Women's Health*, 24(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03308-4>

Buñay-Muñoz, N. P., Vaca-Yanez, A. Y., Barrera-Gualicate, P. J., Toaquiza-Chancusig, C. F., Aimacaña-Yanchaguano, J. K., & Alvarez-Guerra, M. E. (2025). *Revisión sistemática sobre el parto humanizado: aportes teóricos y modelos de Enfermería en la construcción del cuidado*. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273., 8(16), 441-470. Recuperado a partir de <http://www.journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/238>

Buran, G., & Erim Avci, S. (2024). *The effect of pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training on urinary incontinence and birth outcomes: A randomized-controlled study*. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(5), 2725–2735. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07653-5>

Candoso, B. (2024). *Incontinência urinária*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. <https://spginecologia.pt/noticia/36704/>

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à gravidez*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2024). Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Carlos, C. V. O., Rosário, L. M. T., De Sousa, C. N. S., & Barros, R. J. M. L. F. (2023). A teoria de Nola Pender na atenção à saúde da gestante: Um estudo reflexivo. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(12), 30092–30110. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-063>

Cheng, S., Lin, D., Hu, T., Cao, L., Liao, H., Mou, X., Zhang, Q., Liu, J., & Wu, T. (2020). *Association of urinary incontinence and depression or anxiety: A meta-analysis*. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 300060520931348. <https://doi.org/10.1177/0300060520931348>

Comissão Europeia. (2005). Recomendação da Comissão, de 11 de março de 2005, relativa à Carta Europeia do Investigador e ao Código de Conduta para o Recrutamento de Investigadores (2005/251/CE). Serviço das Publicações da União Europeia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32005H0251>

Comissão Europeia. (2017). Recomendação do Conselho, de 22 de maio de 2017, relativa ao Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida, que revoga a Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (2017/C 189/03). Serviço das Publicações da União Europeia. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017H0615\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017H0615(01)&from=EN)

Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos* (edição revista). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Conferência de Ministros Europeus da Educação. (1999). *A Declaração de Bolonha: Declaração Conjunta dos Ministros Europeus da Educação*, Bolonha, 19 de Junho de 1999. [bologna-berlin2003.de https://ehea.info/Upload/document/ministerial_declarations/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf](https://ehea.info/Upload/document/ministerial_declarations/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf)

Costa, A. C. M., Prata, J. A., Oliveira, K. R., Silva, C. R. F., Progianti, J. M., Mouta, R. J. O., & Pereira, A. L. F. (2023). Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84830>

Culleton-Quinn, E., Bø, K., Fleming, N., Cusack, C., & Daly, D. (2024). *Prevalence and Experience of Urinary Incontinence Among Elite Female Gaelic Sports Athletes*. *International urogynecology journal*, 35(12), 2357–2365. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05893-2>

Dasdelen, M. F., Dasdelen, Z. B., Almas, F., Cokkececi, B., Laguna, P., de la Rosette, J., & Kocak, M. (2025). *Exploring the association between urinary incontinence and depression based on a series of large-scale national health studies in Türkiye*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(15), 5213. <https://doi.org/10.3390/jcm14155213>

de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). *Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis*. *Journal of midwifery & women's health*, 68(1), 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Díaz-Ogallar, M. A., Hernández-Martínez, A., Linares-Abad, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2024). *Development of a Predictive Model for Skin-to-Skin Contact Immediately after Birth: A Cross-Sectional Study*. *Children*, 11(5), 577. <https://doi.org/10.3390/children11050577>

Díaz, M. P., Simpson, N., Brown, A., Diorgu, F. C., & Steen, M. (2021). *Effectiveness of structured education and training in perineal wound assessment and repair for midwives and midwifery students: A review of the literature*. *European journal of midwifery*, 5, 13. <https://doi.org/10.18332/ejm/134511>

Direção Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015b). Orientação n.º 002/2015: Indução do trabalho de parto [PDF]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020 (setembro de 2020). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s — guião para implementação. Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-Versao-Resumo-Set-2023.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2023). Orientação da Direção Geral de Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Doumouchtsis, S. K., de Tayrac, R., Lee, J., Daly, O., Melendez-Munoz, J., Lindo, F. M., Cross, A., White, A., Cichowski, S., Falconi, G., & Haylen, B. (2023). *An International Continence Society (ICS)/International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders*. *International Urogynecology Journal*, 34(1), 1–42. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05397-x>

Driusso, P., Jorge, C. H., Sousa, A. J. D. S., Carro, D. F., de Freitas, L. M., Botelho, S., Brito, L. G. O., Bortolini, M. A. T., Haddad, J. M., Volpato, M. P., Riccetto, C., Pitanguí, A. C. R., de Oliveira, N. F. F., & Ferreira, E. A. (2025). *A Brazilian Association of Women's Health Physical Therapy (ABRAFISM) guideline on the terminology of pelvic floor muscle function and assessment*. *Brazilian journal of physical therapy*, 29(2), 101173. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2025.101173>

Eickmeyer S. M. (2017). *Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor*. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 28(3), 455–460. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.003>

Esteves, K. C., Vieira, I. S., Bittencourt, M. F., Nunes, C. P., Cardoso, B. L. C., & Souza, L. H. R. (2024). As técnicas de amostragem nas pesquisas em educação. In *Análise de dados quantitativos na educação* (Vol. 1, cap. 1). Recife, Brasil: Editora Omnis Scientia. <https://doi.org/10.47094/978-65-6036-596-4>

Fernandes, F. V. E. R., Contente, A. C. C. S., Guerreiro, I. F. R. A., Guerreiro, H. M. J., Gouveia, M. J. B. dos R. de P., & Melo, M. F. H. P. de. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão E Desenvolvimento*, (29), 465–482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Ferreira, M. S. (2022). O respeito pela autonomia e o consentimento informado na investigação com seres humanos. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 8(2), 1237-1272. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/41776>

Ferreira, T. D. M., de Mesquita, G. R., de Melo, G. C., de Oliveira, M. S., Bucci, A. F., Porcari, T. A., Teles, M. G., Altafini, J., Dias, F. C. P., & Gasparino, R. C. (2022). *The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review*. *Journal of nursing management*, 30(4), 936–953. <https://doi.org/10.1111/jonm.13592>

Fortin, M., Cotê, J., Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-18-5.

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (R. Sharpe, Ed.) (First.). Oxford Brookes University.

Govahi et al., (2024) Govahi, M., Behmanesh, F., Gholinia, H., Omidvar, S., & Adib-Rad, H. (2024). *Health-promoting lifestyle in mothers with vaginal childbirth and cesarean section in the postpartum period*. *BMC women's health*, 24(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02984-6>

Graziottin, A., Di Simone, N., & Guarano, A. (2024). *Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 296, 250-257. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.037>

Grimes WR, Stratton M. *Pelvic Floor Dysfunction*. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>

Guerra, Maria João, Pinto-de Almeida, Sofia, Nogueira, Helena Maria, & Pereira-Alves, Paulo Jorge. (2023). Validação para a população portuguesa do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form" (ICIQ-UI SF). *Enfermería Global*, 22(71), 479-511. Epub 13 de noviembre de 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.554941>

Güler Sönmez, T., Uğraş, E., Gül Şahin, E., Fidancı, I., Aksoy, H., & Ayhan Başer, D. (2024). *The prevalence of incontinence and its impact on quality of life*. *Medicine*, 103(52), e41108. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041108>

Hacivelioglu, D., Tavşanlı, N., Şenyuva, İ. & Kosova, F. (2023). *Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial*. *Open Medicine*, 18(1), 20230633. <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>

Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., & International Urogynecological Association; International Continence Society. (2010). *An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction*. *International Urogynecology Journal*, 21(1), 5–26. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>

Hansen, K., & Świdarska, A. (2024). *Integrating open- and closed-ended questions on attitudes towards outgroups with different methods of text analysis*. *Behavior research methods*, 56(5), 4802–4822. <https://doi.org/10.3758/s13428-023-02218-x>

Hay-Smith, E. J. C., Starzec-Proserpio, M., Moller, B., Aldabe, D., Cacciari, L., Pitanguí, A. C. R., Vesentini, G., Woodley, S. J., Dumoulin, C., Frawley, H. C., Jorge, C. H., Morin, M., Wallace, S. A., Weatherall, M. (2024). *Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD009508. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009508.pub2>

Higgins, D. M., & O'Leary, S. T. (2023). *Prevention of Perinatal Hepatitis B Transmission*. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 50(2), 349–361. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2023.02.007>

Hoyt-Austin, A. E., Kair, L. R., Larson, I. A., Stehel, E. K., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for birth hospitalization discharge of breastfeeding dyads (revised 2022)*. *Breastfeeding Medicine*, 17(3), 197–206. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29203.aeh>

IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics (versão 26.0) [Software]*. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>

Instituto Politécnico de Santarém. (2017). Despacho n.º 9432/2017 (Diário da República n.º 206/2017, Série II, pp. 24247–24249). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9432-2017-114100074>

Instituto Politécnico de Santarém. (2020). Despacho n.º 6945/2020 (Diário da República n.º 129/2020, Série II, pp. 254–267). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6945-2020-137247733>

Instituto Politécnico de Santarém. (2024). Ficha de unidade curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

International Confederation of Midwives. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice>

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2023, July 28). *Harnessing the golden hour: Breastfeeding recommended within first hour of life*. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2024). *The golden hour: Breastfeeding and its lifelong benefits*. <https://www.figo.org/blog/golden-hour-breastfeeding-and-its-lifelong-benefits>

Joint Quality Initiative. (2004). *Shared “Dublin” descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards: A report from a Joint Quality Initiative informal group*. https://www.fibaa.org/fileadmin/redakteur/pdf/PROG/Entscheidungsgrundlagen/dublin_descriptors.pdf

Karmakar, D., Mostafa, A., & Abdel-Fattah, M. (2017). *A new validated score for detecting patient-reported success on postoperative ICIQ-SF: a novel two-stage analysis from two large RCT cohorts*. *International urogynecology journal*, 28(1), 95–100. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3070-0>

Ke, Q. S., Lee, C. L., & Kuo, H. C. (2020). *Recurrent urinary tract infection in women and overactive bladder - Is there a relationship?* Tzu chi medical journal, 33(1), 13–21. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_38_20

Lewis, M. (2025). *Midwifery Leadership in a Changing World—Why Is This So Challenging? A Reflective Commentary.* Healthcare, 13(19), 2473. <https://doi.org/10.3390/healthcare13192473>

Li, Q., Ji, X., Zhuo, L., Zheng, X., Chen, C., & Zhou, F. (2024). *Impact of lifestyle on urinary incontinence severity among women: A cross-sectional study in East China.* International Urogynecology Journal, 35(7), 1511–1519. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05839-8>

Li, Y., & Wang, H. (2025). *Potential profiling of social alienation in older female patients with stress urinary incontinence.* Frontiers in Public Health, 12, 1496539. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1496539>

Liang, S., Li, J., Chen, Z., Li, Y., Hao, F., & Cai, W. (2023). *Prevalence and Influencing Factors of Help-Seeking Behavior Among Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Journal of women's health (2002), 32(12), 1363–1379. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0482>

Lima, R.S., Cavalcante, J.L., Machado, M.D., Cavalcante, E.G., Quirino, G.D., & Rebouças, V.D. (2020). *Quality of life of nursing students: analysis in light of the Pender's model.* <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142159>

Liu, X., Wang, Q., Chen, Y., Luo, J., & Wan, Y. (2023). *Factors associated with stress urinary incontinence and diastasis of rectus abdominis in women at 6–8 weeks postpartum.* Urogynecology, 29(10), 844–850. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001353>

Mahvashi M, Tehrani H, Jamali J, Jahani shoorab N, Pourali L, Mirzakhani K. *Effect of Group Counseling on the Health Promotion of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial.* Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2024; 12(1): 4079-4094. DOI: 10.22038/JMRH.2023.69577.2044

Mao, W., Jiang, M., Chen, W., Du, J., & Xiao, Q. (2024). *The effect of using mobile phone applications for intelligent pelvic floor rehabilitation on elderly female*

patients with stress urinary incontinence. *Technology and Health Care*, 32(1), 229–241.
<https://doi.org/10.3233/THC-220845>

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.^a ed.)

McGuigan, M., & Larkin, P. (2024). *Laid-back breastfeeding: knowledge, attitudes and practices of midwives and student midwives in Ireland*. *International breastfeeding journal*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00619-y>

McMillan, I., Doxford-Hook, L., Wood, J., Fu, Y., McGowan, L., & Iles-Smith, H. (2024). *Exploring urinary incontinence in hospitalised older women: A mixed methods investigation of prevalence and nurse perspectives*. *Women's Health*, 20, 17455057241295607. <https://doi.org/10.1177/17455057241295607>

Melo Martins, C. A., Nelas, P., & Santos, E. (2025). *Conhecimento das mulheres sobre posições de parto: uma revisão scoping*. *Servir*, 2(11), e39143. <https://doi.org/10.48492/servir0211.39143>

Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2(ed. espec. no17), e38663

Milsom, I., & Gyhagen, M. (2018). *The prevalence of urinary incontinence*. *Climacteric*, 22(3), 217–222. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006: Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Diário da República n.º 60/2006, Série I-A, pp. 2242–2257). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Ministério da Saúde. (s.d.). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 318/2009 (Diário da República n.º 212/2009, Série I, pp. 8310–8317). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/318-2009-483378>

Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 (Diário da República n.º 149/2014, Série I, pp. 4069–4071). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2009). Portaria n.º 782/2009 (Diário da República n.º 141/2009, Série I, pp. 4776–4778). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/782-2009-493227>

Mjelde, L. M. E., Litherland, A. T., & Beisland, E. G. (2024). *Women's experiences of assessment for urinary incontinence: A qualitative study*. *British Journal of Nursing*, 33(4), 168–174. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.33.4.168>

Mohamed, T. A. E. H., & Chandraharan, E. (2025). *Recognition and Management of Postpartum Hemorrhage*. *Maternal-fetal medicine (Wolters Kluwer Health, Inc.)*, 7(1), 29–37. <https://doi.org/10.1097/FM9.0000000000000256>

Mostafaei, H., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., Salehi-Pourmehr, H., Ghojzadeh, M., Onur, R., Al Mousa, R. T., & Oelke, M. (2020). *Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis*. *Neurourology and Urodynamics*, 39(4), 1063–1086. <https://doi.org/10.1002/nau.24342>

Muro, S., & Akita, K. (2023). *Pelvic floor and perineal muscles: a dynamic coordination between skeletal and smooth muscles on pelvic floor stabilization*. *Anatomical science international*, 98(3), 407–425. <https://doi.org/10.1007/s12565-023-00717-7>

Nações Unidas. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Nascimento, N. M. (2011). Tratamento de dados pessoais no âmbito da investigação científica: Prazos de conservação (Dissertação de mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ. https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/11207/1/DISSERTACAO_FINAL_Natalia_Magalhaes_do_Nascimento.pdf

NewsFarma. (2017). Hospital B considerado o melhor hospital de toda a região de Lisboa e zona sul.

Ngomba, S., Mbombo, W., Boquillon, N., Isengingo, C., Bula-Bula, M., & Barhayiga, B. (2024). *Ambulatory epidural analgesia during uncomplicated obstetric*

labour: Feasibility study at the Centre hospitalier intercommunal Villeneuve Saint Georges. American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.58372/2835-6276.1131>

Nipa, S. I., Cooper, D., Mostafa, A., Hagen, S., & Abdel-Fattah, M. (2023). *Novel clinically meaningful scores for the ICIQ-UI-SF and ICIQ-FLUTS questionnaires in women with stress incontinence.* International urogynecology journal, 34(12), 3033–3040. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05657-4>

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem.* Setúbal, Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (NURSE'IN – Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas). ISBN 978-989-54837-0-9

Nurseslabs. (2024, 30 de abril). *Nola Pender: Health promotion model.* <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>

Nyström, E., Asklund, I., Lindam, A., & Samuelsson, E. (2024). *Minimum important difference of the ICIQ-UI SF score after self-management of urinary incontinence.* BMC women's health, 24(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02947-x>

Oliveira, I. T. de. (2024). *Nascimentos resultantes de gravidezes não-planeadas em Portugal.* Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 18(4), [artigo e03]. <https://doi.org/10.69729/aogp.v18i4a03>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 167/2011 (Diário da República n.º 47/2011, Série II, pp.11114–11120).* Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade: Resultados* 2014. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade Qualidade Resultados 2014.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade%20Qualidade%20Resultados%202014.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República n.º 26/2019, Série II, pp. 4744–4750). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 (Diário da República n.º 85/2019, Série II, pp. 13560–13565). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica (Revisto) (14 de maio de 2019). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%3%A1lculo_dota%3%A7%3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Aviso n.º 3916/2021 (Diário da República n.º 43/2021, Série II, pp. 237–256). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/3916-2021-158724033>

Ordem dos Enfermeiros. (2022a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25253/padr%C3%B5es-de-qualidade-mceesmo_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2022b). Regulamento n.º 613/2022, Diário da República n.º 131/2022, Série II, pp. 179–182). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Calculadora de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. <https://calculadora.ordemenfermeiros.pt> Calculadora Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Protection, promotion and support of breastfeeding in maternity and neonatal services*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/601a8af5-0919-4ffb-a11d-fb534d96ed03/content>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Recomendações da OMS: cuidados no período intraparto para uma experiência positiva de parto [WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience]*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8caa148c-8ca3-4ab5-b50f-8cf024cd8ecf/content>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *WHO labour care guide: user's manual*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94326918-1f91-49a2-a857-12831cd51b91/content>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Organização Mundial de Saúde. (2023). *Every 7 seconds, a woman or newborn dies, or a baby is lost to stillbirth [Infographic]*. <https://www.who.int/multi-media/details/every-7-seconds--a-woman-or-newborn-dies--or-a-baby-is-lost-to-stillbirth>

Organização Mundial de Saúde. (2025). *Kangaroo mother care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fbdb2fa7-4296-4769-a6d0-7df924902223/content>

Pacheco, A. I. F. (2021). *A influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem em contextos hospitalares (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior)*.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia. (2008). Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (2008/C 111/01). Serviço das Publicações da União Europeia. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32008H0506\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32008H0506(01))

Parlas, M., & Bilgic, D. (2024). *Awareness of urinary incontinence in pregnant women as a neglected issue: A cross-sectional study*. *Malawi Medical Journal*, 36(1), 53–63. <https://doi.org/10.4314/mmj.v36i1.9>

Parreira, P., et al. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In *Gestão nas organizações de saúde* (Vol. 2, Cap. 3, pp. 147–193).

Patel, U. J., Godecker, A. L., Giles, D. L., & Brown, H. W. (2022). *Updated Prevalence of Urinary Incontinence in Women: 2015-2018 National Population-Based Survey Data*. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 28(4), 181–187. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001127>

Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., & Berterö, C. (2023). *Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries*. *Plos One*, 18(8), e028961: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>

Peter Afubwa, Elvis Omondi Kauka (2023). *Key Distinctions between Qualitative and Quantitative Research in Theory and Data: Epistemological and Ontological Considerations*. *International Journal of Research and Innovation in Social Science* (IJRISS), 7(51), 1396-1403. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2023.7516>

Pilarska, B., Strojek, K., Radzimińska, A., Weber-Rajek, M., & Jarzowski, P. (2025). *Assessing Quality of Life Among Women with Urinary Incontinence—Medical, Psychological, and Sociodemographic Determinants*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(14), 4839. <https://doi.org/10.3390/jcm14144839>

Pizzoferrato, A. C., Briant, A. R., Le Grand, C., Gaichies, L., Fauvet, R., Fauconnier, A., & Fritel, X. (2023). *Influence of prenatal urinary incontinence and mode of delivery in postnatal urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 52(3), 102536. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102536>

Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L., & Veronese, N. (2021). *Urinary incontinence and quality of life: A systematic review and meta-analysis*. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 25–35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>

Porto, M. G., Marôco, J., Mascarenhas, T., Vergamota, P., Queiroz-Garcia, I., & Pimenta, F. (2025). *Urinary incontinence severity: the impact on workplace productivity*. *World journal of urology*, 43(1), 430. <https://doi.org/10.1007/s00345-025-05822-y>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023 (Diário da República n.º 215/2023, Série I, pp. 4–20). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Priyadarshi, M., Balachander, B., Gupta, S., & Sankar, M. J. (2022). *Timing of first bath in term healthy newborns: A systematic review*. *Journal of Global Health*, 12, 12004. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.12004>

Pueyo, E. P., Alonso, A. V. G., Body Gué, T., Masot, O., Escobar-Bravo, M. Á., & Santamaria, A. L. (2021). *Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review*. *International Nursing Review*, 68, 122–137. <https://doi.org/10.1111/inr.12659>

Quasdorf, T., Manietta, C., Rommerskirch-Manietta, M., Braunwarth, J. I., Roßmann, C., & Roes, M. (2023). *Implementation of interventions to maintain and promote the functional mobility of nursing home residents – a scoping review*. *BMC Geriatrics*, 23(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04213-5>

Ramadan, F. (2024). *Managing incontinence-associated dermatitis in the community: An overview*. *British Journal of Community Nursing*, 29(6), 294–295. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.29.6.294>

Ramadan, F. (2025). *Urinary incontinence in older adult women: Fighting a rising tide*. *British Journal of Community Nursing*, 30(1), 22–26. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.0161>

Reales Hernández, L., & Reyes Ríos, L. (2023). *Promoción y mantenimiento de la lactancia materna: Plan de intervención de enfermería*. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería. <https://doi.org/10.16925/gcnc.52>

Ruiz, A. M. P., Assumpção, D., Malta, D. C., & Francisco, P. M. S. B. (2021). Consumption of healthy food and ultra-processed products: Comparison between pregnant and non-pregnant women, Vigitel 2018. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(2), 511–519. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200009>

Santos, N. D. S. (2022). Tratamento de dados pessoais no âmbito da investigação científica: Prazos de conservação. *Boletim Epidemiológico Observações*, 11(31), 3–4. <https://repositorio.insa.pt/entities/publication/f2b3aa41-6e9f-4142-a04a-77f5ed253cf2>

Schober, Patrick MD, PhD, MMedStat; Boer, Christa PhD, MSc; Schwarte, Lothar A. MD, PhD, MBA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia* 126(5):p 1763-1768, May 2018. | DOI: 10.1213/ANE.0000000000002864

Scime, N. V., Hetherington, E., Metcalfe, A., Chaput, K. H., Dumanski, S. M., Seow, C. H., & Brennand, E. A. (2022). Association between chronic conditions and urinary incontinence in females: A cross-sectional study using national survey data. *CMAJ Open*, 10(2), E296–E303. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210147>

Simpson, G., Philip, M., Richards, A., Eggleston, A. J., Vogel, J. P., Wilson, A. N., & Homer, C. (2025). *Effectiveness of education and training programmes to help clinicians assess and classify perineal tears: a systematic review*. *BMJ open*, 15(6), e095961. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095961>

Sociedade Portuguesa de Contraceção. (2020). Consenso sobre contraceção (versão revista e adotada pela Direção-Geral da Saúde, 2023). https://www.spdc.pt/images/2023/Consenso_de_Contraceo_versao_adoptada_pela_DGS_2023.pdf

Sociedade Portuguesa de Ginecologia – Secção Portuguesa de Uroginecologia. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia (2ª ed.). https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/200253_Uroginecologia_SITE.pdf

Sologuren-García, G., Linares, C. L., Flores, J. R., Escobar-Bermejo, G., Sotelo-Gonzales, S., & Fagerstrom, C. K. (2024). *Associated factors and quality of life in women with urinary incontinence in southern Peru, 2023*. *Frontiers in public health*, 12, 1487330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1487330>

Souza, M. M. de, Santos, G. de L., Lira, F. P. de, Oliveira, G. S., Souza, A. C. de, & Silva, M. de L. (2025). O papel do enfermeiro frente às emergências obstétricas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)*, 11(5), 7877–7886. <https://doi.org/10.51891/rease.v11i5.19590>

Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). (2015). Brussels, Belgium. https://www.enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf

Stephenson, N. L., Brenner, D., Brennand, E., Robert, M., Prisie, K., & Metcalfe, A. (2025). *Longitudinal analysis of the association between parity, mode of delivery and urinary incontinence in midlife using the SWAN cohort data*. *Scientific reports*, 15(1), 11896. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85603-0>

Sun, S., Liu, D., & Jiao, Z. (2016). *Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: a meta-analysis of observational studies*. *BMC urology*, 16(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12894-016-0178-y>

Tang, F., Zhang, J., Huang, R., Zhou, H., Yan, T., Tang, Z., Li, Z., Lu, Z., Huang, S., & He, Z. (2024). *The association between wet overactive bladder and consumption of tea, coffee, and caffeine: Results from 2005-2018 National Health and Nutrition Examination Survey*. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 43(6), 1261–1269. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.03.027>

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf?utm

Tsikouras, P., Kotanidou, S., Nikolettos, K., Kritsotaki, N., Bothou, A., Andreou, S., Nalmpanti, T., Chalkia, K., Spanakis, V., Peitsidis, P., Iatrakis, G., & Nikolettos, N. (2024). *Shoulder Dystocia: A Comprehensive Literature Review on Diagnosis, Prevention, Complications, Prognosis, and Management*. *Journal of personalized medicine*, 14(6), 586. <https://doi.org/10.3390/jpm14060586>

União Europeia. (2005). Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento de qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

União Europeia. (2013). Diretiva 2013/55/EU do Parlamento Europeu e do Conselho que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento de qualificações profissionais e que estabelece disposições de aplicação. *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32013L0055>

Unidade Local de Saúde B, E.P.E. (s.d.). Área materna e infantil: Ginecologia e obstetria. ULSB.

Unidade Local de Saúde B, E.P.E. (2020). *Qualidade (Atualizado 4 de fevereiro de 2022)*.

Unidade Local de Saúde B, E.P.E. (2025a). *Missão, visão e valores — Instituição*.

Unidade Local de Saúde B, E.P.E. (2025b). *ULSB inicia processo para idoneidade formativa em enfermagem*.

Unidade Local de Saúde A, E.P.E. (s.d.). *Missão, atribuições e legislação*. Unidade Local de Saúde de A.

Unidade Local de Saúde de A (2016). Serviço de Consulta Externa. ULS de A. Atualizado a 12 de março de 2025.

Unidade Local de Saúde de A. (2017a). Relatório de contas 2017. ULSA.

Unidade Local de Saúde de A (2017b). Mamas Informadas (Atualizado 26 de março de 2018).

Unidade Local de Saúde de A. (2022). Relatório de contas 2021. ULSA.

Unidade Local de Saúde de A. (2024). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde de 2023.

Unidade Local de Saúde de A. (2025). Dados relativos aos partos – infograma do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

United Nations. (1989, November 20). *Convention on the Rights of the Child* (General Assembly Resolution 44/25; entered into force September 2, 1990). <https://www.unicef.org/media/52626/file>

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Université de Technologie Européenne. (2025). *References – Dublin Descriptors*. <https://www.univ-tech.eu/references-dublin-descriptors>

Vogel, J. P., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Mori, R., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., Carroli, G., & WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2024). *Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: A systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward*. *The Lancet Global Health*, 12(2), e317–e330. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00455-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00455-9)

Wang, C., Wei, W., Ma, D., Yu, H., & Yu, L. (2025). *Prevalence and Determinants of Stress Urinary Incontinence in Middle-Aged and Older Women: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Archivos espanoles de urologia*, 78(1), 46–55. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20257801.6>

Women's Preventive Services Initiative. (2025). 2025 coding guide. *Women's Preventive Services Initiative*. <https://www.womenspreventivehealth.org/wp-content/uploads/Womens-Preventive-Services-Initiative-WPSI-2025-Coding-Guide.pdf>

Wu, Y., Li, T., Cai, F., Ye, X., & Xu, M. (2024). *Stable pelvic floor muscle training improves urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 2420192. <https://doi.org/10.1080/01443615.2024.2420192>

Wuytack, F., Moran, P., Daly, D., & Begley, C. (2022). *Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis*. *Neurourology and urodynamics*, 41(1), 54–90. <https://doi.org/10.1002/nau.24785>

Xiang, S. Y., He, H. C., Liu, Y., Yu, B. J., Mai, S. Y., Li, M. Y., Yan, X. Y., & Huang, X. H. (2024). *Care needs of older adults with urinary incontinence: A cross-sectional study*. *Journal of Gerontological Nursing*, 50(5), 43–49. <https://doi.org/10.3928/00989134-20240416-07>

Xie, H., & Luo, L. (2024). *Application of information-motivation-behavioural skills model on older women with urge urinary incontinence: A retrospective study*. *Archivos Españoles de Urología*, 77(7), 753–759. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20247707.105>

Ye, C., Huang, W., Liu, Y., Chen, G., Du, S., & Li, K. (2025). *Associations between metabolic score for visceral fat and urinary incontinence among US adult women: a population-based cross-sectional study*. *BMC public health*, 25(1), 932. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21966-3>https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/200253_Uroginecologia_SITE.pdf

Zangão, M. O., & Lobão, A. (2022). *Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa*. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 36–51. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>

Zhang, L., Cai, N., Mo, L., Tian, X., Liu, H., & Yu, B. (2025). *Global Prevalence of Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis*. *International urogynecology journal*, 36(8), 1547–1566. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-06029-2>

Zitzmann, S., List, C., Lechner, C., Hecht, M., & Krammer, J. (2024). *Why we might still be concerned about low Cronbach's alphas in domain-specific knowledge tests*. Educational Psychology Review. <https://doi.org/10.1007/s10648-025-10015-5>

ANEXOS

ANEXO I – Escala LATCH – Avaliação da amamentação no serviço de
Ginecologia e Obstetrícia da ULSA-HA



SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
REGISTO DE ALEITAMENTO MATERNO
ESCALA LATCH – AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

		DATA	TURNO											
			N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
L	Pega	Muito sonolento ou relutante Não consegue sustentar a pega ou sucção	0											
		Tentativas repetidas para sustentar a pega ou sucção Segura o mamilo na boca Estimular para sugar	1											
		Agarra a mama Língua para baixo Lábios curvados para fora Sucção rítmica	2											
A	Deglutição audível	Nenhuma	0											
		Um pouco, com estímulo	1											
		Espontânea e intermitente (< a 24h de vida) Espontânea e frequente (> a 24 h de vida)	2											
T	Tipo de mamilo	Invertido	0											
		Plano	1											
		Protuso (após estimulação)	2											
C	Conforto (mama/mamilo)	Ingurgitada Com fissura, sangrando, grandes vesículas ou equimoses Desconforto severo	0											
		Cheia Avermelhado/Pequenas vesículas ou equimoses Desconforto suave/ moderado	1											
		Macias Não dolorosas	2											
H	Colo (posicionamento)	Ajuda completa (equipa segura o bebé a mama)	0											
		Ajuda mínima (por exemplo elevar a cabeça na cabeceira da cama, colocar travesseiros para apoio) Ensinar a mãe em uma mama, depois ela faz no outro lado Equipa segura o bebé, depois a mãe assume	1											
		Sem ajuda da equipa Mãe capaz de posicionar e segurar o bebé	2											
TOTAL														

ANEXO II– Certificado de participação na oitava edição do *HEALTH INSIGHTS*
– Ciclo de formação para profissionais de saúde



CERTIFICADO

Certifica-se que **Jessica Lameiras** participou na oitava edição do **Health Insights** - ciclo de formação para Profissionais de Saúde - realizada no dia **19 de setembro de 2024 online**, que decorreu entre as 9h00 e as 17h00, com os seguintes conteúdos:

Midwifery Skills para a promoção do parto normal em situações de trabalho de parto prolongado

Promover e restaurar a integridade da mama durante a amamentação

Terapias e produção de medicamentos com Células Estaminais do Cordão Umbilical

Promoção da cicatrização do períneo em caso de lesão intraparto

Transição saudável e equilíbrio para a menopausa

A Sementes & Laços,

Conceição Santa-Martha
Enf. Obstétrica

Isabel Ferreira
Enf. Obstétrica

A Crioestaminal,

Joana Gomes
Diretora de Vendas e Gestão de Clientes



ANEXO III – Certificado de participação no *Webinar* “PELVIC FLOOR HEALTH
– POSTPARTUM MANAGEMENT AND RECOVERY” da FIGO



Certificate of completion
Certificat d'achèvement
Certificado de aprovechamiento

Awarded to / attribué à / concedido a

Jéssica Lameiras

For successfully completing / Pour avoir réussi / Por completar con éxito

**Webinar: Pelvic floor health - Postpartum management and
recovery**

Prof Frank Louwen

FIGO President / Président de la
FIGO / Presidente de la FIGO

Issued / émis / emitido 2025-12-16

ID # xxocwu4z2e

ANEXO IV – Certificado de participação no *Webinar* “EMERGÊNCIAS
OBSTÉTRICAS: COMO IDENTIFICAR E AGIR RAPIDAMENTE”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Jessica Lameiras** assistiu à atividade científica - **Webinário** - sobre o tema "**Emergências Obstétricas: Como Identificar e Agir Rapidamente**", com o(a) Orador(a) Especialista: **Mónica Tavares** com a duração total de 60 minutos, tendo decorrido no dia 16 de junho de 2025.

17 de junho de 2025

Ref: 202519813

A Direção Pedagógica



Dr.ª Adélia Magalhães



ANEXO V – Certificado de participação no Curso de sutura perineal baseada em evidência



CURSO DE SUTURA PERINEAL BASEADO EM EVIDÊNCIA

Este certificado foi concedido a:

JÉSSICA ALEXANDRA DUARTE LAMEIRAS

Por ter participado no curso presencial teórico-prática,
com a carga horária de 8 horas, realizada no
Hotel TRYP Lisboa Caparica Mar, na Caparica,
no dia 9 de Outubro de 2025

Formadora

Ana Leonor Mineiro

Ana Leonor Mineiro

ANEXO VI – Síntese de registo de atividades práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	162
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	139
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	47
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	8
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	3
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	36
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	95
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	13
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	29
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	103
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	121
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	10
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	39
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	1
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	2
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	1
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	3
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

Santarém, 11 julho 2015

Estudante/Student Ysmael Pinho

Professor/Teacher _____

Coordenador do curso/The course coordinator _____

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de identificação: 08560601

ANEXO VII – Questionário ICIQ-UI SF

Número inicial

ICIQ-UI SF

CONFIDENCIAL

DIA

MÊS

ANO

DATA de HOJE

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda.

Ficariamos agradecidos se pudesse responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento:

DIA

MÊS

ANO

2 Sexo:

Feminino

Masculino

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

- Nunca
Uma vez por semana ou menos
Duas ou três vezes por semana
Uma vez ao dia
Diversas vezes ao dia
O tempo todo

4 Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

- Nenhuma
Uma pequena quantidade
Uma moderada quantidade
Uma grande quantidade

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?

Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada muito

6 Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

- Nunca
Perco antes de chegar à casa de banho
Perco quando tusso ou espirro
Perco quando estou a dormir
Perco quando estou a fazer exercícios físicos
Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me
Perco sem razão óbvia
Perco o tempo todo

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

ANEXO VIII – Autorização da utilização do questionário ICIQ-UI SF adaptado à população portuguesa

Bom dia Jessica.

Felizmente já terminei o meu doutoramento. Fico muito contente que esta temática da incontinência esteja a ser considerada como objeto de investigação pelos enfermeiros quer a nível do mestrado quer a nível do doutoramento. Precisamos de investir nesta área para desenvolver competências específicas de forma e trazer para nós estas intervenções que têm sido assumidas pelos fisioterapeutas. Tenho todo o gosto em autorizar a utilização da escala adaptada para a cultura portuguesa para a utilizar no seu trabalho de investigação.

Envio em anexo a mesma e o artigo onde está publicada.

Desejo os maiores sucessos e disponha se necessitar de mais alguma ajuda.

Os melhores cumprimentos

Maria João Guerra, PhD, MNSc, RM, RN

Assistente convidada



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Escola de Enfermagem
Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem
Universidade Católica Portuguesa | Porto

Rua de Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto, Portugal

Tel.: +351 22 619 62 00 Ext.: 191

Tlm.: +351 962465142

Email: mguerra@ucp.pt

fcese.porto.ucp.pt

ANEXO IX: Parecer da Comissão de Ética na Saúde da ULSA



Documento: Submissão de pedido de autorização para realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização de projeto de investigação "Incontinência urinária na mulher ao longo do ciclo vital: Intervenção do enfermeiro obstetra"

Requerente: Jéssica Alexandra Duarte Lameiras

Título: "Incontinência urinária na mulher ao longo do ciclo vital: Intervenção do enfermeiro obstetra" pretende identificar a prevalência de incontinência urinária nas mulheres inquiridas e determinar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres inquiridas.

Investigador: Jéssica Alexandra Duarte Lameiras

Co-Investigadores: Professora Susana do Vale

Orientador: Professora Susana do Vale

Amostra: Mulheres com idade entre os 18 anos e os 70 anos, excluindo puérperas

Serviço onde decorre o estudo: Ginecologia e Obstetrícia

Data do pedido: datado no H a 19/02/2025

A Comissão de Ética da ULS EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de , E.P.E, 21 de fevereiro de 2025

A Comissão de Ética

Diogo de Santos
João Pedro
Wanda Falcão
António - Vasco Freitas
Justino de Santos

Maria Rita Fernandes *Manoel Marcos Cordeiro*
Miguel Ramos

ANEXO X: Declaração de responsabilidade e confidencialidade



Unidade Local de Saúde



SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO FORMAÇÃO E ENSINO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Informação de Entrada no SIFE – Projeto de Investigação N.º ____/20__

Jéssica Alexandra Duarte Lameiras, investigador(a) do curso / Centro de Investigação (o que se aplique) Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Instituição Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém, declara:

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo "Incontinência Urinária na mulher ao longo do ciclo vital: Intervenção do Enfermeiro Obstetra", desenvolvido na ULS de _____

- Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso, são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros. Os dados serão unicamente utilizados para fins de investigação e de forma anónima;

- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;

- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- A Unidade Local de Saúde de _____ proprietária de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao investigador para utilização no estudo ("propriedade intelectual de origem");

- O investigador terá direitos de publicação dos resultados do estudo;

- O investigador terá de fazer entrega à Unidade Local de Saúde _____ EPE de um exemplar do trabalho final.

_____, 31 de Janeiro de 2025

O investigador

O orientador do estudo
(caso se aplique)

APÊNDICES

APÊNDICE I: Reflexão crítica sobre o contacto pele a pele

Reflexão crítica sobre o contacto pele a pele

Descrição: O contacto pele a pele consiste na colocação do recém-nascido despido, em decúbito ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe (OMS, 2017). Este deve ser imediato e ininterrupto, ou seja, iniciado o mais precocemente após o nascimento e mantido pelo menos uma hora ou por mais tempo, se tolerado pela díade (OMS, 2017). A evidência reconhece a sua eficácia, revelando os benefícios para ambos os elementos da díade. No caso do recém-nascido, promove a termorregulação, a estabilização cardiorrespiratória, a manutenção dos valores de glicémia, a coordenação sensorial, o início precoce da amamentação, o sono e a redução do choro. No que concerne a mãe, favorece o relaxamento, a diminuição da dor, a recuperação pós-parto, a adaptação instintiva aos comportamentos do RN, a produção do leite e a vinculação (OMS, 2017; Antunes, Teixeira & Costa, 2022).

Sentimentos: Os profissionais reconhecem a importância desta intervenção bem como os seus benefícios, nomeadamente na eficiência dos cuidados e nos resultados materno-neonatais positivos, traduzidos na diminuição do tempo na sala de partos e na boa adaptação do recém-nascido à mama e em maior autonomia no processo de amamentação (OMS, 2017). No entanto, em partos distócicos, sejam por ventosa, por fórceps ou por cesariana, verifica-se que a atitude dos profissionais é mais renitente a esta prática, privilegiando a separação da díade para a avaliação, procedimentos e monitorização do recém-nascido (OMS, 2017). Outros fatores condicionantes do contacto pele a pele são a prematuridade, Índices de Apgar inferiores a sete no quinto minuto e a necessidade de suporte respiratório (Larsen et al., 2025).

Avaliação: Perante este cenário, torna-se crucial perceber os verdadeiros riscos do contacto pele a pele imediato após um parto distócico, identificar as situações que restringem esta prática e adotar estratégias que garantam cuidado tão importante para mãe e filho.

Análise: Embora exista maior probabilidade de não ser realizado contacto pele a pele em partos distócicos (Larsen et al., 2025; Díaz-Ogallar et al., 2024), não existem riscos da sua promoção associados ao tipo de parto (Altit, Hamilton & O'Brien, 2024). O seu adiamento resume-se a situações de instabilidade materna após o parto e de compromisso neonatal que exija cuidados avançados ou reanimação (*National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), 2023). Contudo, existem alternativas que permitem manter este procedimento durante a ocorrência destas situações. No caso de

incapacidade materna, o RN pode realizar este contacto com o pai ou pessoa significativa até a mãe recuperar. No caso de instabilidade neonatal, as recomendações mais recentes da OMS (2025) reforçam que todos os RN, incluindo os de pré-termo ou com baixo peso à nascença, devem beneficiar de contacto pele a pele contínuo, sendo unicamente interrompido na ocorrência das situações anteriormente referidas. Uma vez estabilizado, deve voltar ao contacto, integrando os princípios do método canguru (OMS, 2025). Este método adequa-se igualmente aos RN de termo, graças aos seus benefícios como a promoção do contacto pele a pele, a amamentação exclusiva, assim como a monitorização e a prestação de cuidados ao RN no aconchego da mãe ou pai (Altit, Hamilton & O'Brien, 2024; OMS, 2025).

Conclusão: Durante esta intervenção, é primordial os profissionais manterem a vigilância durante as primeiras duas horas de vida do RN, assegurando a deteção de sinais de sofrimento neonatal e capacitando os pais para a manutenção do mesmo ao longo do internamento e no regresso a casa (OMS, 2017; OMS, 2025).

Plano de Ação: Assim, o contacto pele a pele deve ser considerado não como uma opção, mas sim como um cuidado fundamental para a saúde da díade. A sua consolidação depende da atualização das realidades institucionais, da formação das equipas multidisciplinares e da adequação dos recursos necessários, promovendo tanto a segurança do procedimento como o compromisso com as práticas humanizadas e centradas na mulher, no RN e na família (Altit, Hamilton & O'Brien, 2024; NICE, 2023; OMS, 2018).

Bibliografia:

- Altit, G., Hamilton, D., & O'Brien, K. (2024). Skin-to-skin care (SSC) for term and preterm infants. *Paediatrics & child health*, 29(4), 238–254. <https://doi.org/10.1093/pch/pxae015>
- Antunes, M. do C. F. de B., Teixeira, J. D. B. M., & Costa, I. M. M. dos e S. R. da. (2022). Contacto pele-a-pele no sucesso da amamentação: uma revisão scoping. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), 362–374. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.362-374>
- Díaz-Ogallar, M. A., Hernández-Martínez, A., Linares-Abad, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2024). Development of a Predictive Model for Skin-to-Skin Contact Immediately after Birth: A Cross-Sectional Study. *Children*, 11(5), 577. <https://doi.org/10.3390/children11050577>

Larsen, J. N., Hansson, H., Poorisrisak, P., et al. (2025). Obstetric and neonatal conditions and associations with early skin-to-skin contact – a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 692. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07811-w>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care for healthy women and babies (NG235)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

Organização Mundial de Saúde. (2017). Protection, promotion and support of breastfeeding in maternity and neonatal services. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/601a8af5-0919-4ffb-a11d-fb534d96ed03/content>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

Organização Mundial de Saúde. (2025). *Kangaroo mother care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fbdb2fa7-4296-4769-a6d0-7df924902223/content>

APÊNDICE II: Sessão de educação para a saúde destinada ao PPPP “Viver a
Maternidade”



POLITÉCNICO DE SANTARÉM



POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Curso de Preparação para o Parto: "Viver a Maternidade"

A AMAMENTAÇÃO

Enfermeira Especialista Iria Fernandes
Aluna Jéssica Lameiras

Outubro, 2024



Temáticas:

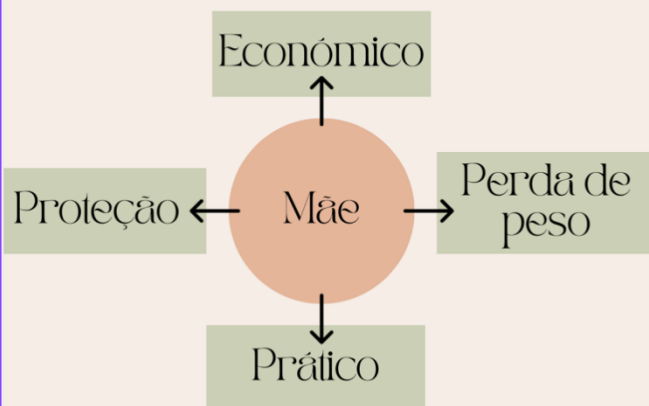


01. Recapitulação da Sessão Anterior
02. Técnica de Amamentação
03. Extração Manual e Mecânica
04. Conservação do Leite Materno
05. Complicações na Amamentação
06. Alimentação na Amamentação

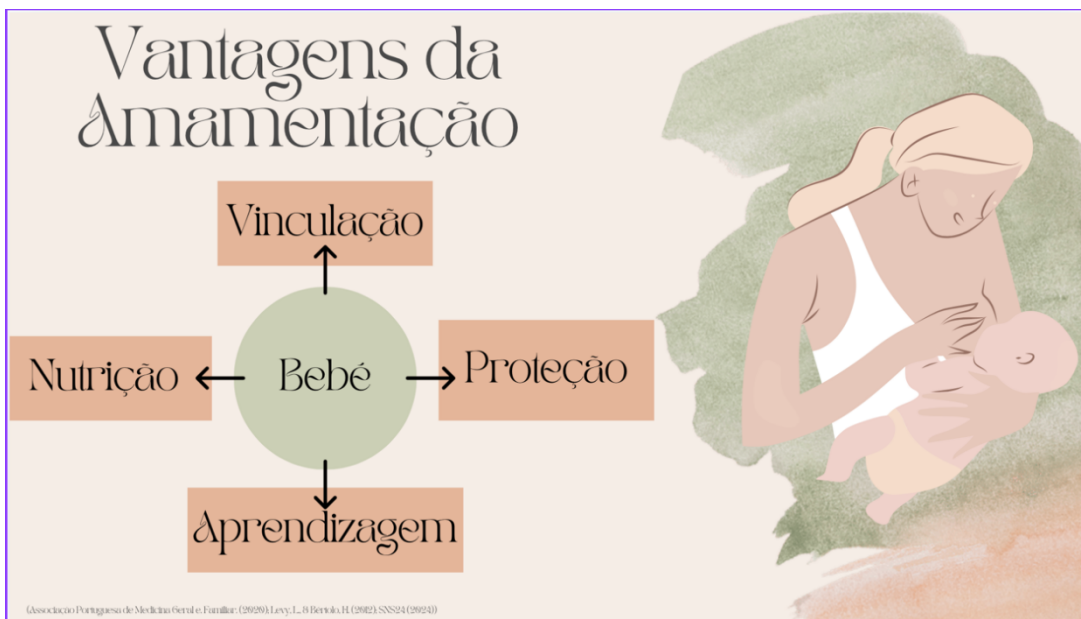
Recapitulando
a sessão anterior...



Vantagens da Amamentação



(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; (2002/01) Levy, L. & Bernola, H. (2002) SSS24 (2002/01)



Importância da Amamentação Precoce

01. Reduz o risco de mortalidade neonatal
02. Reduz risco de hemorragia no pós-parto
03. Favorecer o processo de vinculação

120023 (s/d)

Técnica da Amamentação



Técnica da Amamentação

Posicionamento da mãe:

- Costas direitas;
- Pés apoiados;
- Apoiar a mama com a mão livre;
- Mão que segura a mama deve estar em forma de "C".



Técnica da Amamentação

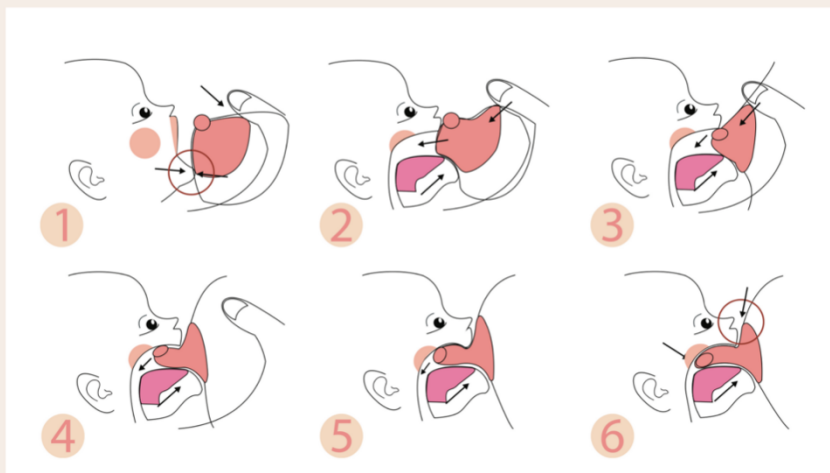
Posicionamento do bebé:

- Corpo alinhado (orelha-ombro-anca) e apoiado;
- Bebê de frente para a mama (nariz ao nível do mamilo);
- Contacto da barriga com barriga da mãe.



Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2002b)

Como colocar o bebé à mama?



Fonte: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2002b)

Técnica da Amamentação

Sinais de Boa Pega:

- Boca bem aberta;
- Bochechas redondas;
- Bebê pega na maior parte da aréola;
- A parte superior da aréola é mais visível do que a inferior;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo encostado à mama;
- Nariz livre.

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (20220) Levy, L. & Benício, H. (2002) SSS34 (20234)



Video



Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=6E3tbQhVlsc&list=PLgVltGkD6UJupct9_vHE2ArCeZMK4J0QI&index=5



Técnica da Amamentação

Duração da mamada

- variável (média:20 minutos)
- observar a mamada:
 - Início: sucção mais forte, profunda, mais lenta com pausas curtas;
 - Final: sucção mais leve com pausas maiores .

Intervalo das mamadas

- Horário livre (sempre que o bebê pedir);
- No 1º mês, não fazer intervalos longos (não ultrapassar as 3h)

Levy, L. & Bertolo, H. (2002)



Extração de Leite Materno

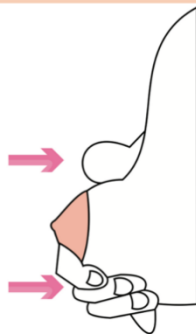


Extração Manual de Leite Materno

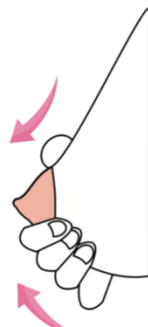
1



2



- Colocar o polegar na parte superior da auréola e o indicador na parte inferior;
- Centrar a mama;
- Pressionar em direção ao tórax.



- Pressionar em direção ao mamilo e soltar de seguida (não deve sentir dor!)



- O leite, inicialmente sai em pequena quantidade e depois maior;
- Rodar os dedos;
- Extrair até sentir a mama mole.

(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; (20020) Levy, L. & Bernick, H. (2002) SSS24 (2024))

Extração Mecânica de Leite Materno

Consiste em extrair o leite materno com o auxílio de bomba manual ou elétrica.

- É importante a eleição correta de dispositivo que melhor se adequa nomeadamente tamanho, custo monetário e conforto;
- Ter em atenção aos cuidados de higiene com o equipamento:
 - Lavar em máquina ou com água corrente e sabão;
 - Enxaguar muito bem;
 - Ferver durante 5 minutos ou esterilizar.



The Breastfeeding Network (2022). SNS24 (2024)

Conservação de Leite Materno



Fonte: <https://dorconsultoria.com.br/portofolio/aleitamento-materno/>

Como conservar o leite?

1. Armazenar em recipientes adequados e esterilizados:



frasco de vidro ou plástico



sacos de congelação



2. Identificar o recipiente:

Dia / Mês / Ano

Hora

(Eglish, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2007), Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SoL))

Como conservar o leite?

Tempo de Conservação:

Temperatura Ambiente
($\approx 25^{\circ}\text{C}$)

0 a 8 horas

Frigorífico

Fundo primeira
prateleira
($0 - 4^{\circ}\text{C}$)

8 dias

Fundo primeira
prateleira
($4 - 10^{\circ}\text{C}$)

3 a 5 dias



(Eglish, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2007), Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SoL))

Como conservar o leite?

Tempo de Conservação:

Congelador

Frigorífico

Combinado

Arca
(-19°C)

2 semanas

3 a 6 semanas

+6 meses



Outros cuidados:

- Pode juntar leite materno de diferentes extrações (máximo de 48h), desde que se encontrem à mesma temperatura.
- Para congelar, não ultrapassar 3/4 da capacidade do recipiente.

(Egheh, A. Simon, L. B The Academy of Breastfeeding Medicine. (2007) Sociedade Portuguesa de Neonatologia (sptl))

Complicações na Amamentação





Mamilos Fissurados

- Dor;
- Ferida na extremidade ou na base do mamilo.

Prevenção

- Posicionamento e Pega corretos;
- Se sentir a amamentar, retirar o bebé e recolocar.

(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar: (20220) Levy, L. B. Beredo, H. (2022) SNS24 (20224))



Mamilos Fissurados

Tratamento

- Correção do posicionamento e da pega;
- Iniciar a mamada no mamilo não doloroso;
- Aplicar colostro/leite no mamilo e auréola, após a mamada;
- Expor os mamilos ao ar;
- Medicação.

(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar: (20220) Levy, L. B. Beredo, H. (2022) SNS24 (20224))



Ingurgitamento Mamário

- Tensão;
- Aspeto brilhante;
- Dor;
- Difícil retirar leite;

Prevenção

- Amamentar em horário livre;
- Posicionamento e Pega corretos;

(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; (2020) Levy, L., & Bernão, H. (2021) SSS24 (2024))



Ingurgitamento Mamário

Tratamento

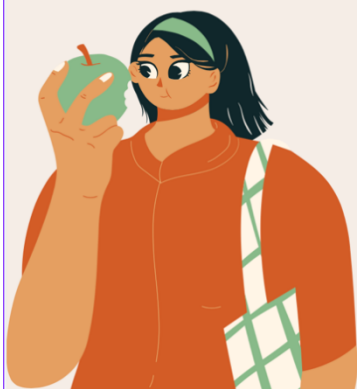
- Antes da mamada, aplicar compressas quentes ou chuveiro com água morna e massajar levemente, em direção ao mamilo;
- Extrair leite para aliviar a tensão antes da mamada;
- Iniciar a mamada pela mama mais cheia;
- Se mama congestionada após a mamada, aliviar com extração manual;
- Depois da mamada, aplicar compressas frias;
- Medicação.

(Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; (2020) Levy, L., & Bernão, H. (2021) SSS24 (2024))

Alimentação na Amamentação



Alimentação na Amamentação



- Dieta variada, equilibrada, rica em vitaminas e nutrientes.
- Manter uma boa hidratação;

Evitar:

- Bebidas estimulantes (chá preto, café);
- Consumo de substâncias.

(SNS24 (2024) Levy, L. & Helena, R. (2022))



APÊNDICE III: Plano de sessão de educação para a saúde

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: A Amamentação

Fundamentação do tema: O Aleitamento Materno é, segundo a UNICEF (Levy, L., & Bértolo, H. 2012), o alimento mais completo e seguro para criança, sendo por isso recomendada a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida. Apesar disso, o processo de amamentação nem sempre é fácil, e por isso, a capacitação dos futuros pais para amamentação torna-se preponderante (Cardoso, A. e Nené, M., 2016). Sendo o ato de amamentar, uma competência parental, o Curso de Preparação para o Parto torna-se o momento mais propício para o desenvolvimento da mesma (Cardoso, A. e Nené, M., 2016).

População-alvo: Grávidas/Casais a partir das 22 semanas de gravidez.

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade da [REDACTED]

Dinamizadores da sessão: Aluna Mestranda Jéssica Lameiras e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Iria Fernandes.

Data, hora e duração da sessão: A sessão encontra-se prevista para quinta-feira, dia 9 de Outubro de 2024, durante o horário estabelecido para o Curso de Preparação para o Parto. A duração prevista é de 90 minutos.

Objetivo geral: Capacitar o público-alvo para o processo de amamentação.

Objetivos específicos: Reforçar os benefícios da amamentação para a díade; Ensinar a técnica da amamentação; Educar para a prevenção e tratamento de possíveis complicações; Instruir sobre a extração e conservação de leite materno; Promover uma alimentação materna adequada durante este processo.

Recursos necessários:

- **Recursos Materiais:** um computador, um videoprojector, material demonstrativo (mama de trico ou de silicone, boneco), cadeiras.
- **Recursos Humanos:** estudante, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica orientadora e o grupo de grávidas/casais (6).
- **Recursos Económicos:** não aplicável.

Planeamento da Sessão de Ensino

Título	"A Amamentação"
Grupo-alvo	Grávidas / Casais com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas
Local	Sala Unidade de Cuidados na Comunidade da [REDACTED]
Data e Hora	9/10/2024 das 16h20 às 17h50
Duração	90 minutos
Palestrantes	Aluna Mestranda CMESMO: Jéssica Lameiras Enfermeira Especialista orientadora: Iria Fernandes
Objetivo Geral	Capacitar o público-alvo para o processo de amamentação
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar os benefícios da amamentação para a díade; - Ensinar a técnica da amamentação; - Educar para a prevenção e tratamento de possíveis complicações; - Instruir sobre a extração e conservação de leite materno; - Promover uma alimentação materna adequada durante este processo.
Metodologia	Método Expositivo Método Demonstrativo

	Método Participativo
Recursos	<u>Humanos:</u> - 2 enfermeiras - 6 mulheres ou casais <u>Materiais:</u> - Computador - Videoprojetor -Material demonstrativo (mama de trico ou de silicone, boneco) -Cadeiras <u>Económicos</u> (não aplicável)
Avaliação	Questionário de verificação de conhecimentos sobre as temáticas apresentadas

Tabela 3- Planeamento da Sessão de Ensino "A Amamentação"

APÊNDICE IV: Folheto informativo sobre o rastreio do cancro do colo do útero

É DOLOROSO?
Para a maioria das mulheres e procedimento indolor, mas poderá sentir desconforto. O importante é a senhora estar relaxada.

QUANDO É REALIZADA?
de 5 em 5 anos, se exame anterior negativo.

QUAIS OS CUIDADOS PREVIOS A CITOLOGIA?
Agendar exame para não coincidir com a menstruação;
Abstinência sexual nas 48h antes do exame;
Não aplicar medicação vaginal nas 48h antes do exame (a exceção de indicação médica contrária)

ONDE É REALIZADA?
Na sua Unidade de Saúde.

COMO SABER O RESULTADO?
Se o resultado apresentar alterações, será notificada.
Porém, se pretender saber o resultado mesmo que seja sem alterações poderá contactar a sua unidade de saúde.

Referências Bibliográficas:
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. NORMA N.º 036/2024 DE 17.05.2024 ... PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO DE BAIXA POPULACIONAL. LISBOA. DATA DISPONÍVEL EM: <https://normas.dgs.mn-saude.pt/> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO. LISBOA. SINSE. PUBLICADO NA CÉRCIA DE 1 MES ATUALIZADO RECENTEMENTE. DISPONÍVEL EM: <https://www.sinse24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/rastreo-do-colo-do-uterio>

Informe-se!
Contacte-nos
Contacto: [REDACTED]
E-mail: [REDACTED]@ulsob.min-saude.pt

Aceda à versão eletrónica:




**Agende já!
Porque o Rastreio
será o melhor
remédio.**





**Rastreio do
Cancro do
Colo do Útero**

Elaborado por
AEESMO Jéssica Lameiras

O que é o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)?



É um processo de diagnóstico precoce gratuito, realizado a mulheres que não apresentam sintomas, com a finalidade de reduzir o número de novos casos de cancro e a mortalidade resultante desta doença.

Cancro do Colo do Útero

É uma das principais causas de morte na mulher e é causado pela infeção por Papiloma Virus Humano (HPV).

COMO É TRANSMITIDA A INFEÇÃO?
Na maioria por via sexual, porém pode ocorrer por via não sexual.

QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?
Início precoce da atividade sexual;
Vários parceiros sexuais;
Histórico de infeção sexualmente transmissível (IST).

QUAIS SÃO OS SINTOMAS?
Não apresenta sintomas numa fase inicial.
Porém os sinais de alarme são:
Perda sanguínea vaginal;
Corrimento vaginal abundante;
Dor pélvica;
Dor durante a relação sexual.

COMO PREVENIR?
Vacina contra o HPV, que atualmente faz parte do Plano Nacional de Vacinação;
Aderir ao RCCU



Citologia Vaginal

PARA QUE SERVE?
Deteção de lesões no colo do útero.

A QUEM É DIRIGIDO?
Mulheres, entre os 25 e os 85 anos.

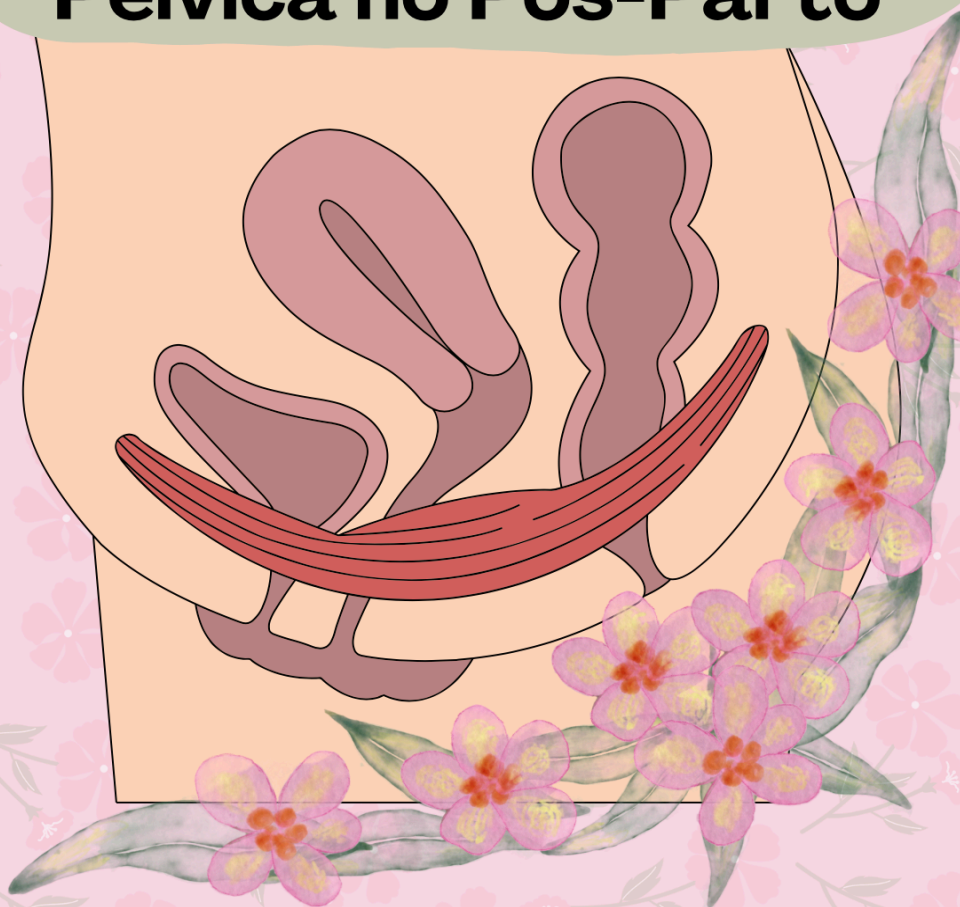
COMO É REALIZADA?



Para a visualização do colo uterino, é introduzido um espéculo vaginal, lubrificado com gel.
Para colheita de células do colo uterino, é utilizada um escovilhão que poderá ser colocado numa lamina de vidro ou num recipiente com líquido fixador.

APÊNDICE V: Ebook “Cuidados de saúde pélvica no pós-parto”

Cuidados de Saúde Pélvica no Pós-Parto



Elaborado por AEESMO Jéssica Lameiras



APÊNDICE VI: Reflexão crítica sobre a promoção da verticalidade no trabalho
de parto e parto

Reflexão crítica sobre a promoção da verticalidade no trabalho de parto e parto

Descrição: A liberdade de movimentos durante o trabalho de parto é uma prática altamente recomendada pela evidência científica, apesar de insuficientemente implementada em contexto clínico (Martins et al., 2025). Entre os vários benefícios estão o favorecimento do parto fisiológico e a melhoria da experiência da parturiente. De facto, as posições verticais facilitam a progressão do trabalho de parto, reduzindo a sua duração. Além disso, otimizam o alinhamento fetal, promovem um maior diâmetro pélvico funcional, usufruindo da gravidade como facilitadora (Amaro et al, 2021; Lobão & Zangão, 2022).

Sentimentos: Não obstante, a posição em litotomia continua a ser adotada por conveniência e rotina institucional, falta de formação das equipas, persistindo um modelo biomédico (Martins et al., 2025). Este desfasamento condiciona a autonomia da mulher e a qualidade do cuidado prestado, que segundo Melo Martins, Nelas & Santos (2025) é reforçado pelo défice de literacia das mulheres sobre os vários posicionamentos.

Avaliação: Considerando a verticalidade como uma componente essencial do trabalho de parto e parto humanizados que vai ao encontro da promoção da liberdade de movimentos e do conforto, defendida pelas orientações da Organização Mundial de Saúde (2018), torna-se preponderante promovê-la, reforçando assim, a autonomia da mulher na eleição da posição mais adequada a ela. Além disso, é considerada como um fator protetor da ocorrência de episiotomias e de partos instrumentados (OMS, 2018).

Análise: Contudo, existem desafios como a analgesia epidural e a monitorização cardiotocográfica contínua que limitam os movimentos. A fim de superá-los é necessário formar profissionais e rever protocolos que incentivem a monitorização *wireless* intermitente e a *walking epidural* como práticas e seguras (de Verastegui-Martín, 2023; Seraji et al., 2024; Ngomba et al, 2024).

Conclusão: Concluindo, remarca-se que o principal entrave à adoção desta prática não é a falta de evidência, mas sim a persistência de práticas que priorizam o profissional em vez da parturiente.

Plano de Ação: A fim de promover a verticalidade é necessário transformar a cultura organizacional, reorientando-a para abordagens centradas na mulher e promotoras da qualidade assistencial (Lewis, 2025). Para isso, é necessário focar na formação dos profissionais, disponibilizar equipamentos auxiliares (bolas de pilates, barras, ...) e

atualizar protocolos clínicos (Borer & Dubovi, 2023; Vogel et al., 2023; Quasdorf et al., 2023). A integração destas estratégias reforça a segurança clínica e favorece o empoderamento e satisfação da mulher (Hacivelioglu et al., 2023; Costa et al., 2023).

Bibliografia:

Amaro et al., 2021: Revista INFAD de Psicologia. Benefícios da verticalização do parto. https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2130?utm_source=chatgpt.com

Borer, H., & Dubovi, I. (2023). Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 870. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>

Costa, A. C. M., Prata, J. A., Oliveira, K. R., Silva, C. R. F., Progianti, J. M., Mouta, R. J. O., & Pereira, A. L. F. (2023). *Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84830>

de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of midwifery & women's health*, 68(1), 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Hacivelioglu, D., Tavşanlı, N., Şenyuva, İ. & Kosova, F. (2023). Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine*, 18(1), 20230633. <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>

Lewis, M. (2025). Midwifery Leadership in a Changing World—Why Is This So Challenging? A Reflective Commentary. *Healthcare*, 13(19), 2473. <https://doi.org/10.3390/healthcare13192473>

Martins, C., Amaro, C., Dias, H., Santos, M. J., & Coutinho, E. (2025). *Vertical birth: scoping review on obstacles to its implementation. Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(17e). DOI: 10.29352/mill0217e.39733.

Melo Martins, C. A., Nelas, P., & Santos, E. (2025). Conhecimento das mulheres sobre posições de parto: uma revisão scoping. *Servir*, 2(11), e39143. <https://doi.org/10.48492/servir0211.39143>

Ngomba, S., Mbombo, W., Boquillon, N., Isengingo, C., Bula-Bula, M., & Barhayiga, B. (2024). Ambulatory epidural analgesia during uncomplicated obstetric labour: Feasibility study at the Centre hospitalier intercommunal Villeneuve Saint Georges. *American*

Journal of Medical and Clinical Research & Reviews, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.58372/2835-6276.1131>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Recomendações da OMS: cuidados no período intraparto para uma experiência positiva de parto* [WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience]. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

Quasdorf, T., Manietta, C., Rommerskirch-Manietta, M., Braunwarth, J. I., Roßmann, C., & Roes, M. (2023). Implementation of interventions to maintain and promote the functional mobility of nursing home residents – a scoping review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04213-5>

Seraji, S. I., Chowdhury, S. R., Majumder, C., Ahmed, N., & Haque, K. M. M. (2024). Evaluating the efficacy and outcomes of walking epidural in labor analgesia. *Journal of Medical Sciences Research*, 36(1), 3–10. <https://jmsr-journal.com/uploads/6A86k9rOkA6B.pdf>

Vogel, J. P., Pingray, V., Althabe, F., et al. (2023). Implementing the WHO Labour Care Guide to reduce the use of Caesarean section in four hospitals in India: protocol and statistical analysis plan for a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomized pilot trial. *Reproductive Health*, 20, 18. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01525-4>

Zangão, M. O., & Lobão, A. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 36–51. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>

APÊNDICE VII: Reflexão crítica sobre a ingestão no trabalho de parto

Reflexão crítica sobre a ingestão no trabalho de parto

Descrição: A ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto constitui um assunto controverso que divide opiniões, embora seja considerada como promotora de conforto e qualidade. De facto, o reconhecimento da sua importância não é recente, em 2014, esta já era considerada como um dos indicadores de evidência do Projeto Maternidade com Qualidade desenvolvido pela Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2014).

Sentimentos: Ainda assim, muitas instituições mantêm a restrição de ingestão durante o trabalho de parto, baseada num possível risco de aspiração pulmonar caso seja necessária anestesia geral. Contudo esta prática desadequada é atualmente refutada pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA) que recomenda a ingestão hídrica de líquidos leves (ASA, 2022).

Avaliação: Rodrigues et al. (2025) reforçam que os líquidos devem ser claros e ricos em hidratos de carbono e proteínas, pois favorecem o esvaziamento gástrico e reduzem o risco de aspiração. Embora reconheçam este risco como baixo e o papel facilitador da epidural, os autores desaconselham alimentos sólidos, recomendando um jejum de seis horas como precaução para a possibilidade de cesariana sob anestesia geral.

Análise: Em contraste, estudos como o de Fagundes et al. (2025) não detetaram qualquer relação entre a ingestão e efeitos adversos, tais como vômitos ou consequências nos resultados materno-fetais, revelando ainda que a ingestão diminui o tempo de trabalho de parto. Soares (2024) corrobora, evidenciando que esta prática reduz a necessidade de indução de trabalho parto como também aumenta a satisfação da parturiente, pelo que deve ser incentivada. De igual modo, a Organização Mundial de Saúde (2018) reforça esta orientação ao integrar a ingestão de líquidos e alimentos no seu Modelo de Assistência Intraparto, recomendando assim sua prática em gravidezes de baixo risco. Em consonância, a Direção Geral da Saúde (DGS) sugere que, em trabalhos de parto de baixo risco, no primeiro estadio, sejam oferecidos líquidos claros, gelatinas e gelados de água, enquanto no segundo, apenas água (DGS, 2023).

Conclusão: Perante tais evidências, como se justifica a perpetuidade de uma prática desatualizada sustentada num risco raro e descontextualizado da atualidade obstétrica? E porque permanece limitada a discussão entre equipas de saúde materna e obstétrica sobre atualizações promotoras da segurança e autonomia da mulher?

Plano de Ação: Numa perspetiva de parto humanizado e centrado na mulher, é crucial que exista um equilíbrio entre a segurança e o respeito pela autonomia desta. Para isso,

é essencial a criação de protocolos individualizados baseados na evidência. Um dos exemplos é a recomendação do *National Health Service of Wales* que ajusta a ingestão conforme o risco de gravidez ou tipo de parto (cesariana).

Bibliografia:

American Society of Anesthesiologists. (2022, October 26). *Statement on Oral Intake During Labor*. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-oral-intake-during-labor>

Direção Geral de Saúde. (2023). *Orientação da Direção Geral de Saúde*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Fagundes, P. (2025). Less restrictive food consumption during labor in ... [Systematic review]. *Journal name, Advance online publication*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613825000531>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade: Resultados 2014*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Recomendações da OMS: cuidados no período intraparto para uma experiência positiva de parto* [WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience]. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

National Health Service of Wales. (2024). *Obstetric Eating and Drinking Guideline*. <https://wisdom.nhs.wales/health-board-guidelines/swansea-bay-maternity-file/labour-eating-and-drinking-guideline/>

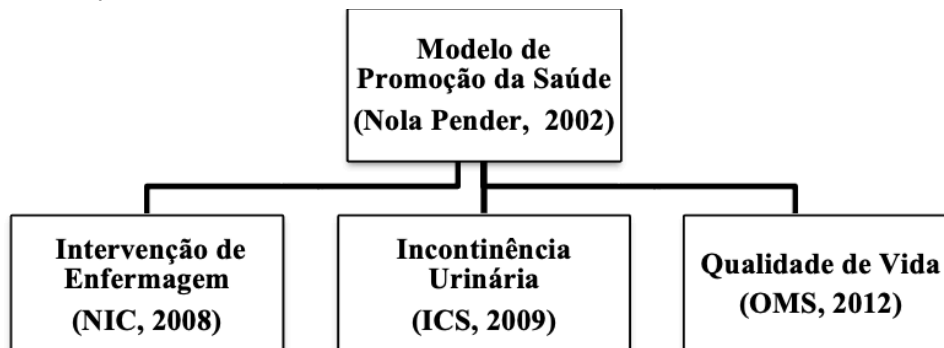
Rodrigues, C., Ferreira, M., Pires, S., Pousadas, D., Igual, A., Pires, A., Firmo, A., Cosme, A., Santos, E., & Coutinho, E. (2025). *Dieta da parturiente de termo sem patologia associada: revisão sistemática da literatura*. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed. espec. no17), e38663

Soare, B. (2024). *Ingestão de Alimentos, suplementos e bebidas durante o trabalho de parto de risco habitual: uma revisão de escopo*. *Repositório Institucional UFRN*. <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/6961440a-099b-4004-8e7b-addc771542d6/content>

APÊNDICE VIII: Mapa conceptual

Figura

Mapa conceptual



APÊNDICE IX: Tabela de definições operatória e abstrata

Tabela Definições operatória e abstrata

Conceitos	Definição Operatória	Conceito Abstrato
Modelo de Promoção da Saúde	Intervenções de enfermagem que gera comportamento de saúde através da modificação de ações.	<p>“Cada pessoa possui características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. O conjunto de variáveis para o conhecimento e o efeito específico do comportamento tem um importante significado motivacional. Estas variáveis podem ser modificadas através de ações de enfermagem. O comportamento promotor da saúde é o resultado comportamental.”</p> <p>Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2002)</p> <p>Fonte: https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/</p>
Intervenção de Enfermagem	Cuidado de Enfermagem	<p>“qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.”</p> <p><u>Nursing Interventions Classification</u> (2008)</p> <p>Fonte: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf</p>
Incontinência Urinária	Perda de urina	<p>“queixa de qualquer perda involuntária de urina.”</p> <p><u>International Continence Society</u> (2009)</p>
Qualidade de Vida	Conjunto de condições necessárias ao bem-estar	<p>“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”</p> <p>Organização Mundial de Saúde (2012)</p> <p>Fonte: https://www.who.int/tools/whogol</p>

APÊNDICE X: Tabela de estratégia de pesquisa

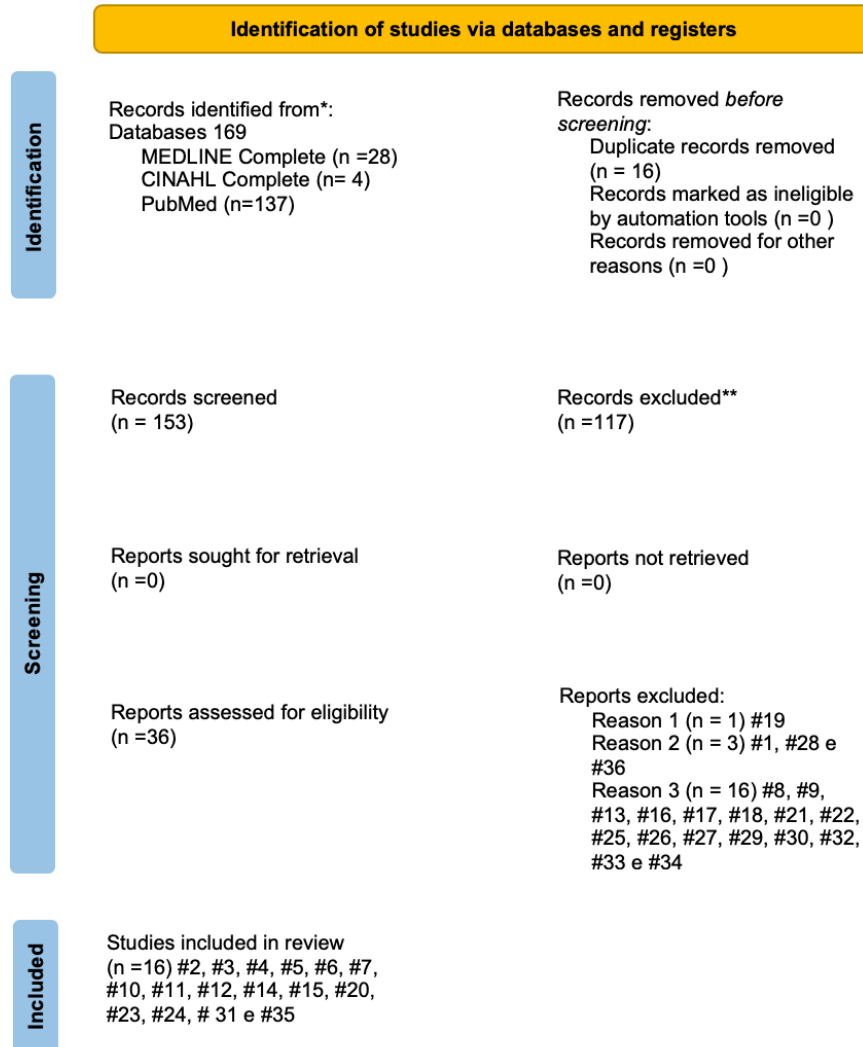
Tabela

Estratégia de pesquisa

Pesquisa	Expressão de Pesquisa	Pesquisa na CINAHL Complete	Pesquisa na MedLine Complete	Pesquisa na PubMed
#1	<i>Urinary dysfunction</i>	0	13	1258
#2	<i>Urinary loss</i>	0	4	359
#3	<i>Urinary incontinence (MeSH)</i>	45	308	628
#4	<i>Midwifery (MeSH)</i>	128	1830	4376
#5	<i>Nursing (MeSH)</i>	3018	9026	21542
#6	<i>Prevention</i>	3680	16308	57153
#7	<i>Treatment</i>	6006	41351	173990
#8	<i>Intervention</i>	5768	22084	233528
#9	<i>Program (MeSH)</i>	3677	13138	51429
#10	<i>Health Promotion (MeSH)</i>	720	2107	7458
#11	<i>Quality of Life (MeSH)</i>	1766	7228	19405
#1 OR #2 OR #3	<i>Urinary dysfunction OR Urinary loss OR Urinary incontinence</i>	45	323	1952
#4 OR #5	<i>Midwifery OR Nursing</i>	3086	9422	22263

#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	<i>Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life</i>	14135	72600	281048
(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)	<i>(Urinary dysfunction OR Urinary loss OR Urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing)</i>	6	49	139
(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11)	<i>(Urinary dysfunction OR Urinary loss OR Urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing) AND (Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life)</i>	4	28	137

APÊNDICE XI: Diagrama de fluxo PRISMA 2020



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Reason 1 - Falta de acesso ao artigo

Reason 2 – Contexto demasiado específico

Reason 3 - Não contribui para a questão de pesquisa

APÊNDICE XII: Numeração e título dos artigos selecionados

Tabela
Numeração e título dos artigos selecionados

Número do Artigo Selecionado	Título Correspondente
2	<i>Effect of Group Counseling on the Health Promotion of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial.</i>
3	<i>Impact of Lifestyle on Urinary Incontinence Severity among Women: A Cross-Sectional Study in East China.</i>
4	<i>Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women.</i>
5	<i>Pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: development of a programme theory from a longitudinal qualitative case study.</i>
6	<i>The effect of using mobile phone applications for intelligent pelvic floor rehabilitation on elderly female patients with stress urinary incontinence.</i>
7	<i>The effect of pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training on urinary incontinence and birth outcomes: a randomized-controlled study.</i>
10	<i>Awareness of urinary incontinence in pregnant women as a neglected issue: a cross-sectional study.</i>
11	<i>Women's experiences of assessment for urinary incontinence: a qualitative study.</i>
12	<i>Managing incontinence-associated dermatitis in the community: an overview.</i>
14	<i>Urinary incontinence in older adult women: fighting a rising tide.</i>
15	<i>Application of Information-Motivation-Behavioural Skills Model on Older Women with Urge Urinary Incontinence: A Retrospective Study.</i>
20	<i>Stable pelvic floor muscle training improves urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus.</i>

23	<i>Impact of an evidence-based bundle on incontinence-associated dermatitis prevalence in hospital patients: A quasi-experimental translational study.</i>
24	<i>Care Needs of Older Adults With Urinary Incontinence: A Cross-Sectional Study.</i>
31	<i>Exploring urinary incontinence in hospitalised older women: A mixed methods investigation of prevalence and nurse perspectives.</i>
35	<i>Potential profiling of social alienation in older female patients with stress urinary incontinence.</i>

APÊNDICE XIII: Instrumento de extração de dados JBI

Tabela

Instrumento de extração de dados JBI

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>#2 - <i>Effect of Group Counseling on the Health Promotion of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial.</i></p> <p>Autores: Mahtab Mahvashi, Hadi Tehrani, Jamshid Jamali, Nahid Jahani Shoorab, Leila Pournali e Kobra Mirzakhani</p> <p>País: Irão</p> <p>Data de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem Quantitativa: Ensaio clínico randomizado</p> <p>Crítérios de inclusão: consentimento informado, ser iraniana, ter mais de 18 anos, nível mínimo de alfabetização, ter um smartphone, não estar grávida, ausência de doenças relacionadas com incontinência urinária, não consumir drogas e ervas diuréticas, nem tabaco e álcool, não ter restrições de movimento, comunicar</p>	<p>414 Mulheres com incontinência urinária de esforço encaminhadas para clínicas ginecológicas em Mashhad, entre maio e agosto de 2022</p>	<p>Determinar o efeito do aconselhamento em grupo, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Pender, em mulheres com incontinência urinária de esforço</p>	<p>A existência de necessidade de exames e intervenções devido ao Impacto da IU na qualidade de vida; Recomenda o uso do modelo de Pender - Este melhora o bem-estar através da educação sobre os fatores influentes e adoção de comportamentos adequados.</p>	<p>Este estudo evidencia a eficácia da intervenção baseada no modelo de promoção da saúde de Pender na melhoria de saúde das mulheres com IUE. Este modelo considera os aspetos físicos e psicossociais além das características individuais, experiências de vida e dinâmicas de grupo.</p> <p>Este modelo potencia o empoderamento e a adoção de comportamentos saudáveis.</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>verbalmente, IMC inferior a 30, ausência de infecção do trato urinário, sofrer de incontinência urinária de esforço e ausência de stress grave, ansiedade ou depressão</p> <p><u>Crítérios de exclusão:</u> Não participação em mais de uma sessão de aconselhamento; a falta de vontade de continuar a cooperar na investigação e a ocorrência de um acidente infeliz.</p> <p><u>Instrumentos de colheita de dados:</u> Questionário demográfico; Questionário para Diagnóstico de Incontinência Urinária (QUID), Escalas de</p>				

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21); Questionário para a promoção da saúde com base nos conceitos do modelo de Pender; Escala <i>Toileting Behaviours– Women’s Elimination Behaviours</i> (TB-WEB), Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência, Curto Formulário para Incontinência Urinária (ICIQ-UISF)”</p>				
<p>#3 - <i>Impact of Lifestyle on Urinary Incontinence Severity among Women: A Cross-Sectional Study in</i></p>	<p>Abordagem Quantitativa: Estudo transversal realizado numa cidade do leste da China, de setembro a</p>	<p>Mulheres adultas de seis comunidades foram incluídas no estudo</p>	<p>Investigar o impacto dos hábitos de estilos de vida na severidade da IU entre as</p>	<p>Refere a existência de vários fatores que exacerbam a IU. Destaca a importância da deteção e intervenção precoce</p>	<p>Este estudo identificou múltiplos fatores relacionados à gravidade da incontinência urinária como a</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><i>East China.</i></p> <p><u>Autores:</u> Qianqian Li, Xuan Ji, Lang Zhuo, Xinxin Zheng, Cui Chen e Fang Zhou</p> <p><u>País:</u> China</p> <p><u>Data de publicação:</u> 2024</p>	<p>dezembro de 2020, usando um método de amostragem aleatória com base nos distritos administrativos da cidade</p> <p><u>Critérios de Inclusão:</u> idade superior ou igual a 18 anos; residência no leste da China; boa função cognitiva; consentimento livre e esclarecido</p> <p><u>Critérios de Exclusão:</u> gravidez ou parto há menos de 3 meses, sofrer de doenças que afetam a função da bexiga; uso de diuréticos</p> <p><u>Instrumentos de colheita:</u> questionário de informação geral, Escala <i>Toileting</i></p>		mulheres no leste da China.	<p>para prevenção do agravamento da IU e melhoria da qualidade de vida e trabalho destas mulheres. Comportamentos como a higiene perineal, viver sozinho, postura na micção e a qualidade de sono estão significativamente associados à IU. Recomenda o rastreio de sintomas urinários, a promoção da prevenção e tratamento, a adoção de bons hábitos.</p>	<p>higiene perineal, hábitos de eliminação, qualidade do sono, apoio social e condições ambientais. Uma higiene adequada é um fator protetor, enquanto os hábitos inadequados (posturas incorretas durante a micção) e viver sozinho foram fatores de risco de IU moderada ou grave. Além disso, questões emocionais e sociais, como solidão, estigma, distúrbios do sono podem agravar a IU, o que revela a sua complexidade multifatorial. Destaca a</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p><i>Behaviours: Women's Elimination Behaviours e do International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form Chinese Version</i></p>				<p>importância da detecção e intervenção precoces para a prevenção e agravamento da IU e promoção da qualidade de vida destas mulheres. As estratégias recomendadas são orientações sobre higiene e hábitos de micção adequados e ações de melhoria das condições sanitárias, do apoio psicossocial e de distúrbios do sono. As medidas essenciais para uma intervenção eficaz na redução do impacto físico, psicológico e social da IU são o rastreio de sintomas urinários e a promoção de estilos</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					de vida saudáveis.
<p>#4- <i>Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Review)</i></p> <p>Autores: E Jean C Hay-SmithMałgorzata Starzec-ProserpioBrittany MollerDaniela AldabeLicia CacciariAna Carolina R PitanguíGiovana VesentiniStephanie J WoodleyChantale DumoulinHelena C FrawleyCristine H JorgeMélanie MorinSheila A WallaceMark Weatherall</p> <p>País: Nova</p>	<p>Abordagem Quantitativa: Revisão Sistemática Pesquisas realizadas na Cochrane a 27 de setembro de 2023, em revistas e atas de congressos e revimos listas de referências.</p> <p>Objetivo: investigar a eficácia de duas ou mais intervenções baseadas no exercício, concebidas para induzir uma resposta de treino nos músculos do pavimento pélvico para tratar os sintomas de incontinência urinária.</p> <p>Critérios de</p>	<p>Mulheres diagnosticadas com incontinência urinária de esforço, urgência ou mista por sintomas, sinais ou avaliação urodinâmica.</p>	<p>Avaliar os efeitos de abordagens alternativas ao Treino dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP) no tratamento da IU em mulheres.</p>	<p>Recomenda o TMAP como tratamento de primeira linha. Este pode ser supervisionado individualmente ou em grupo, de preferência direto e com uma frequência de três ou mais vezes por semana; e beneficia do recurso a novas tecnologias. Os fatores que influenciam a escolha do exercício são os custos e as preferências das mulheres.</p>	<p>Este estudo sintetiza as evidências sobre o TMAP como tratamento de primeira linha sendo destacado o treino direto como o mais efetivo. Não existe diferença entre a supervisão individual ou em grupo. A presença física permite orientar a execução correta. Existe evidência de fraca certeza que os exercícios indiretos podem dispersar o foco da intervenção e não trazer benefício. O recomendado é: uma frequência superior a três vezes por semana;</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>Zelândia</p> <p><u>Data de publicação:</u> 2024</p>	<p><u>Inclusão:</u> Ensaios clínicos randomizados, quase randomizados ou randomizados por <i>clusters</i> em mulheres com incontinência urinária de esforço, urgência ou mista, em que um braço do ensaio incluía treino muscular de assoalho pélvico e, o outro braço, uma abordagem alternativa a este.</p> <p><u>Crítérios de Exclusão:</u> Estudos com participantes com alterações físicas, neurológicas ou grávidas ou em período pós-parto inferior a três meses, ECR cruzados, viver em instituições de acolhimento.</p>				<p>evitar o uso de dispositivos; recorrer às novas tecnologias. A escolha do exercício deve ter em conta as evidências, os custos, a preferência da mulher bem como garantir a adesão e qualidade na execução, de forma a melhorar a qualidade de vida.</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>#5 - <i>Pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: development of a programme theory from a longitudinal qualitative case study</i></p> <p>Autores: Bugge C., Hay-Smith J., Hagen S., Grant A., Taylor A., Dean S..</p> <p>País: Reino Unido</p> <p>Data de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem Qualitativa: Estudo qualitativo longitudinal, alinhado a um ensaio clínico randomizado</p> <p>Critérios de inclusão: Mulheres; idade igual ou superior a 18 anos; apresentar um novo episódio de IU de esforço (IUE) ou IU mista (IUM).</p> <p>Critérios de exclusão: Sintomas de IUU isolada; receber instrução formal sobre o TMAP no anterior, incapacidade em contrair os músculos do pavimento pélvico; grávida ou pós-parto inferior a 6 meses; prolapso dos órgãos pélvicos</p>	<p>600 mulheres de 23 centros em todo o Reino Unido foram randomizadas (300 em cada grupo)</p>	<p>Identificar e compreender o que influenciou a adesão das mulheres ao TMAP e os resultados da IU ao longo do tempo.</p>	<p>A adesão a longo prazo ao TMAP é uma interação complexa entre muitos fatores diferentes. Conjuntamente com a autoeficácia são cruciais para o resultado. A fim de apoiar a adesão, o enfermeiro deve investigar a motivação da mulher para a procura de tratamento e compreender os fatores contextuais que a afetam. Os fatores contextuais desempenham um papel na capacidade da mulher em realizar o TMAP pelo que devem ser tidos em conta no tratamento.</p>	<p>A adesão ao TMAP na incontinência urinária depende da interação entre a autoeficácia, a motivação e os fatores contextuais. Estas componentes variam entre mulheres e ao longo do tempo. A intervenção do profissional de saúde é crucial para o ensino da técnica correta, apoio e adaptação do tratamento às necessidades individuais. Além disso, compreender a motivação inicial e o contexto de cada mulher é essencial para manter a prática a longo prazo, especialmente</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>superior ao estágio II na medição POP-Q; em tratamento de cancro pélvico; comprometimento cognitivo; doença neurológica; alergia ou sensibilidade ao níquel; participante noutras pesquisas sobre IU.</p> <p>Instrumento de colheita de dados: quatro entrevistas semiestruturadas ao longo de dois anos.</p>				<p>quando já não existe supervisão. A personalização das intervenções aumenta a adesão e melhora os resultados, resultando num tratamento mais eficaz e duradouro.</p>
<p>#6 - <i>The effect of using mobile phone applications for intelligent pelvic floor rehabilitation on elderly female patients with stress urinary incontinence.</i></p> <p><u>Autores:</u></p>	<p>Abordagem Quantitativa</p> <p>Os participantes foram estratificados em dois grupos etários: 50–60 anos (n = 51) e mais de 60 anos (n = 158).</p> <p><u>Critérios de Inclusão:</u> Idade</p>	<p>209 doentes do sexo feminino com diagnóstico de incontinência urinária no ambulatório do Hospital Internacional da Universidade de Pequim, entre setembro de</p>	<p>Explorar o efeito da reabilitação inteligente dos músculos do pavimento pélvico em doentes idosas com incontinência.” (resumo).</p>	<p>O modelo inteligente de reabilitação do pavimento pélvico que combina uma aplicação móvel com halteres inteligentes pode manter e fortalecer o efeito do tratamento clínico para doentes idosos com incontinência</p>	<p>A incontinência urinária de esforço (IUE), comum em mulheres pós-menopausa e idosas, está associada a fatores como parto vaginal, envelhecimento e défice de</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>Wenjuan Mao, Mingzhu Jiang, Wenduo Chen, Juan Du, Qian Xiao</p> <p>País: China</p> <p>Data de publicação: 2024</p>	<p>superior a 50 anos; a pontuação do ICI-Q-SF cumpriu os critérios para incontinência urinária; recomendação médica para métodos de tratamento não cirúrgicos, como exercícios para os músculos do pavimento pélvico; concordância e aceitação do doente e da família neste estudo sem barreiras de comunicação.</p> <p>Critérios de Exclusão: História de cirurgia de IUE; cirurgia pélvica realizada nos últimos três meses; infeção do trato urinário ou infeção aguda do trato</p>	<p>2020 e janeiro de 2022.</p>		<p>urinária (resumo). Este modelo educativo com recurso a aplicação apresenta palestras informativas, lembretes, treinos personalizados, gera os dados dos exercícios automaticamente, consultas e estatísticas. O seu uso promove a adesão à reabilitação pélvica, o conhecimento e a sensibilização das mulheres com IU, melhorando o tratamento.</p>	<p>estrogénio. O tratamento de primeira linha é conservador, destacando-se a reabilitação pélvica. O uso de aplicações móveis para educação e treino mostrou-se eficaz ao aumentar o conhecimento, a motivação e a adesão, oferecendo conteúdos multimédia, lembretes e feedback que tornam o processo mais acessível e interativo.</p> <p>Quando associada a halteres inteligentes, esta abordagem mantém e potencia os resultados clínicos, reforçando a força</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>reprodutivo ocorrida nas últimas duas semanas; doença consumptiva crónica e exacerbação aguda de doença mental</p> <p><u>Instrumentos de colheita de dados:</u> questionários de informações gerais, questionário de conhecimento e sensibilização sobre a reabilitação do pavimento pélvico, medição da força muscular do pavimento pélvico e escala de qualidade de vida para incontinência urinária.</p>				<p>muscular, reduzindo sintomas e melhorando o bem-estar emocional. Trata-se de uma solução inovadora e sustentável que otimiza o tratamento da IUE e promove a qualidade de vida.</p>
<p>#7 - <i>The effect of pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training on urinary</i></p>	<p>Abordagem Quantitativa: estudo unicêntrico, simples-cego, aleatório e randomizado.</p>	<p>126 participantes com 28 a 30 semanas de gestação e</p>	<p>Examinar o efeito do treino de preparação para o parto assistido por</p>	<p>A preparação para o parto com Pilates reduziu a gravidade e sintomas da IU na gravidez e pós-parto.</p>	<p>O programa de Pilates pré-natal mostrou-se eficaz na redução da gravidade e dos</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><i>incontinence and birth outcomes: a randomized-controlled study</i></p> <p>Autores: Gonca Buran, Serap Erim Avci</p> <p>País: Turquia</p> <p>Data de publicação: 2024</p>	<p>Critérios de inclusão: Ter entre 18 e 35 anos; estar na 28^a e 30^a semana de gestação; ter tido uma gravidez única e ser nulípara. (pág.3)</p> <p>Critérios de exclusão: Ter obstipação crónica; ter tosse crónica; ter dado à luz fora das 37–42 semanas; ter excesso de peso e obesidade; ter antecedentes de qualquer condição psiquiátrica, lesão medular, esclerose múltipla, malignidade da bexiga ou anomalias anatómicas congénitas ou adquiridas do trato urogenital; e ter IU devido a uma condição</p>	<p>nulíparas foram aleatoriamente designadas para receber o grupo (n = 63) ou o grupo de controlo (n = 63).</p>	<p>pilates na gravidez na incontinência urinária (IU), incluindo a incontinência urinária de esforço (IUE) e a incontinência urinária de urgência (IUU) durante a gravidez e o período pós-parto e os desfechos do parto.</p>	<p>Além disso, este método promove a redução do ganho ponderal na gravidez, taxa de parto vaginal e reduz o tempo de trabalho de parto. (resumo)</p> <p>Este treino de oito semanas foi eficaz na redução da gravidade IU.</p> <p>Os pilates contribuíram para a redução de problemas de IU na gravidez e pós-parto.</p> <p>Este programa auxiliou no controlo de peso (menos aumento) na gravidez, aumento de partos vaginais, redução de tempo de parto.</p> <p>É recomendado que EE-ESMO's e outros profissionais que fazem preparação para o parto integrem</p>	<p>sintomas de incontinência urinária (IU) durante a gravidez e no pós-parto. As participantes do grupo de intervenção apresentaram menor aumento de peso, menor IMC pós-parto e redução da frequência, volume e gravidade da IU em comparação com o grupo controlo. Além disso, os exercícios de Pilates, aliados à respiração diafragmática, reduziram a duração do trabalho de parto e favoreceram o parto vaginal, diminuindo os riscos de lesões neuromusculares e</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	secundária, como infecção crónica do trato urinário.			pilates bem como exercícios de respiração e relaxamento.	<p>estiramento associados a um segundo estágio prolongado do trabalho de parto.</p> <p>O programa de oito semanas também não afetou o peso do recém-nascido nem a realização de episiotomia, prática comum na Turquia, mas contribuiu para a adesão a hábitos de saúde positivos e melhor controle do ganho ponderal materno.</p> <p>Recomenda-se a integração de Pilates, exercícios de respiração e relaxamento nos programas de preparação para o parto, uma vez que promovem a redução da IU,</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					aumentam a taxa de partos vaginais e diminuem o tempo de trabalho de parto, beneficiando a saúde materna e a qualidade do parto.
<p>#8 - <i>Awareness of urinary incontinence in pregnant women as a neglected issue: a cross-sectional study.</i></p> <p>Autores: Manolya Parlas, Dilek Bilgic</p> <p>País: Turquia</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem Quantitativa: Estudo transversal e descritivo foi realizado nos serviços de obstetria de um hospital universitário no oeste da Turquia, entre março de 2020 e setembro de 2020</p> <p>Critérios de inclusão: ter ≥18 anos, uma gravidez simples e falar e compreender turco.</p> <p>Critérios de exclusão: problemas de comunicação ou com perturbação</p>	<p>255 grávidas num hospital universitário na Turquia entre março e setembro de 2020.”</p> <p>“entrevista presencial.</p>	<p>Determinar o conhecimento das grávidas sobre a IU e os seus conhecimentos e atitudes neste contexto.</p>	<p>Embora a prevalência da IU seja elevada, o conhecimento das grávidas é escasso. Este facto revela a necessidade de informação. Apesar da tentativa de atitudes positivas em relação à IU, estas não são suficientes para a procura de saúde. (resumo)</p> <p>É necessário desenvolver estratégias para consciencializar as grávidas da IU e incentivar a procura de comportamentos de saúde para</p>	<p>O estudo revela que a incontinência urinária (IU) é comum entre grávidas, afetando cerca de metade da amostra, mas o conhecimento sobre a condição e sobre os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico é baixo. Apesar de demonstrarem atitudes positivas, estas não são suficientes para motivar a procura de cuidados de saúde. Muitos fatores, como alterações</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	mental ou auditiva Instrumentos de colheita de dados: Questionário de Conhecimento sobre Incontinência (PIKQ) e da Escala de Atitudes em Relação à Incontinência Urinária (UIAS) Formulário de Informação Demográfica, do Questionário de Conhecimento sobre Prolapso e Incontinência e da Escala de Atitudes em Relação à Incontinência Urinária			prevenção/controlo da IU nas consultas pré-natal. Metade das grávidas tinha IU, o conhecimento destas sobre IU era baixo e a prevalência elevada. Apesar de demonstrarem a atitudes positivas não eram suficientes para a procura de saúde. A taxa de grávidas que conheciam os PFMT foi baixa. A falta de conhecimento pode levar a atraso ou ausência de tratamento para a prevenção e gestão da IU. A educação favorece as atitudes, a sensibilização para os sintomas e incentiva a procura de cuidados de saúde.	físicas e hormonais na gravidez, falta de informação sobre prevenção e controlo da IU, e barreiras práticas (esquecimento, cansaço, sobrecarga de cuidados) dificultam a adesão aos TMAP e à procura de tratamento, o que pode atrasar a prevenção e o manejo adequado da IU. A educação pré-natal surge como ferramenta essencial para melhorar o conhecimento e promover comportamentos de saúde positivos. Enfermeiros e EE-ESMO's

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
				<p>Os EE-ESMO's devem informar os fatores de riscos para IU (prevenção e redução) de forma a sensibilizar a grávida para IU; incentivar a grávida nas aulas de preparação para o parto, programas educativos para IU, ensinar o PFMT; preparar materiais e recursos visuais educativos para melhorar o seu conhecimento e atitude em relação à IU.</p> <p>Pode ser benéfico apoiar a educação com o recurso a aplicações como aplicações móveis, telessaúde e teleenfermagem.</p>	<p>desempenham papel crucial na detecção de fatores de risco, ensino dos TMAP, sensibilização para sintomas e incentivo à procura de cuidados.</p> <p>Estratégias educativas, incluindo aulas, materiais visuais e aplicações móveis, podem aumentar a adesão aos exercícios e à prevenção da IU, melhorar atitudes e conscientização das grávidas, e, consequentemente, contribuir para a melhoria da qualidade de vida materna.</p>
#9 - <i>Women's</i>	Abordagem	"10 mulheres	Explorar a	A IU e a avaliação	As mulheres com

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><i>experiences of assessment for urinary incontinence: a qualitative study.</i></p> <p>Autores: Lotte Miriam Eri Mjelde, Anne Torine Litherland, Elisabeth Grov Beisland</p> <p>País: Noruega</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Qualitativa: Entrevistas individuais semiestruturadas com dez mulheres avaliadas quanto à incontinência urinária; método de análise reflexiva temática;</p> <p>Crítérios de Inclusão: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, competentes para dar consentimento, capazes de falar e compreender norueguês e que não tivessem realizado previamente uma avaliação para IU e que aceitassem participar e assinassem o consentimento</p> <p>Instrumento de colheita:</p>	<p>com IU que tinham acabado de ser submetidas a uma avaliação de IU na clínica de ambulatório do Vestfold Hospital Trust.” “... recrutadas pelo uroterapeuta imediatamente após a avaliação “(pág2) “ de setembro a outubro de 2022”.</p>	<p>experiência de um grupo de mulheres submetidas a uma avaliação para incontinência urinária e explorar as experiências das mulheres que foram submetidas a uma avaliação da IU por um uroterapeuta para obter uma visão mais aprofundada</p>	<p>desta provoca vergonha e ansiedade. É fundamental, uma boa relação paciente-enfermeiro. (resumo) Saber que existem tratamentos disponíveis apazigam as mulheres sobre o futuro. A IU é uma condição que afeta todas as áreas de vida e as mulheres experienciam vergonha e ansiedade. (pág.5) Melhorar a informação e preparação da avaliação. (pág.5) Reduzir o tempo de espera diminui a sensação de não ser importante (pág.5) Os ESMO deve ter em consideração a forma como se apresenta e conversa com esta</p>	<p>incontinência urinária (IU) experienciam intensa vergonha, ansiedade e sentimentos de culpa, o que muitas vezes as impede de procurar ajuda. O medo de humilhação, a falta de tempo, o desconhecimento sobre a condição e a espera prolongada para avaliação aumentam o impacto psicossocial da IU, afetando o bem-estar psicológico, a percepção de saúde e a vida social. Melhorar a divulgação de informações sobre a IU e orientar as mulheres sobre os sintomas, causas e</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>questionário de duas páginas e um registo de 24 horas para ingestão e micção, com um teste de 24 horas com penso higiénico. A consulta tem a duração de 60 minutos.</p> <p>Análise de dados: análise temática em seis fases, utilizando a estratégia definida por Braun e Clarke (2022)”; <i>software</i> Nvivo</p>			<p>mulher. Ser profissional, valorizar as queixas da utente e escutar são atos/características valorizados pelas mulheres. A fim de diminuir o impacto psicossocial devem ser explicados: a condição, as consequências, avaliação e opções de tratamento, e assim, proporcionar esperança de uma vida melhor a estas mulheres. (pág.5)</p>	<p>consequências da condição pode reduzir essa carga emocional e promover a procura de cuidados adequados.</p> <p>A relação com o profissional de saúde é central para o enfrentamento da IU. As mulheres valorizam profissionais compreensivos, atenciosos, sem julgamento e que dediquem tempo individualizado, preferencialmente mulheres, devido à intimidade do tema. Fornecer informações claras sobre avaliação e opções de tratamento, sugerir mudanças no estilo</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					<p>de vida e oferecer apoio psicossocial aumenta a esperança de melhoria e a qualidade de vida. Estratégias para reduzir o tempo de espera, melhorar o conhecimento sobre a IU e desmistificar tabus são essenciais para minimizar pensamentos negativos, fortalecer a confiança das pacientes e reduzir o impacto psicossocial da condição.</p>
<p>#10 - Managing <i>incontinence-associated dermatitis in the community: an overview</i></p>	<p>Não Aplicável</p>	<p>Não Aplicável</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Os enfermeiros no seu amplo espectro são os profissionais mais bem posicionados para apoiar estes doentes com esta condição tão íntima e</p>	<p>A dermatite associada à incontinência (DAI) é uma condição comum, dolorosa e frequentemente negligenciada,</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><u>Autores:</u> Francesca Ramadan</p> <p><u>País:</u> Reino Unido</p> <p><u>Ano de publicação:</u> 2024</p>				<p>incapacitante. Quando a educação, o tempo e os produtos são adequados, o tratamento e a gestão tornam-se eficazes, ajudando os doentes a alcançar uma melhor qualidade de vida.</p>	<p>causada pela exposição crónica da pele à urina e fezes. Afeta significativamente o bem-estar físico e psicossocial dos doentes, provocando dor, comichão, eritema, bolhas, distúrbios do sono, perda de independência e maior risco de lesões por pressão. Apesar dos efeitos graves, a DAI e a incontinência urinária são muitas vezes tratadas apenas como questões de higiene, evidenciando a necessidade de educação e estratégias de gestão específicas para cuidados</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					<p>individualizados e eficazes.</p> <p>As estratégias de prevenção e gestão incluem reduzir a exposição à humidade e seguir um protocolo de “limpar, proteger e restaurar”, mantendo o pH da pele próximo de 5,5, aplicando produtos hidratantes e barreiras que protejam contra futuros danos. A avaliação individualizada é essencial, utilizando dispositivos de recolha, pensos hidrocolóides e cuecas de contenção quando necessário. Os enfermeiros, com o seu conhecimento e</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					<p>proximidade ao doente, são fundamentais para implementar estas estratégias, melhorando a qualidade de vida e promovendo cuidados personalizados e eficazes.</p>
<p>#11 - <i>Urinary incontinence in older adult women: fighting a rising tide</i></p> <p><u>Autores:</u> Francesca Ramadan</p> <p><u>País:</u> Reino Unido</p> <p><u>Ano Publicação:</u> 2024</p>	<p>Não Aplicável</p>	<p>Não Aplicável</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>É importante reforçar a formação dos enfermeiros principalmente na incontinência de idosas pois a intervenção destes é menos favorável. Nomeadamente, a desconstrução de que a IU é menos incómoda com o avanço da idade, indicar ir à casa de banho de duas em duas horas, recomendar pensos</p>	<p>A incontinência urinária é comum em mulheres idosas e impacta negativamente a saúde física, emocional e social, incluindo autoestima, sexualidade, sono, mobilidade e participação em atividades diárias. Fatores de risco incluem idade avançada, múltiplos partos, menopausa,</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
				<p>para a incontinência, uso frequente de cateteres e fraldas. Embora errada, a dependência de absorventes como tratamento de primeira linha é comum (pág3). Facilitar o tratamento de IU individualizado baseado na evidência, promover proactivamente as opções de tratamento é primordial. A fim de melhorar os resultados da IU deve promover-se iniciativas educativas que englobem o conhecimento e a atitude em relação aos cuidados na IU, reconhecê-lo como problema de saúde com um impacto negativo independentemente da idade. Colmatar</p>	<p>obesidade, cirurgias pélvicas e prolapso de órgãos pélvicos, enquanto suas consequências físicas podem levar a úlceras de pressão, infecções urinárias, quedas e fraturas. A IU é frequentemente desvalorizada ou normalizada, contribuindo para o isolamento social e a falta de procura de ajuda.</p> <p>O papel do enfermeiro é essencial para mitigar os impactos da IU, oferecendo intervenções baseadas em evidência, acompanhamento individualizado e educação sobre</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
				<p>défices de conhecimento anatómico e fisiológico, fatores de risco, sintomas, causas, avaliação, prevenção, tratamento, gestão, dispositivos.</p>	<p>prevenção, avaliação e tratamento. Barreiras como formação insuficiente e recursos limitados reduzem a eficácia do cuidado, enquanto facilitadores incluem encaminhamentos claros, capacitação profissional e programas educativos que promovam mudanças de comportamento, autocuidado e envolvimento familiar, garantindo cuidados de qualidade e centrados na paciente.</p>
#12 - <i>Application of Information-</i>	Abordagem Quantitativa: Estudo	Doentes idosas com diagnóstico	Analisar os efeitos da	A intervenção baseada no modelo	A intervenção baseada no modelo

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><i>Motivation-Behavioural Skills Model on Older Women with Urge Urinary Incontinence: A Retrospective Study</i></p> <p>Autores: Huifang Xie, Liumei Luo</p> <p>País: Espanha</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Retrospectivo</p> <p>Os doentes foram divididos em dois grupos com base na intervenção do IMB. O grupo de observação recebeu educação de rotina e o grupo de IMB. O grupo de controlo recebeu educação de rotina. Uma equipa de enfermagem foi formada pelo centro de gestão de saúde do hospital e por profissionais médicos relevantes do departamento de urologia. Ambos os grupos contaram com os mesmos membros da equipa para a intervenção em saúde.</p> <p>Critérios de Inclusão: doentes do sexo feminino</p>	<p>de IUU que se apresentaram no Departamento de Urologia do nosso Hospital entre janeiro de 2022 e outubro de 2023. (pág.2) “123 doentes foram incluídos neste estudo ... 57 doentes no grupo controlo e 66 doentes no grupo de observação”</p>	<p>intervenção do IMB em mulheres idosas com IUU para fornecer uma base para a seleção de intervenções clínicas de enfermagem para este tipo de doentes.</p>	<p>IMB melhora a perda urinária e melhorar os sentimentos negativos e por consequente a qualidade de vida destas mulheres. A educação para a saúde baseada no modelo IMB pode melhorar o estado de incontinência urinária, aumentar a força muscular do pavimento pélvico, reduzir as emoções negativas e melhorar a qualidade de vida das idosas com IU.</p>	<p>IMB demonstrou reduzir significativamente a perda urinária, diminuir emoções negativas e melhorar a qualidade de vida em mulheres idosas com incontinência urinária. Antes do tratamento, não havia diferenças significativas entre os grupos, mas após quatro semanas, o grupo de intervenção apresentou melhorias superiores em comparação com o grupo de controlo, tanto na quantidade de perda de urina quanto no bem-estar emocional e qualidade de vida. O modelo IMB</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>com idade ≥60 anos e ≤85 anos; ... com sintomas de perda involuntária de urina quando sentem urgência ou uma vontade forte, súbita e incontrolável de urinar; ... submetido a cistoscopia e exame urodinâmico para confirmar o diagnóstico; ... com consciência clara, cuja linguagem e funções cognitivas não afetam a comunicação geral; ... sem história de trauma do trato urinário inferior; e ... que concluíram o seguimento.</p> <p>Critérios de exclusão: doentes com doenças de pele ou lesões cutâneas graves na região perineal; ...</p>				<p>(Informação, Motivação e Competências Comportamentais) apoia a mudança comportamental ao fornecer conhecimento, estimular motivação intrínseca e desenvolver competências de autocuidado. Neste estudo, a educação foi aplicada através de folhetos informativos, formação personalizada, entrevistas motivacionais, acompanhamento contínuo por telefone e plataformas digitais, promovendo melhor compreensão da IU, adesão ao tratamento, alívio de</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>com antecedentes de lesão medular; ... com uso prolongado de medicamentos que afetam a função do trato urinário inferior; ... que se recusam a aceitar ou são incapazes de cooperar com o plano de intervenção relevante neste estudo; ... com prolapso dos órgãos pélvicos em estágio 2 ou superior; ... com doenças primárias graves que afetam os sistemas cardiovascular, hepático, renal, hematopoiético e endócrino; e ... com esquizofrenia, epilepsia ou outros distúrbios mentais.</p> <p><u>Instrumentos de colheita:</u> questionário de</p>				<p>emoções negativas e fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico. Assim, esta abordagem contribuiu para a melhoria da saúde física e mental, aumentando a confiança e autonomia das participantes no manejo da incontinência urinária.</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	informações gerais, teste do Absorvente de Uma Hora, Escala de Autoavaliação da Ansiedade (EAS), Escala de Autoavaliação da Depressão (SDS), Incontinence Quality-of-Life (I-QOL) <u>Instrumento de análise de dados:</u> SPSS, qui-quadrado, teste t				
#13 - <i>Stable pelvic floor muscle training improves urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus.</i> <u>Autores:</u> Yingying Wu, Tingting Li, Fengcheng Cai,	Abordagem Quantitativa: Ensaio clínico randomizado, paralelo e unicêntrico <u>Crítérios de Inclusão:</u> " 24 a 30 anos de idade; primíparas com gravidez única; 24 a 28 semanas de	Avaliadas 73 grávidas com Diabetes Gestacional e IU específica da gravidez, 35 das quais receberam treino estável de MAP com músculo transverso	Investigar o potencial terapêutico do treino da musculatura estável do pavimento pélvico com músculo transverso abdominal para	O TMAP com músculo transverso abdominal aliviou a IU e melhorou a qualidade de vida em grávidas com DG, ao promover o espessamento do músculo transverso abdominal. Este aspeto permitiu a remissão da IU	O treino do músculo transverso abdominal mostrou-se benéfico na remissão da incontinência urinária (IU) durante a gravidez, especialmente em mulheres com diabetes gestacional

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>Xinru Ye, Mengyan Xu</p> <p>País: Turquia</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>gestação; doentes que preencheram os critérios de diagnóstico de DG e apresentaram sintomas positivos de IU específica da gravidez”</p> <p>Critérios de Exclusão: história de diabetes ou IU antes da gravidez; de cirurgia ortopédica; de perturbações mentais ou de personalidade; de perturbações que limitam os movimentos (ameaça de aborto e placenta prévia) e doentes que necessitam de insulina para controlar o nível de glicose no sangue.</p> <p>Instrumentos de colheita de dados:</p>	<p>abdominal no segundo trimestre</p>	<p>IU específica da gravidez em doentes com Diabetes Gestacional.</p>	<p>através da cooperação do FPM. As seis semanas de MAP com músculo transverso abdominal resultaram num alívio significativo da IU específica da gravidez e numa melhoria da qualidade de vida em doentes com DG. O espessamento deste músculo pode contribuir para a remissão da IU específica da gravidez. Os resultados obtidos revelam que esta estratégia é promissora no tratamento de IU específica da gravidez.</p>	<p>(DG). Este treino, associado ao fortalecimento do pavimento pélvico, reduziu significativamente os sintomas de IU, melhorou a qualidade de vida e aumentou a autoeficácia das gestantes, demonstrando efeitos positivos na limitação comportamental e no impacto psicossocial.</p> <p>O espessamento do músculo transverso abdominal resultante do treino contribui para a remissão da IU ao melhorar a estabilidade, coordenação e sensibilidade</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência (ICI-Q-SF); Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência, ecografia, teste absorvente.</p> <p>Instrumentos de análise: SPSS, teste t, teste de soma de postos de Wilcoxon</p>				<p>muscular. Após seis semanas de intervenção, o grupo de intervenção apresentou menor perda urinária, maior taxa de cura e pontuações mais elevadas no I-QOL, evidenciando que esta estratégia é promissora para o tratamento da IU específica da gravidez, apesar das limitações do estudo, como a amostra reduzida e a análise estatística em FAS.</p>
<p>#14 - <i>Impact of an evidence-based bundle on incontinence-associated dermatitis prevalence in hospital patients: A</i></p>	<p>Abordagem Quantitativa: Estudo quase experimental pré e pós</p> <p>Instrumentos de colheita de dados: Uma ferramenta de</p>	<p>1897 doentes pré-intervenção = 964, pós-intervenção = 933). Um total de 343 (35,6%) doentes pré-intervenção</p>	<p>Avaliar o efeito de uma intervenção na prevalência e gravidade da dermatite associada à incontinência</p>	<p>A DAI é uma preocupação significativa na prestação de serviços de saúde, especialmente entre indivíduos com incontinência, e pode</p>	<p>Pacientes com incontinência urinária e fecal apresentam o dobro do risco de desenvolver dermatite associada à incontinência</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p><i>quasi-experimental translational study</i></p> <p>Autores: Michelle Barakat-Johnson, John Stephenson, Michelle Lai, Shifa Basjarahil, Jayne Campbell, Michelle Cunich, Gary Disher, Samara Geering, Natalie Ko, Catherine Leahy, Thomas Leong, Eve McClure, Melissa O'Grady, Joan Walsh, Kate White, Fiona Coyer</p> <p>País: Austrália</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>auditoria de DAI e incontinência focada na avaliação da incontinência e da pele do paciente; Formulário de Colheita de Dados de Bass</p> <p>Instrumentos de análise de dados: SPSS</p>	<p>e 351 (37,6%) doentes pós-intervenção apresentaram incontinência”</p>	<p>(DAI) em seis hospitais de um estado da Austrália</p>	<p>levar a problemas de segurança do paciente em hospitais. O estudo utilizou uma abordagem de ciência da implementação 21 para avaliar o efeito de uma abordagem com múltiplas intervenções para a prevenção/tratamento da DAI, com efeito na redução da prevalência e da gravidade da DAI.</p>	<p>(DAI). Apesar de estadias hospitalares mais longas, a prevalência da DAI foi menor no grupo pós- intervenção. A incidência, gravidade e o início da DAI foram reduzidos nesse grupo, demonstrando que estratégias combinadas de limpeza e proteção da pele são mais eficazes na prevenção e na redução do desenvolvimento da condição. A intervenção incluiu o uso de panos com creme barreira, minimização das camadas de proteção da cama,</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					<p>uso adequado de auxiliares de continência, ferramentas de avaliação e gestão de continência, além de educação da equipe e do paciente. A adesão da equipa clínica foi satisfatória, e os resultados mostraram que a aplicação de abordagens baseadas em evidências, como o modelo IMBED, contribui para diminuir a prevalência e gravidade da DAI, reforçando a importância de estratégias proativas para a segurança do paciente em hospitais.</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
<p>#15 - <i>Care Needs of Older Adults With Urinary Incontinence: A Cross-Sectional</i></p> <p>Autores: Su Ying Xiang, Hao Chong He, Ye Liu, Bi Jun Yu, Shu Yuan Mai, Meng Yuan Li, Xiao Ying Yan, Xiao Hong Huang</p> <p>País: China</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem Quantitativa: Estudo transversal utilizou o Inventário de Necessidades de Cuidados para a Incontinência Urinária em Idosos para entrevistar participantes com IU em três hospitais terciários de grande dimensão localizados na cidade de Guangzhou, China, de janeiro a novembro de 2023.</p> <p>Critérios de inclusão: cumprir os critérios de diagnóstico da Associação Internacional de Controlo Urinário para a IU; idade ≥ 60 anos; consciência tranquila, sem comprometimento</p>	<p>537 participantes responderam ao questionário; sete questionários inválidos; a amostra final foi de 530 participantes</p>	<p>Explorar as necessidades de cuidados dos idosos com incontinência urinária (IU) e os seus fatores influenciadores.</p>	<p>O cuidado integral aos idosos com IU, abrangendo aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais, é crucial, além da adaptação do cuidado às necessidades e características individuais, tendo em conta fatores como a idade e educação, para garantir um cuidado eficaz. As necessidades de cuidados aos idosos com IU são urgentes e afetadas por fatores como a idade, o número de doenças crónicas, o nível educacional e o número de perdas. Ao mesmo tempo que nos focamos nas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do cuidado da</p>	<p>A incontinência urinária (IU) tem um impacto significativo em múltiplas dimensões da vida dos idosos, incluindo aspetos físicos (humidade na pele, inflamação, infeções, desconforto), psicológicos (vergonha, embaraço, ansiedade), sociais (isolamento, limitações nas atividades) e financeiros (impacto na capacidade laboral). As maiores necessidades desta população concentram-se em cuidados gerais, educação em saúde e apoio nas atividades diárias. Os idosos</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>da comunicação verbal, alguma capacidade de compreensão da leitura de texto e capacidade de preencher o questionário sozinho; assinar o consentimento informado</p> <p><u>Crítérios de Exclusão:</u> apresentar doenças físicas graves ou deficiências físicas significativas”</p> <p><u>Instrumentos de colheita:</u> Questionário autoaplicável para recolher diversas características sociodemográfica; Inventário de Necessidades de Cuidados para a Incontinência Urinária em Idosos</p>			<p>incontinência geriátrica e na prestação de cuidados abrangentes aos doentes, devemos também prestar atenção aos efeitos destes fatores e tê-los em conta da personalização dos cuidados</p>	<p>expressam necessidade de orientação sobre opções de tratamento para aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida, mas apresentam falta de conhecimento sobre cuidados e manejo da IU. Além disso, fatores ambientais, como um ambiente limpo e organizado, e a diminuição da capacidade de autocuidado aumentam a necessidade de assistência individualizada.</p> <p>Fatores como idade, nível educacional, número de doenças crónicas e severidade da IU</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p><u>Instrumento de análise:</u> Análise estatística como: SPSS, análise de variância, testes t, análises de correlação e modelos de regressão linear</p>				<p>influenciam diretamente a urgência e a intensidade dos cuidados necessários. Um nível educacional mais elevado está associado a maior compreensão sobre saúde e expectativas mais altas em relação aos cuidados de enfermagem. Assim, é essencial oferecer cuidados integrais que abordem os aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais, adaptando-os às características individuais de cada idoso. A personalização do cuidado, considerando esses fatores, é</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					fundamental para garantir a eficácia e a humanização na gestão da incontinência urinária em idosos.
<p>#16 - <i>Exploring urinary incontinence in hospitalised older women: A mixed methods investigation of prevalence and nurse perspectives</i></p> <p>Autores: Isobel McMillan, Liz Doxford-Hook, Julie Wood, Yu Fu, Linda McGowan, Heather Iles-Smith</p> <p>País: Reino Unido</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem mista: Estudo explicativo de métodos mistos</p> <p>Fase 1: Avaliação da prevalência e incidência de IU através de EPCR; estudo retrospectivo de mulheres com 55 anos ou mais que foram internadas num grande hospital do NHS no norte de Inglaterra, entre 1 de novembro de 2019 e 29 de fevereiro de 2020. Foram divididos em continentes, incontinentes, incontinentes duplos e portadores de</p>	<p>Fase 1: Mulheres com 55 anos ou mais internadas num grande hospital do Serviço Nacional de Saúde (NHS) no norte de Inglaterra, entre 1 de novembro de 2019 e 29 de fevereiro de 2020.</p> <p>Fase 2: 20 enfermeiros que trabalhavam em diversas enfermarias femininas ou mistas de um grande hospital</p>	<p>Estabelecer a prevalência de IU em mulheres idosas internadas em hospitais e compreender as opiniões e o conhecimento dos enfermeiros de internamento sobre a IU em mulheres idosas.</p>	<p>Existe subnotificação da IU devido a conceções erradas sobre IU. Os enfermeiros apresentam conhecimento limitado sobre a IU, as causas e as intervenções. As mulheres idosas com IU no internamento têm maior risco de danos hospitalares, como úlceras de pressão, quedas, infeções do trato urinário e maior probabilidade de sépsis por cateterismo. Sendo por isso fundamental que recebam cuidados</p>	<p>A prevalência de incontinência urinária (IU) em idosas internadas é subestimada devido à falta de registo de enfermagem, normalização cultural da condição e barreiras na comunicação, como recusa de ajuda ou tentativa de ocultar os sintomas. Enfermeiras frequentemente baseiam-se em estereótipos culturais ou experiências pessoais, considerando a IU</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>cateter.</p> <p>Critérios de Inclusão: Todas as mulheres, em internamento hospitalar, com idade superior ou igual a 55 anos.</p> <p>Critérios de Exclusão: As mulheres que retiraram o consentimento para a utilização dos seus registos de saúde eletrónicos para investigação; mulheres registadas no serviço nacional de exclusão de dados do NHS Digital; mulheres em regime de hospital de dia; ser homem; idade inferior a 55 anos; admissão para cirurgia para IU.</p> <p>Fase 2: Entrevistas qualitativas para</p>	<p>terciário do NHS, localizado na região norte de Inglaterra.</p>		<p>de continência de qualidade para prevenção destes danos.</p> <p>Destacada a necessidade de formação dos enfermeiros sobre continência e a necessidade de melhoria dos cuidados às mulheres idosas, nomeadamente uma melhor avaliação clínica para identificação das causas específicas e intervenções adicionais para abordar os problemas de continência.</p>	<p>como uma condição normal do envelhecimento, e desconhecem tipos, causas e opções de tratamento, incluindo a urgência urinária. Práticas hospitalares, como a cateterização preventiva na admissão, são aplicadas sem plena compreensão das consequências, limitando a monitorização do retorno à micção normal e à orientação após remoção. Além disso, a gestão da IU com pensos, muitas vezes, aumenta a incidência por desconhecimento de estratégias de autogestão.</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>compreender as opiniões, os conhecimentos e as perceções dos enfermeiros sobre os cuidados às mulheres idosas com IU durante o internamento hospitalar.</p> <p>As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e foi realizada a análise temática</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u> Ser enfermeiro; Consentimento informado</p> <p>Fase 3: Integração e interpretação dos dados</p>				<p>Estes achados evidenciam a necessidade urgente de formação específica para enfermeiros sobre continência e incontinência, baseada nas necessidades das mulheres idosas. A falta de conhecimento contribui para a subnotificação da IU e aumenta o risco de complicações hospitalares, como úlceras de pressão, quedas, infeções do trato urinário e sépsis relacionada ao cateterismo. Melhor avaliação clínica, identificação das causas específicas e intervenções diferenciadas são</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					essenciais para fornecer cuidados de continência de qualidade, prevenindo complicações e promovendo a saúde e o bem-estar das idosas internadas.
<p>#17 - <i>Potential profiling of social alienation in older female patients with stress urinary incontinence</i></p> <p>Autores: Yakun Li, Hongxia Wang</p> <p>País: China</p> <p>Ano de publicação: 2024</p>	<p>Abordagem Paradigma: Crítérios de inclusão: aqueles que preencheram os critérios de diagnóstico do Questionário de Incontinência Urinária do Comité Consultivo Internacional de Continência (ICI-Q-SF) e foram determinados como portadores de sintomas comórbidos de</p>	<p>População: “selecionar 365 casos de doentes idosas com incontinência urinária de esforço, entre março de 2023 e abril de 2024, em três comunidades da cidade de Jinzhou”</p>	<p>Explorar as potenciais categorias de alienação social em mulheres idosas com IUE, analisar os fatores influenciadores e fornecer uma nova base para reduzir o nível de alienação social e desenvolver intervenções eficazes e individualizadas</p>	<p>As mulheres foram categorizadas em três categorias de alienação: baixa, média, alta. Estas apresentaram diferenças em vários fatores.</p> <p>Os profissionais devem identificar as características e os fatores de influência de cada categoria numa fase inicial para fornecer uma base para o desenvolvimento de intervenções clínicas</p>	<p>A alienação social em mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) manifesta-se em diferentes graus: baixa, média e alta; e está associada a múltiplos fatores psicológicos, sociais e ambientais. A perda de urina provoca sentimentos de vergonha, ansiedade, depressão e isolamento,</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	<p>incontinência urinária de esforço; mulheres com idade ≥ 60 anos; e participantes voluntários e que consentiram no estudo.</p> <p><u>Crítérios de exclusão:</u> pessoas com doenças psicossomáticas graves ou demência; com incapacidade total de comunicação, como afasia ou disfunção auditiva; com doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, hepáticas, renais e outras doenças crónicas graves</p> <p><u>Instrumentos de colheita de dados:</u> Questionário de Informação Geral, a Escala de</p>			<p>direcionadas para ajudar os doentes a reduzir o nível de alienação social. Este estudo pode ajudar a desenvolver programa de intervenção tendo em conta as características das categorias. Reduzir nível de disfunção familiar e de alienação e assim aliviar o efeito psicológico, melhorar o efeito de intervenção e por consequente o estado de saúde e a qualidade de vida.</p>	<p>limitando a participação em atividades sociais e diárias. Fatores como a nuliparidade, a ausência de apoio familiar, a vida rural, o elevado IMC, a disforia e a ocupação laboral, influenciam o nível de alienação, enquanto o cuidado familiar, o suporte conjugal e o emprego atuam como fatores protetores. Mulheres com maior alienação social apresentam solidão, dificuldades emocionais e barreiras à socialização, exigindo uma atenção direcionada dos profissionais de</p>

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
	Índice de Cuidados Familiares, a Escala de Alexitimia de Toronto e a Escala de Alienação Geral				saúde. A intervenção dos profissionais de saúde deve incluir o rastreamento precoce, monitorização e uma avaliação individualizada do nível de alienação social, bem como educação para a saúde sobre IUE, exercícios do pavimento pélvico e estratégias de autocuidado. Programas de intervenção personalizados, que considerem características familiares, apoio social e fatores psicológicos, podem reduzir a alienação social, aliviar o impacto emocional da doença e

Estudo	Metodologia e Métodos	População	Fenómeno de Interesse	Conclusões do(s) Autor(es)	Conclusões do revisor
					<p>melhorar a saúde física, mental e a qualidade de vida dessas mulheres. A categorização da alienação social oferece uma base prática para desenvolver cuidados clínicos direcionados e eficazes.</p>

APÊNDICE XIV: Carta explicativa do estudo aos participantes

Carta Explicativa do Estudo aos Participantes

Caro(a) Participante;

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar no estudo intitulado “Incontinência Urinária na Mulher ao Longo do Ciclo Vital – Intervenção do Enfermeiro Obstetra”, conduzido por Jéssica Lameiras, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Antes de decidir a sua participação, é importante que compreenda a importância deste estudo e caso aceite, como decorrerá a sua participação. Utilize o tempo necessário para ler toda a informação e esclarecer qualquer dúvida que lhe surja.

A sua participação será voluntária e consistirá em responder a dois questionários simples e rápidos. Todos os dados recolhidos são sigilosos e utilizados exclusivamente para fins científicos, respeitando as normas éticas de pesquisa.

Se desejar mais informações ou esclarecimento sobre algum aspeto, não hesite em perguntar.

Informação detalhada sobre o estudo

Qual o objetivo do estudo?

Este estudo tem por finalidade: perceber a prevalência de Incontinência Urinária nas mulheres, isto é, o número de mulheres que apresentam esta condição; bem como o impacto desta condição na qualidade de vida da mulher. Estes dados serão obtidos através da aplicação do questionário “*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form*”.

Quem pode participar?

Toda a mulher que tenha idade compreendida entre os 18 e os 70 anos, à exceção de puérperas com menos de 4 semanas de pós-parto.

É de participação obrigatória?

Como referido anteriormente, a decisão em participar no estudo é voluntária. Este estudo não acarreta nenhuma vantagem ou risco para o participante. Caso

aceite participar, pode desistir do mesmo a qualquer momento que decida. Caso isto aconteça, nenhum dos seus dados serão utilizados.

Em que consiste a participação?

A participação neste estudo consiste em responder a um questionário de caracterização sociodemográfica e ao questionário "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form".

Quanto tempo demora?

O tempo estimado de resposta aos questionários é de 10 minutos, embora possa utilizar o tempo de que necessite.

Quais as vantagens em participar no estudo?

Este estudo não garante nenhuma vantagem ao participante. Apesar disso, os dados obtidos ajudarão a conhecer o número de mulheres (na amostra) que sofrem de Incontinência Urinária e o quanto a sua qualidade de vida é afetada. Os resultados poderão ajudar numa melhoria da abordagem e cuidados saúde a estas mulheres.

E quais os riscos?

Não existe qualquer desvantagem ou risco em participar.

E se ocorrer algum problema?

Qualquer queixa relacionada com o estudo será valorizada.

Se pretender fazer uma reclamação, poderá entrar em contacto com a Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde [REDACTED] E.P.E – Hospital [REDACTED].

E se pretender algum esclarecimento?

Se necessitar de qualquer esclarecimento poderá contactar a responsável pelo estudo através do seguinte mail: jessicalameiras@hotmail.com

A minha participação será confidencial?

Sim. A fim de garantir a confidencialidade da sua participação, um conjunto de procedimentos éticos será implementado. Todos os dados recolhidos através das suas respostas aos questionários serão codificados e tratados anonimamente e sigilosamente, sob responsabilidade dos investigadores. Os resultados do estudo serão divulgados no Relatório Final. Em nenhuma circunstância os dados são exibidos individualmente. Após publicação do estudo os dados serão eliminados.

O que acontecerá às minhas informações e aos resultados do estudo?

Os dados coletados serão agrupados, sendo utilizados exclusivamente para caracterizar os participantes deste estudo e realizar análise estatística. A fim de preservar o anonimato será atribuído um código no armazenamento das informações.

Os resultados serão apresentados no âmbito da Unidade Curricular "Relatório de Estágio" do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Além disso, existe a possibilidade de serem apresentados/publicados em conferências/revistas da área.

Agradecemos antecipadamente a sua atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Jéssica
Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém

APÊNDICE XV: Consentimento informado

Consentimento Informado

É convidado(a) a participar num estudo no âmbito da Unidade Curricular de "Relatório de Estágio", integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém. Esta investigação será conduzida pela mestranda Jéssica Lameiras, sob orientação científica da Professora Susana Do Vale.

O objetivo deste estudo é conhecer a prevalência de Incontinência Urinária nas mulheres da amostra e o impacto desta condição na qualidade de vida da mulher.

Sei que fui selecionado(a) para participar neste estudo porque:

- Sou mulher com idade entre os 18 e 70 anos;
- Não tive um parto há menos de 6 semanas;
- Sou capaz de ler e falar português;

Confirmo que irei responder a um questionário relativo às minhas características sociodemográficas e a outro para avaliar a presença, ou não, de incontinência urinária ao questionário "*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form*". Além disso, fui devidamente informado(a) sobre todos os procedimentos do estudo.

Entendo que a minha participação no estudo não acarreta qualquer tipo de risco ou vantagem. A confidencialidade dos meus dados será garantida através de um sistema de codificação que preserva o anonimato. Apenas os investigadores terão acesso às informações coletadas. Estas serão utilizadas apenas para fins científicos. Todos os documentos físicos serão armazenados num local seguro sob a responsabilidade do investigador principal, sendo destruídos após apresentação do estudo.

Estou ciente de que poderei contactar o investigador responsável pelo estudo sempre que necessário.

Além disso, compreendo que os resultados da pesquisa serão apresentados na Unidade Curricular "Relatório de Estágio" e poderão ser divulgados em conferências ou publicações científicas da área, sem qualquer identificação individual.

Declaro ainda que:

- Li e compreendi todas as informações contidas neste documento e tive a oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas com os investigadores;

- Aceito participar voluntariamente desta pesquisa, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos meus dados, sem qualquer prejuízo de natureza ética ou moral;
- Fui informado(a) sobre meu direito de recusar a participação sem qualquer consequência e compreendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de fornecer justificativas.

Dessa forma, concedo meu Consentimento Informado para participar desta investigação, assegurando a proteção da minha privacidade e respeitando princípios éticos e morais.

Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Data. ___/___/____

(dia/mês/ano)

Assinatura do Investigador

(Jéssica Lameiras)

APÊNDICE XVI: Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Identificação

1. Qual o seu peso (em Kg)?

R.: _____

2. Qual a sua altura?

R.: _____

3. Quais as suas habitações literárias?

- Menos de 4 anos de escolaridade; Ensino Primário (4º ano);
 Ensino Básico Completo (9º ano); Ensino Secundário completo (12º ano);
 Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.

4. Qual a sua situação profissional atual?

- Estudante; Trabalhador; Desempregado; Reformado

5. Qual a sua prática de exercício físico atual?

- Não faço; 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana
 mais de 3 vezes por semana

6. Em média, quantas horas dorme por noite?

- Menos de 4 horas 5 a 7 horas 8 horas ou mais

6 a) Acorda cansada?

- Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

7. Em geral, como classificaria o seu estado de saúde atual?

- Má, Razoável, Boa, Excelente

História Obstétrica e Ginecológica

8. Está grávida?

- Sim Não

8.a) Já esteve grávida?

- Sim Não

8. b) Se sim, quantas vezes?

- Uma vez Duas vezes Três vezes Mais de quatro vezes

8. c) Quantos partos já teve?

0 1 2 Mais de 3

8. d) Se sim, quantos foram partos normais (sem uso de qualquer instrumento)?

0 1 2 Mais de 3

8. e) Se sim, quantos foram partos instrumentados com ventosa?

0 1 2 Mais de 3

8. f) Se sim, quantos foram partos instrumentados com fórceps?

0 1 2 Mais de 3

8. g) Se sim, quantos foram partos por cesariana?

0 1 2 Mais de 3

9. Com que idade(s) esteve grávida?

Antes dos 19anos; Entre os 19anos e os 34anos;

Entre os 35anos e 40 anos Após os 40 anos

9. a) O último parto foi há menos de 1 ano?

Sim Não

10. Qual o peso do(s) seu(s) filho(s) à nascença?

Abaixo dos 2500g; Entre os 2500g e 3999g; Acima dos 3999g

11. Já foi submetida a alguma cirurgia do foro ginecológico/ urinário?

Sim Não

11. a) Se sim, qual?

R.: _____

12. Está na Menopausa?

Sim Não

13. Faz terapia hormonal?

Sim Não

Hábitos de eliminação urinária

14. Com que frequência urina ao longo do dia?

- A cada 1 a 2 horas; a cada 3 a 4 horas; Mais de 6 vezes por dia

15. Durante a noite, acorda para urinar?

- Sim Não

15. a) Se sim, quantas vezes?

- Uma vez Duas vezes Mais de três vezes

16. Sente urgência em urinar (vontade súbita e forte)?

- Sim Não

Características da urina

17. Qual a cor da sua urina?

- Urina clara; Urina escura; Urina acastanhada ou com sangue

18. Qual o cheiro da sua urina?

- Sem odor forte; odor forte/ desagradável

19. Qual a quantidade apresentar no ato de urinar?

- Pequena; Moderada; Grande.

Fatores que influenciam os hábitos urinários

20. Como descreve os seus hábitos tabágicos?

- Nunca fui fumadora; Ex-fumadora; Fumadora ocasional;
 Fumadora regular.

21. Como descreve o seu consumo de bebidas alcoólicas?

- Não consumo; Consumidora ocasional; Consumidora regular

22. Como descreve o seu consumo de café?

- Não bebo café; 1 café por dia; 2 a 3 cafés por dia;
 mais de 3 cafés por dia.

23. Consome frequentemente bebidas diuréticas (chá, bebidas estimulantes, ...)?

- Sim Não

APÊNDICE XVII: Tabela relativa às características sociodemográficas e ao
estilo de vida

Tabela
Características sociodemográficas e estilos de vida

Domínio	Variável	Categoria	n	%
1. Características Sociodemográficas				
	Escolaridade	Ensino básico	6	5,7
		Ensino secundário	21	19,8
		Licenciatura	58	54,7
		Mestrado	21	19,8
	Situação profissional	Trabalhador(a)	100	94,3
		Estudante	2	1,9
		Desempregado(a)	1	0,9
		Reformado(a)	3	2,8
2. Estilo de Vida				

	Exercício físico	Não faz	37	34,9
		1 vez/semana	27	25,5
		2–3 vezes/semana	25	23,6
		>3 vezes/semana	17	16
	Horas de sono	<4 h	4	3,8
		5–7 h	88	83
		≥8 h	14	13,2
	Acorda cansada	Nunca	3	2,8
		Raramente	12	11,3
		Às vezes	66	62,3
		Frequentemente	22	20,8
		Sempre	3	2,8

	Estado de saúde percebido	Excelente	6	5,7
		Bom	56	52,8
		Razoável	43	40,6
		Mau	1	0,9
	Tabagismo	Nunca fumadora	54	50,9
		Ex-fumadora	26	24,5
		Fumadora regular	17	16
		Fumadora ocasional	9	8,5
	Consumo de álcool	Nunca	36	34
		Ocasional	67	63,2
		Regular	3	2,8
	Consumo de café	Não bebe	19	17,9

		1 café/dia	20	18,9
		2–3 cafés/dia	60	56,6
		>3 cafés/dia	7	6,6
	Bebidas diuréticas	Não	80	75,5
		Sim	26	24,5
	Consumo hídrico	<1 L/dia	24	22,6
		1–2 L/dia	68	64,2
		>2 L/dia	14	13,2
3. Características Obstétricas				
	Gravidez prévia	Não	22	20,8
		Sim	84	79,2
	Nº de gestações (entre as que engravidaram)	1	32	38,1

		2	29	34,5
		3	16	19
		≥4	7	8,3
	Partos vaginais	Nenhum	41	45,1
		1	28	30,8
		2	21	23,1
		≥3	1	1,1
	Partos com ventosa	0	67	76,1
		1	20	22,7
		≥3	1	1,1
	Partos com fórceps	0	79	90,8
		1	8	9,2
	Cesariana	0	63	70,8

		1	18	20,2
		2	6	6,7
		≥3	2	2,2
	Cirurgia ginecológica/urinária	Não	90	84,9
		Sim	16	15,1
	Terapia hormonal	Não	92	86,8
		Sim	14	13,2
4. Características Urinárias				
	Frequência urinária diurna	1–2 h	15	14,2
		3–4 h	67	63,2
		>6 vezes/dia	24	22,6

	Acorda para urinar	Não	62	58,5
		Sim	44	41,5
	Nº de micções noturnas	1	36	83,7
		2	6	14
		≥3	1	2,3
	Urgência urinária	Não	29	27,4
		Sim	77	72,6
	Cor da urina	Clara	97	91,5
		Escura	9	8,5
	Odor da urina	Sem odor	98	92,5
		Odor forte	8	7,5
	Quantidade urinada	Pequena	4	3,8
		Moderada	94	88,7

		Grande	8	7,5
	ITU recorrentes	Não	66	62,3
		Sim	40	37,7
	Medicação que afeta a micção	Não	103	97,2
		Sim	3	2,8
	Doença renal/vesical	Não	98	92,5
		Sim	8	7,5
5. Presença e Gravidade da Incontinência Urinária (ICIQ-UI SF)				
	ICIQ – classificação	Sem IU	55	51,9
		IU leve	24	22,6
		IU moderada	26	24,5
		IU grave	1	0,9

6. Está na menopausa		Sim	31	29,2
		Não	75	70,8

APÊNDICE XVIII: Tabela relativa às correlações entre a presença de IU e variáveis contínuas

Tabela

Correlações entre a presença de IU e variáveis contínuas

Variável 1 (ICIQ-UI SF)	Variável 2	ρ (Spearman)	p-value
Presença de IU	Idade	0,043	0,665
	Peso (kg)	0,258	0,008**
	Altura (cm)	0,11	0,26
	IMC	0,204	0,036*

APÊNDICE XIX: Tabela relativa às associações entre a presença de IU e
variáveis categóricas

Tabela

Associações entre a presença de IU e variáveis categóricas

Categoria	Variável	N	χ^2	p-value	OR	IC 95%
Histórico obstétrico/ginecológico	Último parto há menos de 1 ano (Sim/Não)	57	1,07	0,301	0,45	0,097 – 2,097
Idade no parto	19–34 anos	85	2,224	0,136	0,355	0,087 – 1,445
	35–40 anos	85	0,033	0,857	0,912	0,335 – 2,485
	>40 anos	84	3,818	0,051	—	—
	<19 anos	84	1,863	0,172	—	—
Tamanho do recém-nascido	Peso <2500g	106	2,119	0,146	2,758	0,673 – 11,304
	Peso 2500–3999g	106	0,32	0,572	1,267	0,558 – 2,875
	Peso >3999g	106	0,006	0,939	1,082	0,147 – 7,977

Tabagismo	Não fumadora	106	0,593	0,441	0,741	0,345 – 1,591
	Ex-fumadora	106	1,266	0,26	1,667	0,682 – 4,075
	Fumadora ocasional	106	0,861	0,354	0,51	0,121 – 2,158
	Fumadora regular	106	0,189	0,664	1,259	0,445 – 3,559
Consumo de álcool	Nunca	106	0,907	0,341	0,675	0,3 – 1,519
	Ocasional	106	0,506	0,477	1,333	0,603 – 2,949
	Regular	106	0,426	0,514	2,204	0,194 – 25,071
Exercício físico	Não pratica	106	5,599	0,018	0,369	0,16 – 0,853
	1x/semana	106	7,189	0,007	3,488	1,362 – 8,933

	2–3x/semana	106	0	0,99	0,994	0,405 – 2,439
	>3x/semana	106	0,009	0,924	0,951	0,336 – 2,688
Horas de sono	<4h/noite	106	0,89	0,346	0,347	0,035 – 3,445
	5–7h/noite	106	0,117	0,732	1,194	0,431 – 3,31
	≥8h/noite	106	0,023	0,879	1,091	0,354 – 3,359
Características urinárias	Urgência em urinar	106	9,443	0,002	4,113	1,616 – 10,468
	Acorda para urinar à noite	106	0,107	0,743	1,138	0,525 – 2,466
	Infeções urinárias recorrentes	106	0,01	0,922	0,961	0,438 – 2,110
	Cor da urina	106	0,053	0,818	0,851	0,215 – 3,362

	Cheiro da urina	106	2,506	0,113	3,533	0,679 – 18,377
Consumo de líquidos	Água <1L/dia	106	0,516	0,472	0,714	0,285 – 1,792
	1–2L/dia	106	0,856	0,355	1,458	0,655 – 3,247
	>2L/dia	106	0,179	0,673	0,783	0,252 – 2,436
Consumo de café	Nenhum	106	0,335	0,563	0,744	0,273 – 2,029
	1x/dia	106	0,468	0,494	1,406	0,529 – 3,736
	2–3x/dia	106	0,003	0,959	1,021	0,473 – 2,201
	>3x/dia	106	0,083	0,773	0,797	0,169 – 3,747
	Bebidas diuréticas frequentes	106	6,154	0,013	3,205	1,246 – 8,239

Terapias e condições médicas	Medicação que influencia hábito urinário	106	0,426	0,514	2,204	0,194 – 25,071
	Condição de saúde afetando bexiga/rins	106	0,39	0,532	0,625	0,142 – 2,76
	Terapia hormonal	106	1,69	0,194	2,142	0,667 – 6,888
Perda de urina (quantidade)	Pequena	106	0,006	0,939	1,082	0,147 – 7,977
	Moderada	106	0,566	0,452	0,629	0,186 – 2,123
	Grande	106	0,717	0,397	1,884	0,427 – 8,321
Número de gravidezes	1	106	0,065	0,798	1,114	0,486 – 2,555
	2	106	0,209	0,648	1,22	0,519 – 2,869
	3	106	3,215	0,073	2,75	0,883 – 8,564

	≥4	106	1,147	0,284	0,408	0,076 – 2,204
Partos normais	Nenhum	106	0,824	0,364	1,437	0,656 – 3,151
	1	106	1,188	0,276	0,615	0,255 – 1,480
	2	106	0,191	0,662	1,238	0,476 – 3,220
	≥3	106	1,089	0,297	1,02	0,981 – 1,060
Partos instrumentados – ventosa	0	106	0,248	0,618	0,818	0,371 – 1,803
	1	106	0,468	0,494	1,406	0,529 – 3,736
	2	106	—	—	—	—
	≥3	106	1,089	0,297	1,02	0,981 – 1,060

Partos instrumentados – fórceps	0	106	0,195	0,659	1,219	0,507 – 2,932
	1	106	0,012	0,912	1,085	0,257 – 4,587
	2	106	—	—	—	—
	≥3	106	—	—	—	—
Partos por cesariana	0	106	0,447	0,504	1,304	0,599 – 2,840
	1	106	0,481	0,488	1,433	0,517 – 3,973
	2	106	0,009	0,924	1,083	0,209 – 5,628
	≥3	106	1,89	0,169	0,964	0,915 – 1,014
Consumo frequente de bebidas diuréticas	Sim vs Não	106	6,154	0,013	3,205	1,246 – 8,239

Cirurgia ginecológica/urinária prévia	Sim vs Não	106	0,027	0,87	1,093	0,377 – 3,167
Está na menopausa	Sim vs não	106	0,22	0,64	1,22	0,527 – 2,818

APÊNDICE XX: Projeto individual de estágio

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Jéssica Lameiras

Santarém, outubro de 2024

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA**

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Trabalho Escrito

Discente:

Jéssica Alexandra Duarte Lameiras, n.º 230000141

Docente:

Professora Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho

Santarém, outubro de 2024

Acrónimos/Siglas

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

ACES C – Agrupamento de Centros de Saúde do C

AFU – Altura do Fundo Uterino

ARS – Administração Regional de Saúde

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BIS – Boletim Individual de Saúde

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil ou Juvenil

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSR/PF - Boletim de Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar

CMESMO – Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Data Provável do Parto

EE-ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HA – Hospital A

HB – Hospital B

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

ISBAR - Identificação, Situação atual, Background, Avaliação e Recomendações

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MF – Movimentos Fetais

MRS - Menopause Rating Scale

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PPPP – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RN – Recém-Nascido

RNU – Registo Nacional de Utentes

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULSA – Unidade Local de Saúde de A

VHB – Vacina contra a Hepatite B

HIV – Human Immunodeficiency Virus

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

Índice

Introdução.....	6
1. Caracterização das Instituições.....	8
1.1 Caracterização da UCC X	8
1.2 Caracterização do Serviço das Consultas Externas e Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA	9
1.3 Caracterização do Serviço de Puerpério do Hospital B (HB).....	9
1.4 Caracterização do Serviço de Bloco de Partos do HB.....	9
2. Projeto de Estágio.....	10
2.1 Projeto de Estágio I realizado na UCC X, destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade.....	10
2.2 Projeto de Estágio II realizado nos Serviços de Consultas Externas e Ginecologia/Obstetrícia da ULSA, destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica e em Ginecologia.....	30
2.3 Projeto de Estágio III realizado no Serviço de Puerpério do Hospital B (HB), destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério.....	43
2.4 Projeto de Estágio IV realizado no Serviço de Bloco de Partos do Hospital B (HB), destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos.....	52
3. Componente de Investigação.....	74
3.1 Projeto de Estágio Relativo à Componente de Investigação.....	74
Conclusão.....	77
Referências bibliográficas.....	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Projeto de Estágio estabelecido para o Estágio I – Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica na Comunidade.....	28
Tabela 2 - Projeto de Estágio II realizado nos Serviços de Consultas Externas e Ginecologia/ Obstetrícia na ULSA – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica e em Ginecologia.....	41
Tabela 3 - Projeto de Estágio III realizado no Serviço de Puerpério do HB – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério.....	49

Tabela 4 - Projeto de Estágio IV realizado no Serviço de Bloco de Partos do HB - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos.....	72
Tabela 5 - Objetivo relativo à componente de Investigação.....	74

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, componente do segundo ano do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém), sob a orientação da Professora Susana Delgado, foi-me sugerido a elaboração de um projeto individual de estágio. Este serve de guia orientador para o planeamento e realização de atividades que visam atingir os objetivos estabelecidos para a Unidade Curricular acima citada, de forma a facilitar o processo de aprendizagem e o aperfeiçoamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO).

O primeiro Estágio, composto por seis semanas, decorre do dia 16 de setembro ao dia 25 de outubro de 2024. As 150 horas de prática exigidas serão realizadas na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) X da Unidade Local de Saúde de A (ULSA) e supervisionadas pela EE-ESMO orientadora. O objetivo primordial será cuidar, de forma especializada, a mulher/mãe/casal/família e grupos-alvo nos diferentes contextos da comunidade e nas diversas dimensões da saúde materna e obstétrica. Para isso, são preponderantes o desenvolvimento de competências cognitivas técnicas e relacionais e a execução de sessões de educação para a saúde, de forma a facilitar a capacitação da população para o autocuidado e autovigilância, promovendo uma vivência positiva em cada circunstância vivenciada ao longo do seu ciclo vital.

A etapa seguinte, direcionada para a área de Ginecologia, decorrerá no Serviço de Consulta Externa da ULSA-HA, entre o dia 28 de outubro e oito de novembro de 2024, englobando 50 horas de ensino clínico. Neste contexto, pretende-se cuidar a mulher e família em processo de saúde-doença, promovendo uma vivência positiva, através da implementação de intervenções específicas do EE-ESMO.

No âmbito de “ESMO na Gravidez Patológica”, serão realizadas 150 horas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA-HA, distribuídas entre o dia 11 de novembro e 20 de dezembro de 2024. O objetivo principal consiste em cuidar a grávida, feto e família, em situação de risco e/ou processo de saúde doença, capacitando-os para o autocuidado e a tomada de decisões informadas promotoras de saúde, através de ações de educação para a saúde, individuais ou em grupo.

Já em contexto de “ESMO no Puerpério”, a realizar entre dia 6 de janeiro e 14 de fevereiro de 2025, no Hospital B (HB) da Unidade Local de Saúde B, engloba 150

horas. A prática clínica deverá corresponder a um cuidado especializado à puérpera, Recém-Nascido e família, em internamento hospitalar, pautado pela capacitação para o autocuidado e decisão informada. a fim de promover uma transição saudável e uma correta adaptação à nova dinâmica familiar.

Por fim, as 500 horas destinadas à componente prática em Sala de Partos, serão realizadas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA-HA, entre o dia 17 de fevereiro e 11 de julho de 2025. O objetivo delineado será assegurar cuidados, competentes e personalizados, à parturiente, RN e família, sustentados numa relação terapêutica com o casal, no respeito pelo seu plano de parto e na promoção de uma comunicação transparente sobre quaisquer complicações ou intercorrências, garantido a sua compreensão e o seu consentimento informado.

No sentido de prestar cuidados especializados de excelência, a prática clínica necessita de ser norteada pelo Regulamento n.º 319/2019, publicado em Diário de República a três maio de 2019, cujo Artigo 4º enuncia as competências específicas do EE-ESMO. Estas revelam que é da responsabilidade do EE-ESMO, cuidar a mulher inserida na família e na comunidade em contexto de planeamento familiar, durante os períodos pré-concepcional, pré-natal; de trabalho de parto (TP), pós-natal e do climatério e na vivência de processos de saúde/ doença ginecológicos; e igualmente a mulher em idade fértil inserida na comunidade (Diário da República n.º. 85/2019, 2019). Além disso, é importante considerar também o Regulamento n.º 140/2019, referente às competências comuns do enfermeiro especialista, publicado 6 de fevereiro de 2019, pois este releva a perícia científica, técnica e humana do enfermeiro especialista em vários domínios como a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens; e reconhece a Saúde Materna como uma das seis especialidades (Diário da República n.º 26/2019, 2019).

Assim, para a realização deste projeto individual, o objetivo principal será delinear os objetivos específicos e as atividades a realizar durante os estágios. De forma a alcançá-lo, os objetivos específicos traçados são: Conhecer e caracterizar os locais onde se realizam os diferentes estágios (estrutura física e funcional, missão, visão e valores da instituição); traçar os objetivos específicos para cada um; planificar as atividades a realizar no decorrer do estágio, tendo em consideração os recursos necessários e disponíveis e calendarizar as atividades planeadas.

Esta projeto será composto por duas partes: a caracterização dos vários locais de Estágio e o projeto de estágio correspondente a cada um.

1. Caracterização das Instituições

1.1. Caracterização da UCC X

A UCC X é uma unidade pertencente à Unidade Local de Saúde de A (ULSA) e abrangida pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Esta unidade iniciou atividade a dois de junho de 2014 com a missão de:

Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. (Ministério da Saúde, s.d., s.p.)

A visão pretendida por esta instituição é tornar-se “uma unidade de excelência, na sua área de intervenção” (Ministério da Saúde, 2019), que desenvolve projetos e atividades destinados a proporcionar ganhos em saúde, e cuja competência nas áreas da promoção da saúde, da prevenção da doença e da prestação de cuidados tenha o reconhecimento da “população do Concelho X, parceiros, pares e ACES C” (Ministério da Saúde, s.d.).

Em relação aos valores, esta UCC ambiciona a excelência, a qualidade, a transparência, a equidade, a proximidade, a humanização, assim como a articulação e parceria com as instituições da comunidade (Ministério da Saúde, s.d.).

A população beneficiária de cuidados, segundo os dados apresentados pelo Registo Nacional de Utentes (RNU) em 2024, encontram-se inscritas 13912 pessoas, sendo 6671 indivíduos do sexo masculino e 7241 do sexo feminino. No que diz respeito a faixas etárias, a população idosa é a mais representativa com 54,63% enquanto a população jovem corresponde apenas a 18,13% (Ministério da Saúde, s.d.). Na área da Saúde Materna e Obstétrica, encontram-se inscritas 2522 mulheres em idade fértil (Ministério da Saúde, s.d.), das quais 57 estão grávidas neste momento. Este último

dado foi obtido através da consulta da Lista de Utentes inscritos no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – Saúde Materna, no Sclínico®.

No que concerne à equipa multidisciplinar, esta é composta por: um médico; cinco enfermeiros dos quais uma EE-ESMO, duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e duas enfermeiras de cuidados gerais; uma assistente social; uma nutricionista; uma fisioterapeuta e uma secretária clínica (Ministério da Saúde, s.d.).

A oferta de programas de saúde é variada, abrangendo diversas áreas de atuação. No Programa destinado à Saúde reprodutiva, existe o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) – “Viver a Maternidade”, elaborado pela EE-ESMO, com a finalidade de facilitar a vivência da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade, por parte da grávida/casal/família, e promover a interação precoce entre mãe/pai/filho. Este é destinado a grávidas/casais com uma idade gestacional superior ou igual a 22 semanas, inscritos na UCC X ou não, dependendo das vagas. A referenciação pode ocorrer internamente, através do Sclínico®, ou por contacto direto com a gestante. O PPPP é organizado em dez sessões de grupo que ocorrem nas quintas-feiras das 16h às 18h.

Em complementaridade, existe também a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna destinada ao mesmo grupo-alvo, onde é realizada a avaliação inicial, esclarecidos anseios e dúvidas sobre a gravidez, parto, parentalidade ou outras preocupações pessoais. Esta decorre no período da tarde de segunda-feira e pode ser solicitada sempre que a grávida/casal o necessitem.

1.2. Caracterização do Serviço das Consulta Externa da ULSA-HA

O Estágio “ESMO em Ginecologia”, com a duração de 50 horas, será realizado no Serviço de Consulta Externa da ULSA – Hospital A (HA), localizado no edifício de Ambulatório I desta instituição. Esta unidade é constituída por vários pisos, organizados em diferentes áreas médico-cirúrgicas e de diagnóstico.

A equipa multidisciplinar engloba 16 enfermeiras, das quais apenas cinco são especialistas: uma em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma em Enfermagem de Reabilitação, uma em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma EE-ESMO. A missão desta equipa consiste em assegurar

consultas de acordo com critérios de referenciação clínica, bem como desenvolver ações de formação especializada, destacando-se os Projetos “Mamãs Informadas” e “Prevenção no Feminino”. O primeiro dinamiza sessões de educação para a saúde sobre temáticas relacionadas com a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados ao RN. O objetivo central é apoiar e esclarecer o casal, promovendo o desenvolvimento de competências parentais. Alguns exemplos dos temas abordados são: a vacinação durante a gravidez, a amamentação, a higiene oral, a vivência do puerpério, o acolhimento do RN nascido na Unidade de Cuidados Especializados do Recém-Nascido (UCERN), o acolhimento no Serviço de Obstetrícia e as alterações psicológicas no período do pós-parto. Já o Projeto “Prevenção no Feminino” tem como finalidade promover o rastreio e o diagnóstico precoces do cancro da mama, assegurando igualmente a participação em exames complementares de diagnóstico como a mamografia e a ecografia mamária.

1.3. Caracterização do Serviço de Puerpério do Hospital B (HB)

O Internamento de Puerpério do HB incorpora o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Departamento da Mulher, Criança e Adolescente, situando-se no piso cinco do edifício hospitalar principal, na ala direita.

Em relação à estrutura, a unidade de puerpério é composta por nove quartos destinados a três camas cada um, um quarto com duas camas e dois quartos individuais. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar composta por médicos obstetras e neonatologistas; assistente social; administrativas; técnicas auxiliares de saúde e equipa de enfermagem. Esta é constituída por quatro EE-ESMO's e dez enfermeiras de cuidados gerais.

Tendo por base o compromisso com a humanização dos cuidados à puérpera, RN e família, este serviço distingue-se pela oferta variada de serviços, dos quais são de destacar os programas de preparação para o parto e parentalidade e para o aleitamento materno, apelidado de “Amormentar”, e ainda as sessões de esclarecimento sobre os cuidados e circuitos desde o acolhimento até à alta: “Nascer no HB”.

Por fim, é de salientar o Projeto de Alta EE-ESMO, no qual o processo de alta da puérpera de baixo risco é da responsabilidade do EE-ESMO.

1.4 Caracterização do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA-HA

A realização dos estágios “ESMO na Gravidez Patológica”, com a duração de 150 horas, e “ESMO na Sala de Partos”, com a duração de 500 horas, serão realizados no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA. Este integra o Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem e situa-se, habitualmente, na ala direita do quinto piso do edifício hospitalar principal. A sua estrutura organizacional compreende: o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG); a unidade de internamento de Ginecologia, a unidade de internamento de Obstetrícia (grávidas e puérperas); e o Bloco de Partos.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras, pediatras e anestesistas; administrativos; técnicos auxiliares de saúde; assistente social, dietista, psicólogo e equipa de enfermagem. Esta última é composta por 21 enfermeiros, dos quais 11 são EE-ESMO's, dois são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e sete Enfermeiros de cuidados gerais.

Relativamente aos serviços oferecidos, destacam-se a Consulta de Aleitamento Materno, destinada a apoiar famílias no processo de amamentação, após a alta clínica e a Visita à Maternidade, momento que permite ao casal conhecer o serviço e ainda ser esclarecido sobre a oferta de serviços ou qualquer dúvida existente.

2. Projeto de Estágio

O projeto de estágio consiste na apresentação e planeamento dos objetivos traçados, das atividades a realizar para o alcance dos mesmos e dos recursos necessários. Para esta planificação, serviram de base a Ficha da Unidade Curricular e os Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EE-ESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; 2019b). Este projeto de Estágio será dividido em várias partes consoante os diferentes contextos de Estágio.

2.1. Projeto de Estágio I realizado na UCC X, destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Datas	Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências
Dia 18/09/2024 a 25/09/2024	Conhecer e caracterizar a UCC X (estruturas física, funcional, dinâmica e organizacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional da UCC X; • Conhecer a missão, visão e valores da X; • Conhecer os protocolos e projetos da Instituição; • Conhecer os sistemas/plataformas informáticos utilizados pela instituição (Sclínico®, SiiMA). 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet • Plataformas informáticas (SiiMA) 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; C1; D1; D2

<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Integrar a equipa multidisciplinar da UCC X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a equipa multidisciplinar da UCC X e os seus métodos e dinâmica de trabalho; • Estabelecer uma relação interpessoal com a equipa; • Cooperar com a equipa no cuidar à mulher/mãe/casal/família e grupos-alvo nos diferentes contextos da comunidade e nas diversas dimensões da saúde materna e obstétrica, demonstrando uma atitude proativa. 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>
<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/mãe/casal/família e grupos-alvo em contextos de planeamento familiar e pré-concepcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/família e grupo-alvo; • Mostrar disponibilidade; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados (antecedentes pessoais, doenças crónicas, histórico ginecológico e obstétrico); • Realizar avaliação física da utente (Peso, Altura, Índice de Massa Corporal 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança; • Fita métrica; • Esfigmomanómetro; • Vacinas; • Foco de luz; • Banco; • Luvas; 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 1.1, 1.2, 1.3</p>

		<p>(IMC), Tensão Arterial (TA), Frequência Cardíaca (FC);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de cuidados, em parceria com a mulher/casal, de forma a fomentar a participação ativa nos seus processos de saúde/doença. • Perceber o estado emocional da mulher/ casal/família e se necessário referenciar para o profissional/rede de apoio necessários; • Acompanhar mulher/casal na eleição do método contraceptivo/planeamento de gravidez saudável/ em caso de infertilidade • Promover a adesão à vacinação através da avaliação e atualização da ficha vacinal de cada utente conforme recomendação do Programa Nacional de Vacinação (PNV); • Identificar, cautelosamente, casos de violência, notificar e referenciar para o profissional/ rede de apoio à vítima; • Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de 	<ul style="list-style-type: none"> • Espéculos vaginais de diferentes tamanhos; • Gel lubrificante; • Escova cervical; • Recipiente com solução fixadora; • Computador; • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet; • Plataformas informáticas (SiiMA); • Boletins de Saúde (BSR/PF, BIS). 	
--	--	--	---	--

alterações / doença fora do e da área de intervenção do EE-ESMO;

- Agendar consulta seguinte;
- Registrar nas plataformas informáticas (Sclínico®) e no Boletim de Saúde correspondente (Boletim de Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar (BSR/PF); Boletim Individual de Saúde (BIS)).

Consulta de Planeamento Familiar e/ou Pré-Concecional

- Acompanhar mulher/casal na eleição do método contraceutivo/planeamento de gravidez saudável/ em caso de infertilidade;
- Educar para a adesão/ manutenção de um estilo de vida saudável (higiene cuidada, hábitos de sono, alimentação equilibrada, atividade física regular, hábitos de consumo);
- Promover a vivência segura da Sexualidade através do uso do método contraceutivo adequado ao casal e informação sobre doenças sexualmente transmissíveis;
- Esclarecer sobre os métodos contraceuticos que existem.

		<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer o método contraceptivo elegido; • Registrar no BSR/PF e no Sclínico®. <p><u>Rastreios do Cancro da Mama e Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a Adesão aos Rastreios; • Esclarecer sobre os Rastreios (importância, finalidade, técnica e periodicidade); • Explicar o autoexame da mama mensal e promover a identificação precoce de alterações. • Criar um panfleto informativo sobre o RCCU para oferecer e completar o esclarecimento; • Convocar mulheres, conforme os critérios de elegibilidade, para o RCCU; • Mostrar disponibilidade no esclarecimento de dúvidas ou anseios; • Posicionar a senhora respeitando a sua privacidade; • Preparar o material; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na técnica / Realizar a técnica, mantendo o feedback da senhora. • Identificar a colheita com os dados da mesma e da senhora a que corresponde; • Explicar os cuidados após técnica e o acesso/ comunicação do resultado; • Realizar registos de enfermagem no Sclínico® e na plataforma SiiMA. 		
<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/mãe/casal/família no período pré-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/família e grupo-alvo; • Mostrar disponibilidade; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados (antecedentes pessoais e familiares, doenças crónicas, histórico ginecológico e obstétrico; paridade e índice obstétrico; estilo de vida, hábitos de consumo); 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança; • Esfigmomanómetro • Doppler para Auscultação de Batimentos Cardíacos Fetais (ABCF); • Gel para ultrassons 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 2.1, 2.2, 2.3</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de cuidados, em parceria com a mulher/casal, de forma a impulsionar a participação ativa nos seus processos de saúde/doença; • Sensibilizar a mulher/casal para a relevância da vigilância da gravidez; • Determinar a Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP) ou corrigir conforme a primeira ecografia; • Realizar a avaliação do bem-estar materno-fetal, tendo em conta a Idade Gestacional (teste rápido de parâmetros de urina (tira), peso, ganho ponderal, TA, FC, altura do fundo uterino (AFU), desconfortos da gravidez, presença de edemas, derrames ou varizes, auscultação de batimentos cardíacos fetais (BCF), perceção e registo dos movimentos fetais (MF)) • Solicitar os exames laboratoriais e ecográficos e analisar os valores/resultados; • Informar sobre a importância da suplementação (ácido fólico, ferro e iodo) durante a gravidez, tendo em conta os 	<ul style="list-style-type: none"> • Fita métrica • Vacinas/ Imunoglobulina anti-D • Copo de papel • Tiras reagentes para teste rápido de urina; • Computador; • Programa <i>PowerPoint</i>; • <i>Software Sclínico®</i>, Intranet • Videoprojetor • Boletins de Saúde (BSR/PF, BSG, BIS) 	
--	--	--	--	--

		<p>antecedentes pessoais e resultados dos exames laboratoriais;</p> <ul style="list-style-type: none">• Proceder à avaliação do risco pré-natal recorrendo à Escala de Goodwin modificada;• Abordar os vários temas preconizados no Programa Nacional de Vigilância da Gravidez adequados à IG (hábitos alimentares, higiene e conforto, vestuário e calçado, atividade física, sono e repouso, sexualidade, consumos, desconfortos da gravidez, medidas de prevenção de infeção, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro, sinais e sintomas de alerta; enxoval , mala da maternidade; analgesia intraparto, TP; amamentação/ alimentação do bebé, cuidados ao recém-nascido, revisão do puerpério);• Informar sobre a lei parental e disponibilizar apoios disponíveis e acessíveis como cheques dentista;• Identificar necessidades e dificuldades da grávida/casal e referenciar adequadamente;• Verificar ficha vacinal da grávida;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Verificar a necessidade de administração de imunoglobulina anti-D às 28 semanas e agendar atempadamente a sua administração;• Mostrar disponibilidade no esclarecimento de dúvidas ou anseios da grávida/casal;• Referenciar para o PPPP – “Viver a Maternidade”, se IG > 22 semanas e se interesse da grávida;• Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO;• Agendar consulta seguinte;• Registrar nas plataformas informáticas (Sclínico®) e no BSG e/ou (BIS).• Colaborar nas sessões de PPPP• Cooperar com a Enfermeira orientadora nas sessões do PPPP;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Planear sessões de Educação para a Saúde destinadas às grávidas/casais sobre a amamentação.• Criar apresentações no PowerPoint alusiva ao processo de amamentação;• Preparar o material necessário para a sessão (computador, videoprojetor, mama de tricot...);• Relembrar os participantes da sessão;• Apresentar-me no acolhimento aos participantes;• Realizar a sessão utilizando os métodos expositivo, demonstrativo e participativo;• Aplicar questionário de avaliação de conhecimento;• Esclarecer quaisquer dúvidas/anseios;• Agradecer a participação.		
--	--	--	--	--

<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Realizar uma atividade relacionada com futuro tema de Investigação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer sobre a prevenção de infecções urinárias, através de uma higiene adequada; • Informar sobre os possíveis sinais de infeção urinária; • Propor realização de sessão de ensino sobre a prevenção de infeções urinárias, destinada às grávidas; • Esclarecer sobre os impactos possíveis das infeções urinárias na gravidez/parto. 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copo de papel • Tiras reagentes para teste rápido de urina; 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 2.2, 6.1, 6.2, 6.3</p>
<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/mãe/casal/família no pós-natal e puerpério</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família; • Mostrar disponibilidade; • Sensibilizar a puérpera/pais para a relevância da vigilância da puérpera e do recém-nascido; 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança • Fita métrica • Craveira • Esfigmomanómetro 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um plano de cuidados individualizado à puérpera/recém-nascido/família; • Conhecer os dados do parto e intercorrências; • Perceber a existência de alterações ou queixas (pélvicas, urinárias); • Realizar a avaliação física da puérpera (TA, FC, Peso, altura, IMC, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, eliminações vesical e intestinal, presença de edemas, derrames e varizes); • Avaliar evolução cicatricial e executar tratamento da ferida cirúrgica da ferida abdominal decorrente de cesariana e remoção de material de sutura, se necessário; • Avaliar o estado emocional da mulher; • Esclarecer sobre a sexualidade e retorno à contraceção, fornecer ou aplicar os métodos de contraceção adequados (métodos hormonais progestativos e métodos barreira); 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de tratamento de ferida cirúrgica • Vacinas • Copo de papel • Tiras reagentes para teste rápido de urina • Folha de colheita do Teste do Pezinho • Foco de luz • Banco • Luvas • Espéculos vaginais de diferentes tamanhos • Gel lubrificante • Escova cervical • Recipiente com solução fixadora • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet • Plataformas informáticas (SiiMA) • Boletins de Saúde (BSG, BSI/J, BIS). 	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Educar a puérpera/pais sobre vários temas (alimentação adequada, higiene e conforto (perineal), hábitos de sono, atividade física, sexualidade, eliminações, consumos, contraceção, alimentação do Recém-nascido (RN), alterações físicas e psicológicas no pós-parto);• Identificar dificuldades ou necessidades da mulher /casal e referenciar adequadamente;• Promover a adesão aos Rastreios do cancro da mama e RCCU, aproveitando momentos de procura de saúde;• Realizar a avaliação física do RN (vitalidade, pele, coto umbilical, características e hábitos das eliminações vesical e intestinal, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, peso, comprimento, perímetro cefálico, ganho ponderal /percentis de crescimento, interação entre pais/família e bebé, conforto, higiene e segurança);• Realizar o Rastreio Neonatal (entre o 3º e 6º dia de vida);		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Verificar a ficha vacinal da puérpera e do RN e atualizá-lo se necessário;• Perceber a adaptação da família ao novo elemento/nova dinâmica;• Identificar o tipo de alimentação do RN (aleitamento materno em exclusivo, misto ou leite adaptado);• No caso da amamentação (incentivar lembrando os benefícios, perceber a dinâmica, esclarecer dúvidas, ajudar a ultrapassar desafios encontrados);• No caso de leite adaptado (perceber a dinâmica e o padrão de alimentação, reforçar a técnica e cuidados de preparação de biberão corretos, esclarecer dúvidas);• Esclarecer dúvidas preocupações da mulher/pais;• Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO;• Agendar próximo contacto;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> Realizar registos no Sclínico® e nos Boletins de Saúde correspondentes (BSG, BIS, BSI/J). 		
<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/mãe/casal/família em situação de climatério e menopausa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); Apresentar-me no acolhimento à mulher; Mostrar disponibilidade; Perceber a adaptação e aceitação da mulher a esta nova fase; Esclarecer sobre as alterações físicas, psicológicas e hormonais decorrentes deste processo e ajudar a encontrar soluções que atenuem os possíveis desconfortos; Promover a vigilância de saúde no climatério; Individualizar os cuidados através da colheita de dados para a promoção da autonomia no autocuidado; Realizar a avaliação física da mulher (Peso; Altura; IMC; TA; FC); 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudante EE-ESMO Orientadora Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Balança Fita métrica Esfigmomanómetro Espéculos vaginais de diferentes tamanhos Vacinas Boletins de Saúde (BIS) Foco de luz Banco Luvas Gel lubrificante Escova cervical 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado emocional da mulher recorrendo à <i>Menopause Rating Scale</i> (MRS); • Promover a autonomia no autoexame da mama mensal (exemplificar técnica, informar sobre as alterações a identificar); • Reforçar a importância da adesão/ Dar a conhecer os programas de rastreio (RCCU, mamografia). • Convocar, conforme os critérios de elegibilidade, para o RCCU; • Esclarecer sobre os métodos contraceptivos adequados e providenciar o eleito; • Verificar a ficha vacinal e atualizá-lo se necessário; • Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO; • Agendar próximo contacto; • Registar no Sclínico® e plataforma SiiMA (se realização de rastreios). 	<ul style="list-style-type: none"> • Recipiente com solução fixadora • Computador • Software Sclínico®, Intranet • Plataformas informáticas (SiiMA) 	
--	--	--	---	--

<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/mãe/casal/família nos processos de saúde/doença ginecológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/casal; • Mostrar disponibilidade; • Promover a adesão à vigilância de saúde ginecológica regular e exames complementares de diagnóstico, explicando a sua importância; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados como antecedentes pessoais e familiares, histórico obstétrico e ginecológico; • Desenvolver um plano de cuidados, em parceria com a mulher, de forma a impulsionar a participação ativa no seu processo de saúde/doença; • Avaliar o estado físico da mulher (TA; FC; Peso; Altura; IMC); 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança • Fita métrica • Esfigmomanómetro • Material para tratamento de ferida cirúrgica • Espéculos vaginais de diferentes tamanhos • Vacinas • Boletins de Saúde (BIS) • Foco de luz • Banco • Luvas • Gel lubrificante • Escova cervical • Recipiente com solução fixadora 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>
--	--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado emocional da mulher e aceitação do processo de saúde/doença no qual se encontra; • Realizar ensinios sobre os cuidados pós-operatórios, em caso de cirurgia ginecológica, e avaliar a ferida cirúrgica e executar tratamento; • Educar sobre os rastreios disponíveis, doenças sexualmente transmissíveis e infeções genito-urinárias; • Esclarecer dúvidas/ anseios da mulher; • Avaliar e atualizar ficha vacinal da mulher; • Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO; • Agendar próximo contacto; • Registrar no Sclínico® e plataforma SiiMA (se realização de rastreios). 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet • Plataformas informáticas (SiiMA) 	
--	--	--	---	--

<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Adquirir competências nas áreas de gestão e de qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a organização da UCC X; • Conhecer a gestão de recursos humanos e materiais da UCC X; • Colaborar na reposição de materiais; • Rentabilizar e poupar os recursos existentes na prestação de cuidados; • Planear e priorizar os cuidados tendo em conta o tempo e os recursos presentes. 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, C2</p>
<p>Dia 18/09/2024 a 25/09/2024</p>	<p>Aprimorar o espírito crítico sobre o cuidar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir criticamente sobre os cuidados prestados ao grupo-alvo; • Conhecer o feedback da EE-ESMO orientadora sobre a minha prática em estágio de forma a melhorar a prestação dos cuidados; • Mobilizar a evidência científica na prestação de cuidados; • Refletir sobre a minha prática clínica através da realização de dois momentos de avaliação com a EE-ESMO e docente orientadores. 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: B2, C1, D1, D2</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Elaborar o relatório de estágio que reflete experiências de cuidados realizadas.		
--	--	--	--	--

Tabela 1 - Projeto de Estágio estabelecido para o Estágio I – Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica na Comunidade

2.2. Projeto de Estágio II realizado nos Serviços de Consulta Externa e de Ginecologia/Obstetrícia da ULSA, destinados a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica e em Ginecologia

Datas	Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências
Dia 28/10/2024 a 20/12/2024	Conhecer e caracterizar os Serviços e a Instituição (estruturas física, funcional, dinâmica e organizacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional dos Serviços de Consulta Externa e de Ginecologia/Obstetrícia; • Conhecer a missão, visão e valores da ULSA; • Conhecer os protocolos e os projetos dos Serviços e da Instituição; • Conhecer os sistemas/plataformas informáticos utilizados pela instituição (Sclínico®). 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientador • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>
Dia 28/10/2024 a 20/12/2024	Integrar as equipas multidisciplinares do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a equipa multidisciplinar dos Serviços de Consulta Externa e de Ginecologia/Obstetrícia e os seus métodos e dinâmica de trabalho; • Estabelecer uma relação interpessoal com a equipa; • Cooperar com a equipa no cuidar à mulher/mãe/casal/família e aos 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO's Orientadoras • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>

		grupos-alvo nos diferentes contextos da comunidade e nas diversas dimensões da saúde materna e obstétrica, demonstrando uma atitude proativa.		
Dia 11/11/2024 a 20/12/2024	Adquirir competências nas áreas de gestão e de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a organização dos Serviços das Consultas Externas e de Ginecologia/Obstetrícia da ULSA; • Conhecer a gestão de recursos humanos e materiais das Consultas Externas e de Ginecologia/Obstetrícia da ULSA; • Colaborar na reposição de materiais; • Rentabilizar e poupar os recursos existentes na prestação de cuidados; • Planear e priorizar os cuidados tendo em conta o tempo e os recursos presentes. 	Recursos Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, C2
Dia 11/11/2024 a 20/12/2024	Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/casal/família; 	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar Recursos Materiais <ul style="list-style-type: none"> • Balança • Esfigmomanómetro 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2

		<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar disponibilidade com vista ao desenvolvimento de uma relação terapêutica; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados (antecedentes pessoais e familiares, doenças crônicas, histórico ginecológico e obstétrico; gravidez atual; gravidezes anteriores; estilo de vida, hábitos de consumo); • Desenvolver um plano de cuidados, em parceria com a mulher/casal, de forma a impulsionar a participação ativa nos seus processos de saúde/doença; • Sensibilizar a mulher/casal para a relevância da vigilância da gravidez; • Proceder à avaliação do risco pré-natal recorrendo à Escala de Goodwin modificada; • Determinar a IG e a DPP ou corrigir conforme a primeira ecografia; • Realizar a avaliação do bem-estar materno-fetal, tendo em conta a Idade Gestacional (teste rápido de parâmetros 	<ul style="list-style-type: none"> • Doppler para ABCF • Aparelho de CTG • Gel para ultrassons • Fita métrica • Vacinas/ Imunoglobulina anti-D • Copo de papel • Tiras reagentes para teste rápido de urina • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet • Boletins de Saúde (BSG, BIS). 	<p>Competências Específicas do EE-ESMO: 2.1, 2.2, 2.3</p>
--	--	---	--	---

		<p>de urina (tira), peso, ganho ponderal, TA, FC, AFU, desconfortos da gravidez, presença de edemas, derrames ou varizes, auscultação de BCF, percepção e registo dos MF;</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar Manobras de <i>Leopold</i> para determinar para avaliar e caracterizar a posição fetal no útero;• Realizar Cardiotocografia (CTG) e sua interpretação (duração da monitorização, linha de base, variabilidade, presença de acelerações e/ou desacelerações e dinâmica uterina);• Avaliar o estado emocional da grávida;• Promover a adesão aos exames complementares de diagnóstico, explicando a sua importância;• Solicitar os exames laboratoriais e ecográficos e analisar os valores/resultados;• Identificar imunidade da grávida à toxoplasmose, rubeola;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Detetar gravidez de risco através dos resultados dos exames complementares de diagnóstico; • Informar sobre a importância da suplementação (ácido fólico, ferro e iodo) durante a gravidez, tendo em conta os antecedentes pessoais e resultados dos exames laboratoriais; • Abordar os vários temas preconizados no Programa Nacional de Vigilância da Gravidez adequados à IG (hábitos alimentares e cuidados de higiene e confeção, higiene e conforto, vestuário e calçado, atividade física, sono e repouso, sexualidade, consumos, desconfortos da gravidez, medidas de prevenção de infeção, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro, sinais e sintomas de alerta; enxoval , mala da maternidade; analgesia intraparto, TP; amamentação/ alimentação do bebé, cuidados ao recém-nascido, revisão do puerpério); 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre a lei parental e disponibilizar apoios disponíveis e acessíveis como cheques dentista;• Identificar necessidades e dificuldades da grávida/casal e referenciar adequadamente;• Verificar ficha vacinal da grávida e atualizá-lo assim que é possível;• Verificar a necessidade de administração de imunoglobulina anti-D às 28 semanas e agendar atempadamente a sua administração;• Mostrar disponibilidade no esclarecimento de dúvidas ou anseios da grávida/casal;• Referenciar para sessões de informação do Projeto “Papás Informados”;• Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO;• Agendar consulta seguinte;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar nas plataformas informáticas (Sclínico®) e no BSG e/ou (BIS). 		
<p>Dia 11/11/2024 a 20/12/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade em situação de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/casal/família; • Mostrar disponibilidade; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados (antecedentes pessoais e familiares, doenças crónicas e medicação habitual, histórico ginecológico e obstétrico; gravidez atual; gravidezes anteriores); • Realizar avaliação física e psicológica (monitorização de Sinais Vitais (TA; FC; Temperatura); • Avaliar estado emocional e referenciar para avaliação da psicóloga; • Explicar procedimento, referindo que a IVG apenas pode ser realizada até dez 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfigmomanómetro • Termómetro • Panfleto Explicativo do processo de acompanhamento e encaminhamento na situação de IVG • Declaração de consentimento e Termo de Responsabilidade • Marquesa ginecológica • Ecógrafo • Foco de luz • Computador • Software Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 2.1, 2.2, 2.3.</p>

		<p>semanas de gestação e que a Instituição não o realiza, pelo que será encaminhada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar declaração de consentimento de tratamento de dados e termo de responsabilidade a assinar pela mulher; • Colaborar na técnica para a datação da gravidez; • Esclarecer sobre o processo de IVG; o encaminhamento para a clínica parceira; a importância de eleger o método contraceptivo adequado, após o procedimento); • Referenciar para a Clínica dos Arcos; • Referenciar para o Centro de Saúde da área de residência, após 6 semanas, para observação, avaliação do método contraceptivo elegido. • Realizar registos de enfermagem no programa informático (Sclínico®). 		
<p>Dia 11/11/2024 a 20/12/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO orientadora 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p>

	<p>inserida na família e comunidade na revisão puerperal após gravidez patológica</p>	<p>(privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família; • Mostrar disponibilidade; • Sensibilizar a puérpera/pais para a relevância da vigilância da puérpera e do recém-nascido; • Estabelecer um plano de cuidados individualizado à puérpera/recém-nascido/família; • Conhecer os dados do parto e intercorrências; • Perceber a existência de alterações ou queixas (pélvicas, urinárias); • Realizar a avaliação física da puérpera (TA, FC, Peso, altura, IMC, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, perdas vaginais, eliminações vesical e intestinal, presença de edemas, derrames e varizes); 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfigmomanómetro • Balança • Fita métrica • Copo de papel • Tiras para Teste rápido de urina • Banco • Luvas • Espéculos vaginais de diferentes tamanhos • Gel lubrificante • Escova cervical • Recipiente com solução fixadora • Boletim de saúde (BSG, BIS) • Computador • Software Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências Específicas do EE-ESMO: 4.1, 4.2, 4.3.</p>
--	---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a evolução cicatricial da ferida cirúrgica da ferida abdominal decorrente de cesariana;• Avaliar o estado emocional da mulher;• Esclarecer sobre a sexualidade e o retorno à contraceção, fornecer ou aplicar os métodos de contraceção adequados (métodos hormonais, progestativos e métodos barreira);• Educar a puérpera/pais sobre vários temas (alimentação adequada, higiene e conforto (perineal), hábitos de sono, atividade física, sexualidade, eliminações, consumos, contraceção, alimentação do Recém-nascido (RN), alterações físicas e psicológicas no pós-parto);• Identificar dificuldades ou necessidades da mulher /casal e referenciar adequadamente;• Promover a adesão aos Rastreios do cancro da mama e RCCU, aproveitando momentos de procura de saúde;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a ficha vacinal da puérpera e referenciar para vacinação o Centro de Saúde correspondente; • Perceber a adaptação da família ao novo elemento/nova dinâmica; • Perceber se a alimentação do RN eleita (amamentação exclusiva, mista ou leite adaptado) e esclarecer quaisquer dúvidas ou preocupações da mulher/pais; • Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO; • Realizar registos no Sclínico® e nos Boletins de Saúde correspondentes (BSG, BIS). 		
<p>Dia 28/10/2024 a 8/11/2024</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher/família em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>

	situação de saúde/doença ginecológica;	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-me no acolhimento à mulher/casal; • Mostrar disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Individualizar os cuidados através da colheita de dados como os antecedentes pessoais e familiares, o histórico obstétrico e ginecológico; • Desenvolver um plano de cuidados, em parceria com a mulher, de forma a impulsionar a participação ativa no seu processo de saúde/doença; • Avaliar o estado físico da mulher (TA; FC; Peso; Altura; IMC); • Avaliar o estado emocional da mulher e aceitação do processo de saúde/doença no qual se encontra; • Promover a adesão à vigilância de saúde ginecológica regular e aos exames complementares de diagnóstico, explicando a sua importância; 	<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança • Fita métrica • Esfigmomanómetro • Espéculos vaginais de diferentes tamanhos • Vacinas • Foco de Luz • Banco • Luvas • Gel lubrificante • Escova cervical • Recipiente com solução fixadora • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências Específicas do EE-ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>
--	--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a autovigilância (autoexame da mama) para facilitar uma deteção precoce; • Educar sobre os rastreios disponíveis, as doenças sexualmente transmissíveis e as infeções genito-urinárias; • Colaborar na consulta e avaliação médica; • Colaborar na técnica de colpocitologia e/ou biópsia; • Esclarecer dúvidas/ anseios da mulher; • Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de alterações / doença fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO; • Agendar próximo contacto; • Registrar no Sclínico® e plataforma SiiMA (se realização de rastreios). 		
--	--	---	--	--

Tabela 2 - Projeto de Estágio II realizado nos Serviços de Consulta Externa e Ginecologia/ Obstetrícia na ULSA – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica e em Ginecologia

2.3. Projeto de Estágio III realizado no Serviço de Puerpério do Hospital B (HB), destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério

Datas	Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências
Dia 6/01/2025 a 14/02/2025	Conhecer e caracterizar o serviço de Puerpério do HB (estruturas física, funcional, dinâmica e organizacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço de Puerpério do HB; • Conhecer a missão, visão e valores do Serviço de Puerpério do HB; • Conhecer os protocolos e projetos da Instituição; • Conhecer os sistemas/plataformas informáticos utilizados pela instituição (Sclínico®). 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Software Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>
Dia 6/01/2025 a 14/02/2025	Integrar a equipa multidisciplinar do Serviço de Puerpério do HB	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a equipa multidisciplinar do serviço de Puerpério do HB e os seus métodos e dinâmica de trabalho; • Estabelecer uma relação interpessoal com a equipa; • Cooperar com a equipa no cuidar à mulher/mãe/casal/família e grupos-alvo nos diferentes contextos da comunidade e nas diversas dimensões da saúde 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>

		materna e obstétrica, demonstrando uma atitude proativa.		
Dia 6/01/2025 a 14/02/2025	Adquirir competências nas áreas de gestão e de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a organização do serviço de Puerpério do HB; • Conhecer a gestão de recursos humanos e materiais do serviço de Puerpério do HB; • Colaborar na reposição de materiais; • Rentabilizar e poupar os recursos existentes na prestação de cuidados; • Planear e priorizar os cuidados tendo em conta o tempo e os recursos presentes. 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, C2</p>
Dia 6/01/2025 a 14/02/2025	Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal / puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família e receber as informações sobre o antecedentes, parto e intercorrências; 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balança • Fita métrica • Esfigmomanómetro; 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 4.1, 4.2, 4.3.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Serviço de Puerpério do HB à mulher/casal; • Mostrar disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Estabelecer um plano de cuidados individualizado e em parceria com a puérpera/recém-nascido/família; • Realizar a avaliação física puérpera (TA, FC, Peso, temperatura, altura, IMC, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, perdas vaginais, eliminações vesical e intestinal, presença de edemas, derrames e varizes); • Avaliar regularmente o estado emocional da puérpera/casal/família na adaptação a esta nova fase; • Identificar precocemente complicações no pós-parto (hemorragia vaginal, sinais de infecção; deiscência de sutura; alterações do estado emocional (baby blues, depressão pós-parto...); incontinências urinária ou fecal; presença de hemorroidas; complicações na 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de tratamento de ferida cirúrgica • Vacinas • Craveira • Folha de colheita do Teste do Pezinho • Luvas • Material necessário para colheita de sangue • Bilirrubinómetro • Material de apoio à amamentação • Material necessário para alimentação com leite adaptado • Boletins de Saúde (BSG, BSI/J, BIS) • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	
--	--	--	---	--

		<p>amamentação (ingurgitamento mamário, mastite, mamilos fissurados);</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a evolução cicatricial e executar o tratamento da ferida cirúrgica da ferida abdominal decorrente de cesariana e a remoção de material de sutura, se necessário;• Educar sobre os cuidados no puerpério (alimentação adequada, consumos, cuidados de higiene e conforto; cuidados com a sutura/ períneo ou sutura cirúrgica abdominal; características dos lóquios; alterações físicas e psicológicas e desconfortos no pós-parto; sexualidade; retorno a à contraceção, atividade física; consulta de revisão puerperal);• Identificar as dificuldades ou necessidades da mulher /casal e referenciar adequadamente;• Preparar e administrar medicação prescrita, respeitando a regra dos nove certos (utente, medicamento, dosagem,		
--	--	--	--	--

		<p>via, forma terapêutica, hora, registo e monitorização certas);</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar a avaliação física do RN (vitalidade, pele, coto umbilical, características e hábitos das eliminações vesical e intestinal, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, peso, comprimento, perímetro cefálico, ganho ponderal /percentis de crescimento, interação entre pais/família e bebé, conforto, higiene e segurança);• Colaborar na técnica de avaliação do RN pelo médico pediatra;• Detetar precocemente de sinais de alerta no RN;• Identificar o tipo de alimentação do RN (aleitamento materno em exclusivo, misto ou leite adaptado);• Avaliar o valor de bilirrubinemia através de bilirrubinómetro ou colheita de sangue, se necessário, conforme indicação do médico pediatra;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Realizar o Rastreamento de Cardiopatias Congénitas através do Teste de oximetria de pulso;• Administrar vacina contra Hepatite B (VHB) e vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR), conforme recomendados pela Direção Geral de Saúde (DGS);• Realizar o Rastreamento Neonatal (entre o 3º e 6º dia de vida);• Educar sobre os cuidados no RN (alimentação, higiene, conforto, padrão de sono, vacinação e rastreios, sinais de alerta, consultas de vigilância de saúde infantil);• Envolver o casal/família nos cuidados prestados ao RN, promovendo a vinculação e autonomia dos pais;• Referenciar para outro profissional, em caso de identificação de complicações/alterações no RN/puérpera/família, fora do domínio e da área de intervenção do EE-ESMO;		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar registos no programa Sclínico® e nos Boletins de Saúde correspondentes (BSG, BIS, BSI/J); • Realizar a passagem de turno, utilizando a mnemónica ISBAR – (Identificação, Situação atual, Background (antecedentes), Avaliação e Recomendações) como ferramenta de comunicação, de forma a garantir a continuidade dos cuidados; • Reforçar os ensinamentos realizados ao longo do internamento, no momento de preparação para a alta; • Realizar a nota de alta com todas as informações sobre a puérpera e RN para a promoção da continuidade dos cuidados <p style="text-align: center;"><u>Processo de Amamentação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no processo da amamentação, demonstrando disponibilidade; • Incentivar a amamentação, lembrando os benefícios para mãe/ bebé/família; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o posicionamento, pega e técnica;• Perceber o conforto da mãe no processo;• Identificar complicações na amamentação e ajudar a ultrapassar os desafios encontrados;• Entregar panfletos de suporte aos ensinamentos realizados;• Tranquilizar a mulher/casal/família, ao longo deste processo de aprendizagem, esclarecendo quaisquer dúvidas; <p><u>Alimentação do RN com leite adaptado</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ensinar a preparação correta do biberão (cuidados de higiene e esterilização do material; medida de água e leite em pó, temperatura do leite, horários de mamada);• Ensinar a técnica adequada de alimentação por biberão;• Entregar panfletos de suporte aos ensinamentos realizados;		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer quaisquer anseios/ dúvidas da mão/casal; <p style="text-align: center;"><u>Realização de Fototerapia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer os pais sobre a Icterícia, a sua causa e o tratamento por fototerapia; • Explicar aos pais a utilização do aparelho de fototerapia e os cuidados a ter com o equipamento e com o RN; • Ensinar a técnica de posicionamento e a alternância decúbitos; • Incentivar uma amamentação frequente, diminuindo os intervalos entre as mamadas; • Disponibilizar o panfleto relativo à icterícia e ao tratamento por fototerapia; • Manter uma vigilância contínua, assegurando a segurança do RN ao longo do tratamento (proteção ocular e dos genitais, não aplicação de cremes, temperatura do RN,...); • Esclarecer quaisquer anseios/ dúvidas da mão/casal. 		
--	--	---	--	--

Tabela 3 - Projeto de Estágio III realizado no Serviço de Puerpério do HB – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério

2.4. Projeto de Estágio IV realizado no Serviço de Bloco de Partos do Hospital A (HA), destinado a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

Datas	Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Conhecer e caracterizar o serviço de Bloco de Partos do HA (estruturas física, funcional, dinâmica e organizacional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço de Bloco de Partos do HA; • Conhecer a missão, visão e valores do Serviço de Bloco de Partos do HA; • Conhecer os protocolos e projetos da Instituição; • Conhecer os sistemas/plataformas informáticos utilizados pela instituição (Sclínico®). 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Integrar a equipa multidisciplinar do Serviço de Bloco de Partos do HA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos do HA e os seus métodos e dinâmica de trabalho; • Estabelecer uma relação interpessoal com a equipa; • Cooperar com a equipa no cuidar à mulher/mãe/casal/família e grupos-alvo nos diferentes contextos da comunidade e nas diversas dimensões da saúde materna 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; C1; D1; D2</p>

		e obstétrica, demonstrando uma atitude proativa.		
Dia 17/02/2025 a 20/07/2025	Adquirir competências nas áreas de gestão e de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a organização do serviço de Bloco de Partos do HA; • Conhecer a gestão de recursos humanos e materiais do serviço de Bloco de Partos do HA; • Colaborar na reposição de materiais; • Rentabilizar e poupar os recursos existentes na prestação de cuidados; • Planear e priorizar os cuidados tendo em conta o tempo e os recursos presentes. 	Recursos Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, C2
Dia 17/02/2025 a 20/07/2025	Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade no momento da admissão e acolhimento no	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores e cultura); • Apresentar-me no acolhimento à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família; • Mostrar disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Apresentar o Serviço de Bloco de Partos do HA e os circuitos à mulher/casal; 	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar Recursos Materiais <ul style="list-style-type: none"> • Declaração de Consentimento Informado • Esfigmomanómetro 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2. Competências específicas do EE-ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.

	<p>Serviço de Bloco de Partos do HA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer e Esclarecer sobre a declaração do consentimento informado, livre e esclarecido à mulher/casal para internamento no serviço e o seu preenchimento; • Informar a grávida/casal/pessoa significativa sobre cada procedimento e solicitar permissão para a sua realização; • Realizar avaliação inicial à grávida ou parturiente/casal/pessoa significativa, conforme a orientação do Serviço (motivo de recorrer ao serviço de urgência, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos e obstétricos, fatores de risco temperatura, TA, FC, peso, altura, IMC); • Solicitar os documentos da vigilância da gravidez (BSG, exames laboratoriais, exames ecográficos); • Perceber as expectativas e desejos do grávida/casal em relação ao parto e cuidados pré, intra e pós, nomeadamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro • Balança • Boletim de Saúde BSG • Aparelho de CTG • Luvas • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	
--	---	--	---	--

		<p>através do plano de parto e validação do mesmo;</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o bem-estar materno físico e emocional da grávida (TA, FC, temperatura, dor, estado geral);• Realizar a avaliação obstétrica da mulher através de:<ul style="list-style-type: none">-Manobras de Leopold para avaliar e caracterizar a posição fetal no útero;-Toque vaginal para avaliar características da bacia e do colo, integridade das membranas, determinar a apresentação, posição, altura e variedade fetal;• Avaliar bem-estar materno-fetal através de CTG externa, percebendo assim a presença de contrações uterinas, frequência cardíaca fetal (FCF) e MF;• Interpretar o traçado da CTG (duração da monitorização, linha de base, variabilidade, presença de acelerações e/ou desacelerações e dinâmica uterina);• Identificar o estadio do trabalho de parto;• Estabelecer um plano de cuidados individualizado e em parceria com a		
--	--	---	--	--

		<p>mulher/casal/pessoa significativa e atualizar conforme a necessidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar registos no programa informático e no BSG. 		
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade durante o primeiro estadio de TP</p>	<p><u>Vigilância do Progresso de TP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores, cultura, consentimento informado); Manter disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; Promover um ambiente calmo e confortável para a mulher/casal/pessoa significativa; Permitir o acompanhamento da mulher no Bloco de Partos pela pessoa de eleição; Informar a grávida/casal/pessoa significativa sobre cada procedimento e solicitar permissão para a sua realização; Respeitar as necessidades e desejos da grávida/casal; 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudante EE-ESMO Orientadora Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Bola de pilates Aparelho de CTG Material de punção de veia periférica Material para realização de esvaziamento vesical Material para amniotomia Material para a realização da técnica de colocação de cateter epidural/sequencial 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Puncionar veia periférica e colocar soroterapia e conforme protocolo do serviço; • Avaliar o bem-estar materno físico e emocional da grávida (TA, FC, temperatura, dor, estado geral); • Realizar a avaliação obstétrica da mulher através de toque vaginal e Índice de Bishop, para avaliar as características da bacia e do colo (posição, consistência, apagamento e dilatação) , a integridade das membranas (íntegra ou rota), determinar a apresentação, a posição, a altura (níveis de Lee ou Planos de Hodge) e a variedade fetal e evolução do TP; • Avaliar o bem-estar materno-fetal através de CTG externa, percebendo assim a presença de contrações uterinas, FCF e MF; • Interpretar o traçado da CTG (duração da monitorização, linha de base, variabilidade, presença de acelerações e/ou desacelerações e dinâmica uterina); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos prescritos • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Identificar a fase do primeiro estadio do TP (latente ou ativa);• Proporcionar liberdade de movimentos favorecendo a evolução do TP;• Realizar ou colaborar na amniotomia, se necessário ou indicação;• Identificar as características do líquido amniótico independentemente do tipo de rotura (cor, cheiro, quantidade);• Incentivar a ingestão hidrica, desde que não exista contra-indicação;• Incentivar a micção espontânea, se necessário recorrer a esvaziamento vesical;• Preparar e administrar a terapêutica prescrita, conhecendo as características, a ação e possíveis efeitos adversos e respeitando a regra dos nove c;• Avaliar a eficácia da medicação administrada;• Identificar complicações e risco materno-fetal e referenciar para outro profissional		
--	--	--	--	--

		<p>quando não corresponde ao domínio e área de intervenção do EE-ESMO;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar registos no programa informático, no partograma (a partir da fase ativa de TP). • Controlo da Dor no TP • Esclarecer sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor disponíveis; • Garantir o acesso às medidas eleitas pela parturiente; • Preparar e administrar a analgesia conforme prescrição médica; • Colaborar na técnica de analgesia epidural ou sequencial (posicionar a senhora, dar indicações para manter a calma durante o procedimento) • Avaliar regularmente a eficácia das medidas de alívio de dor para possível alteração da(s) medida(s). 		
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2,</p>

	<p>e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade durante o segundo estadio de TP</p>	<p>(privacidade, sigilo, crenças, valores, cultura, consentimento informado);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Promover um ambiente calmo e confortável para a mulher/casal/pessoa significativa; • Permitir o acompanhamento da mulher no Bloco de Partos pela pessoa de eleição; • Informar a grávida/casal/pessoa significativa sobre cada procedimento e solicitar permissão para a sua realização; • Respeitar as necessidades e desejos da grávida/casal; • Identificar os sinais característicos do período expulsivo (vontade de fazer força); • Orientar a mulher para os esforços expulsivos no momento correto; • Incentivar a micção espontânea, se necessário recorrer a esvaziamento vesical; • Garantir a presença do material necessário para a realização do parto; 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material para realização de esvaziamento vesical • Equipamento de Proteção Individual necessário • Compressas esterilizadas • Material necessário para o parto • Luvas esterilizadas • Fármacos prescritos • Boletins de Saúde Correspondentes (BSG, BSI/J) • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	<p>B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>
--	---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Preparar a mesa de apoio, organizando os instrumentos e material para o parto; • Colocar o equipamento de proteção individual de forma correta e segura; • Garantir a presença dos profissionais necessários para o parto (EE-ESMO orientador e outro EE-ESMO ou Enfermeiro para acolhimento do RN); • Posicionar a mulher na posição mais confortável, promovendo a alternância de posicionamentos; • Seguir indicações do EE-ESMO orientador; • Lavar a região vulvo-perineal com o soro; • Colocar os campos esterilizados, pernas, tendo em conta a posição eleita pela mulher; • Avaliar o bem-estar materno-fetal através de CTG externa, dinâmica uterina, FCF; • Administrar oxitocina conforme protocolo do Serviço; • Exemplificar o controlo da respiração nos esforços expulsivos e no intervalo das contrações; • Dar feedback positivo à parturiente; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Realizar o toque vaginal para avaliar as características da bacia e do colo e determinar a apresentação, posição, a altura e a variedade fetal;• Avaliar a coloração e a elasticidade dos tecidos perineais, durante a coroação, e se necessário e consentido, realizar episiotomia (mediolateral);• Realizar Manobra de Ritgen;• Verificar a presença de circular e pedir a suspensão doo esforços expulsivos e identificar o tipo de circular;• Desfazer a circular, se larga, ou realizar laqueação prévia do cordão, se circular apertada;• Ajudar na expulsão fetal, primeiramente com o desencravamento do ombro anterior e depois do ombro posterior;• Realização das diversas manobras recomendadas, em caso de distócia de ombros como McRoberts, Rubin I, entre outras;• Verificar a hora do nascimento;		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a expressão manual do RN, no sentido do tórax à face (nariz, boca); • Promover o contacto pele a pele imediato e assim a vinculação precoce; • Realizar a laqueação tardia e corte do cordão umbilical, sempre que a situação materno-fetal permita; • Proporcionar a oportunidade de cortar o cordão à mulher/pai/pessoa significativa; • Colaborar com o médico obstetra nos partos distócicos; • Identificar complicações e risco materno-fetal e referenciar para outro profissional quando não corresponde ao domínio e área de intervenção do EE-ESMO; • Realizar os registos no programa informático, no partograma (a partir da fase ativa de TP), no BSG e BSI/J. 		
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores, cultura, consentimento informado); 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2</p>

	<p>à mulher inserida na família e comunidade durante o terceiro estadio de TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Promover um ambiente calmo e confortável para a mulher/casal/pessoa significativa; • Permitir o acompanhamento da mulher no Bloco de Partos pela pessoa de eleição; • Informar a grávida/casal/pessoa significativa sobre cada procedimento e solicitar permissão para a sua realização; • Respeitar as necessidades e desejos da mulher/casal; • Posicionar a senhora em semi-fowler; • Avaliar bem-estar físico e emocional da mulher (TA, FC, temperatura, dor, estado geral); • Realizar colheita de sangue, o mais precocemente possível, para colheita de células estaminais e/ou devido a incompatibilidade AB0 e Rh; • Identificar os sinais do separação placentar (modificação da forma do útero discoide 	<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material para realização de esvaziamento vesical • Equipamento de Proteção Individual necessário • Compressas esterilizadas • Soro Fisiológico • Material para colheita de sangue do cordão • <i>Kit</i> de Células Estaminais • Material necessário para o parto • Material necessário para suturar • Luvas esterilizadas • Medicação prescrita • Boletins de Saúde Correspondentes (BSG, BSI/J) • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	<p>B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>
--	---	---	--	---

		<p>para ovoide, perda sanguínea pelo introito vaginal, descida do cordão umbilical);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar dequitação (Manobra de Brand-Andrews, solicitar esforços expulsivos; Manobra de Jacob-Dublin); • Identificar o mecanismo de expulsão placentar (Duncan ou Schultze); • Verificar a formação do Globo de Segurança de Pinard, através de palparção abdominal; • Avaliar a quantidade de perda sanguínea vaginal; • Inspeccionar a placenta, as membranas e o cordão umbilical (integridade, proporção, forma, inserção do cordão, presença de calcificações,...); • Mostrar a placenta à mulher/casal, se desejarem; • Colocar a placenta, as membranas e o cordão umbilical no saco Vermelho correspondente aos Resíduos Hospitalares de Risco Específico; • Massajar o fundo uterino a fim de confirmar a contração uterina; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a expressão uterina; • Inspeccionar o canal vaginal, o períneo e verificar a presença de lacerações; • Suturar as lacerações / ferida de episiotomia; • Ensinar sobre os cuidados e vigilância no puerpério (mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, eliminações vesical e intestinal); • Identificar complicações e risco materno-fetal e referenciar para outro profissional quando não corresponde ao domínio e área de intervenção do EE-ESMO; • Realizar os registos no programa informático, no partograma, no BSG e BSI/J. <p style="text-align: center;"><u>Sutura de Lacerações/ Episiotomia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgesia local; • Higienizar a região perineal; • Mudar de luvas; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Eleger o tipo de agulha e o fio de sutura mais adequados à correção da ferida; • Suturar por planos; • Inspeccionar os bordos e a região perineal; • Verificar a integridade do esfíncter anal através do toque retal; • Higienizar a região perineal. 		
<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade durante o quarto estadio de TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar as normas éticas e deontológicas da profissão, nomeadamente no respeito à pessoa (privacidade, sigilo, crenças, valores, cultura, consentimento informado); • Manter disponibilidade com vista a estabelecer uma relação terapêutica; • Promover um ambiente calmo e confortável para a mulher/casal/pessoa significativa; • Permitir o acompanhamento da mulher no Bloco de Partos pela pessoa de eleição; • Informar a grávida/casal/pessoa significativa sobre cada procedimento e solicitar permissão para a sua realização; 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material para esvaziamento vesical • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet. 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências Específicas do EE-ESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Respeitar as necessidades e desejos da mulher/casal;• Promover o contacto pele a pele imediato e assim a vinculação precoce;• Iniciar e apoiar o processo de amamentação precocemente, tendo em conta a vontade da mulher;• Avaliar o bem-estar materno físico e emocional da grávida (TA, FC, temperatura, dor, estado geral, pele, mamas/mamilos, involução uterina, lóquios, perineorrafia, membros inferiores);• Proceder à remoção do cateter epidural, verificando a integridade do mesmo;• Incentivar a micção espontânea, se necessário recorrer a esvaziamento vesical;• Ensinar sobre os cuidados e vigilância no puerpério/cuidados ao bebé (mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, eliminações vesical e intestinal);		
--	--	---	--	--

		<p>amamentação/alimentação, eliminações vesical e intestinal,...);</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar complicações e risco materno-fetal e referenciar para outro profissional quando não corresponde ao domínio e área de intervenção do EE-ESMO;• Realizar os registos no programa informático, no BSG e BSI/J.• Transferir a díade para o Serviço de Puerpério transmitindo a informação clínica de ambos.		
--	--	--	--	--

<p>Dia 17/02/2025 a 20/07/2025</p>	<p>Adquirir conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado especializado ao RN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o material necessário para os cuidados imediatos ao RN (fonte de calor, oxigénio, sistema de aspiração,...) e verificar funcionamento; • Promover um ambiente calmo, confortável e conforto; • Aquecer o pano esterilizado para a receção do RN; • Verificar a hora de nascimento; • Secar o RN com o pano e colocar gorro aquecido; • Esclarecer os pais sobre os cuidados realizados ao RN, respeitando os seus desejos. • Promover o contacto pele a pele imediato e assim a vinculação precoce; • Determinar o <i>score</i> do Índice de Apgar (ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida); • Colocar o RN na mesa de cuidados e proceder aos primeiros cuidados necessários (administrar 1mg de vitamina k (IM ou oral), pesar RN; realizar avaliação física, neurológica e comportamental, 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudante • EE-ESMO Orientadora • Equipa Multidisciplinar <p>Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa de cuidados ao RN • Luvas • Pano esterilizado • Balança • Material necessário para reanimação do RN • Seringa de 1ml • agulha intradérmica • Medicação • Roupa aquecida • Incubadora • Computador • <i>Software</i> Sclínico®, Intranet • Boletim de saúde BSI/J. 	<p>Competências</p> <p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências Específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>
--	--	--	--	---

		<p>identificar alterações/malformações; colocar compressa seca para proteção do coto umbilical; dar banho ao RN se impregnado em mecónio ou mãe com HIV; avaliar a glicémia capilar conforme protocolo de mãe com Diabetes Gestacional / Diabetes na Gravidez);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a fralda, pulseira de identificação (dados da mãe confirmados), pulseira anti-rapto e vestir o RN; • Promover a participação dos pais nos cuidados imediatos ao RN; • Iniciar e apoiar o processo de amamentação precocemente, tendo em conta a vontade da mulher; • Colaborar com médico pediatra na reanimação neonatal, se necessário; • Encaminhar para o Serviço de Neonatologia, se necessário e informar os pais. • Realizar registos no programa informático e BSI/J. 		
--	--	--	--	--

Tabela 4 - Projeto de Estágio IV realizado no Serviço de Bloco de Partos do HA - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

3. Componente de Investigação

3.1 Projeto de Estágio Relativo à Componente de Investigação

Datas	Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências
Dia 18/09/2024 a 20/07/2025	Mobilizar conhecimentos e competências técnicas na área de investigação	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar ideias de temas pertinentes na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica; • Eleger o tema de investigação para o Relatório de Estágio; • Apresentar o tema à professora orientadora e às equipas multidisciplinares dos diferentes contextos de estágio; • Elaborar uma <i>Scoping-Review</i> acerca do tema eleito; • Realizar relatório de Estágio baseado no processo de aprendizagem ao longo do ano curricular; • Reunir com professora orientadora para orientação tutorial; 	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Professora orientadora • Estudante • Equipas Multidisciplinares • EE-ESMOs orientadores Recursos Materiais <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Documentos orientadores sobre metodologia do Joanna Briggs Institute • Plataformas MeSH Browser; PubMed • Bases de dados (MEDLINE Complete, 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, B2, D1, D2.

		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Relatório de Estágio e discutir o mesmo. 	CINAHL <i>Complete</i> , RCAAP).	
Dia 18/09/2024 a 20/07/2025	Manter uma prática baseada na melhor e mais atual evidência disponível ao longo de todo o estágio de natureza profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar artigos e revistas científicas recentes da área de saúde materna e obstétrica/ginecológica em bases de dados, na procura das orientações mais atuais; • Assistir a seminários e <i>Webinars</i> da área de saúde materna e obstétrica/ginecológica, a fim de atualizar conhecimentos e prática clínica; • Refletir criticamente sobre os cuidados prestados na prática clínica, confrontando a prática com as novas orientações científicas; • Desenvolver um projeto de investigação ao longo do ano de estágio; • Solicitar orientação tutorial e esclarecimento de dúvidas com a 	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Professora orientadora • Estudante • EE-ESMOs orientadores Recursos Materiais <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Documentos orientadores sobre metodologia do Joanna Briggs Institute • Plataformas MeSH Browser; PubMed • Bases de dados (MEDLINE <i>Complete</i>, CINAHL <i>Complete</i>, RCAAP). 	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B2, D1, D2.

		professora orientadora e EE-ESMOS orientadores.		
--	--	---	--	--

Tabela 5 - Objetivo relativo à componente de Investigação

Conclusão

A realização do projeto de estágio é crucial para o processo de aprendizagem do estudante. De facto, através da estruturação do percurso nos diferentes campos de estágio deste ano curricular, o presente documento permite aprimorar a atitude reflexiva, desenvolver as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e específicas do EE-ESMO e acumular/ vivenciar novas experiências na prestação de cuidados ao grupo-alvo.

Além disso, tornou-se preponderante que o delineamento do mesmo tenha sido realizado a partir das realidades dos estágios, dos documentos orientadores de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Finalmente, é pretendido que este instrumento sirva para o alcance dos objetivos estabelecidos e o desenvolvimento das tão desejadas competências que descrevem o EE-ESMO.

Referências bibliográficas

Ministério da Saúde. (s.d.). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República n.º 26/2019, Série II, pp. 4744–4750). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 (Diário da República n.º 85/2019, Série II, pp. 13560–13565). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

UCC X (2024). Carta de Compromisso.

APÊNDICE XXI: Protocolo da *Scoping Review*

Incontinência Urinária na mulher ao longo do ciclo vital - Intervenção do Enfermeiro Obstetra: Um protocolo de *Scoping Review*

Urinary Incontinence in Women Throughout the Life Cycle - Obstetric Nurse Intervention: A Scoping Review Protocol

Incontinencia Urinaria en mujeres a lo largo de la vida: intervención de enfermería obstétrica: un protocolo de revisión exploratoria

Resumo

Introdução: A Incontinência Urinária, prevalente até 45% da população adulta, afeta sobretudo mulheres, comprometendo o seu bem-estar físico, emocional e social. Orientada pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a intervenção do Enfermeiro Obstetra é preponderante na prevenção, diagnóstico e cuidado, sendo, por isso, o objeto de análise desta revisão. **Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível acerca da intervenção do Enfermeiro Obstetra na Incontinência Urinária na mulher ao longo do ciclo vital. **Metodologia:** *Scoping Review* a elaborar de acordo com o protocolo de *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa será realizada nas bases de dados CINAHL *Complete*, MedLine *Complete* e PubMed, incluindo artigos publicados entre 1 de janeiro de 2024 e 3 de julho de 2025, em português, inglês, espanhol e francês, *em full text*. **Resultados Esperados:** Antecipa-se que a Incontinência Urinária impacte negativamente a qualidade de vida das mulheres e que a intervenção do Enfermeiro Obstetra seja preponderante no tratamento da mulher incontinente. **Conclusão:** Pretende-se obter evidência que permita compreender o impacto da Incontinência Urinária na qualidade de vida da mulher e esclarecer a intervenção do Enfermeiro Obstetra no Cuidado a estas mulheres.

Palavras-Chave: Enfermagem; Incontinência Urinária; Mulheres; Obstetrícia; Qualidade de Vida

Abstract

Introduction: Urinary incontinence, prevalent in up to 45% of the adult population, mainly affects women, compromising their physical, emotional and social well-being. Guided by Nola Pender's Health Promotion Model, the intervention of the obstetric nurse is paramount in prevention, diagnosis and care, and is therefore the subject of analysis in this review. **Objective:** To map the scientific evidence on the intervention of the obstetric nurse in urinary incontinence in women throughout the life cycle. **Methodology:** Scoping Review to be prepared according to the Joanna Briggs Institute protocol. The research will be conducted in the CINAHL Complete, MedLine Complete and PubMed databases, including articles published between 1 January 2024 and 3 July 2025, in Portuguese, English, Spanish and French, with the descriptors Nursing, Urinary Incontinence, Women, Obstetrics, Quality of Life. **Expected Results:** It is anticipated that urinary incontinence will negatively impact women's quality of life and that the intervention of obstetric nurses will be crucial in the treatment of incontinent women. **Conclusion:** The aim is to obtain evidence that will enable us to understand the impact of urinary incontinence on women's quality of life and clarify the role of obstetric nurses in caring for these women.

Keywords: Midwifery, Nursing, Quality of Life, Urinary Incontinence, Women

Resumen

Introducción: La incontinencia urinaria, que afecta hasta al 45 % de la población adulta, especialmente a las mujeres, compromete su bienestar físico, emocional y social. Desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, la intervención del enfermero obstetra es clave en la prevención, el diagnóstico y el cuidado, constituyendo el objeto de esta revisión. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica sobre la intervención del enfermero obstetra en la incontinencia urinaria femenina a lo largo del ciclo vital.

Metodología: Se preparará una revisión exploratoria según el protocolo del Instituto Joanna Briggs. La investigación se llevará a cabo en las bases de datos CINAHL Complete, MedLine Complete y PubMed, incluyendo artículos publicados entre el 1 de enero de 2024 y el 3 de julio de 2025, en portugués, inglés, español y francés, con los descriptores Enfermería, Incontinencia urinaria, Mujeres, Obstetricia, Calidad de vida.

Resultados Esperados: Se prevé que la incontinencia urinaria tenga un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres y que la intervención del enfermero obstetra sea fundamental en el tratamiento de la mujer incontinente. **Conclusión:** Se pretende obtener pruebas que permitan comprender el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer y aclarar la intervención del enfermero obstetra en la atención a estas mujeres.

Palabras clave: Enfermería; Incontinencia Urinaria; Mujeres; Obstetricia; Calidad de Vida

Introdução

A Incontinência Urinária é uma disfunção pélvica definida pela *International Continence Society* como “qualquer queixa de perda involuntária de urina”.¹ Existem vários tipos de Incontinência Urinária: de Esforço, de Urgência e Mista². A primeira é caracterizada pela perda de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, rir, espirrar, caminhar, correr ou fazer exercício. A Incontinência Urinária de Urgência envolve uma vontade repentina e incontrolável de urinar, resultando, muitas vezes, em perdas antes de chegar à casa de banho. A Incontinência Urinária Mista apresenta-se como uma combinação de sintomas dos dois anteriores, refletindo uma etiologia multifatorial e exigindo uma abordagem clínica personalizada.² Esta é descrita como um problema global que, segundo dados da 7ª *International Consultation on Incontinence* afeta até 45% da população adulta³, apresentando valores de prevalência de 25 a 45%.⁴

Atendendo a que o objetivo 3 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável é Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades⁵, este aspeto vai ao encontro do conceito de qualidade de vida, definido pela Organização Mundial de Saúde como a perceção de cada pessoa sobre o seu bem-estar e satisfação, tendo em conta aspetos como a sua cultura, os seus valores, os seus objetivos e expectativas.⁶ Porém no contexto de incontinência urinária o bem-estar físico, emocional e social está afetado, principalmente na população feminina.

Assim, é de extrema importância a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que detém competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante vários períodos do seu ciclo vital.⁷ Além disso, a sua *expertise* no cuidado à mulher em processo de saúde/doença, enumerada na competência seis do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica⁷, destaca-o na promoção da saúde ginecológica, no diagnóstico precoce, na prevenção e no cuidado a complicações relacionadas com o aparelho genito-urinário e na facilitação da adaptação a esta nova condição clínica.⁷ Neste sentido, a sua prática clínica pode ser favorecida pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que assenta em três pilares: as características e experiências individuais, o conhecimento e o efeito motivacional do comportamento, e o resultado do comportamento. Os primeiros são influenciados pela intervenção de enfermagem com o intuito de obter um comportamento que melhore a saúde e a qualidade de vida e que tenha em consideração as preferências da pessoa.⁸

Com base no exposto, pretende-se com a *Scoping Review*, mapear a evidência

científica sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher com incontinência urinária ao longo do seu ciclo vital. A realização do Mapa Conceptual (Figura 1) e da tabela de definições operatória e abstrata (Tabela 1) serviram de apoio à introdução.

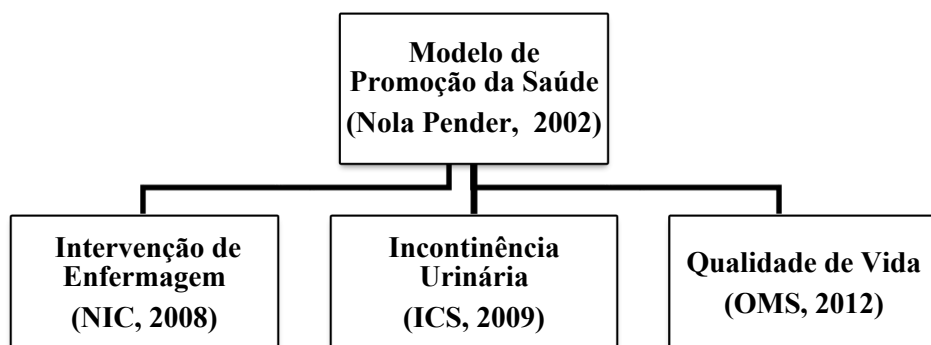


Figura 1. Mapa Conceptual

Tabela 1 - Definição Operatória e Conceito Abstrato correspondentes a cada conceito

Conceito	Definição Operatória	Conceito Abstrato
Modelo de Promoção da Saúde	Intervenções de enfermagem que geram comportamento de saúde através da modificação de ações.	“Cada pessoa possui características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. O conjunto de variáveis para o conhecimento e o efeito específico do comportamento tem um importante significado motivacional. Estas variáveis podem ser modificadas através de ações de enfermagem. O comportamento promotor da saúde é o resultado comportamental.” ⁸ Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2002) Fonte: https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/
Intervenção de Enfermagem	Cuidado de Enfermagem	“qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.” ⁹ Nursing Interventions Classification (2008) Fonte:

		https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
Incontinência Urinária	Perda de urina	“queixa de qualquer perda involuntária de urina.” ¹ International Continence Society (2009)
Qualidade de Vida	Conjunto de condições necessárias ao bem estar	“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” ¹⁰ Organização Mundial de Saúde (2012) Fonte: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03

Metodologia

Protocolo descritivo de *Scoping Review* Protocolo descritivo de *Scoping Review*

Questão de Revisão

Como questão de revisão, foi estabelecida a seguinte: Qual a intervenção do Enfermeiro Obstetra no cuidado à mulher com incontinência urinária?

Critérios de Inclusão

Questão PCC (População, Conceito, Contexto)

População

Mulheres

Conceito

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Contexto

Incontinência Urinária (independentemente do tipo)

Tipos de Estudos

Esta *Scoping Review* incluirá estudos quantitativos, qualitativos e mistos. Também serão considerados revisões sistemáticas, artigos de texto e de opinião. Serão incluídos

artigos publicados em espanhol, francês, inglês, português, entre as seguintes datas: 1/01/2024 a 3/07/2025 para obtenção da evidência mais recente.

Metodologia

O presente protocolo de *Scoping Review* foi elaborado de acordo com a metodologia proposta por *Joanna Briggs Institute*. A elaboração do protocolo teve início 10/09/2024 e a *Scoping Review* está prevista para ser concluída em 31/01/2026. Este protocolo está registado na plataforma Open Science Framework DOI 10.17605/OSF.IO/STV2W.

Estratégia de pesquisa

Foram identificados os seguintes termos como descritores MeSH:

- *Urinary Incontinence*
- *Midwifery*
- *Nursing*
- *Women*
- *Quality of Life*
- *Program*
- *Health Promotion*

Fontes de informação

A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*, *MedLine Complete*, através da EBSCOHost, e *PubMed*.

Seleção de estudos

O presente protocolo de *Scoping Review* pretende analisar qualquer tipo de estudo, identificando os artigos científicos que contribuam para a resposta à questão de pesquisa formulada e seguindo as três etapas definidas pelo JBI. Posto isto, a pesquisa terá início na plataforma MeSH Browser a fim de identificar os termos e palavras-chave que foram: *Urinary Incontinence*, *Midwifery*, *Nursing*, *Women*, *Quality of life*, *Program*, *Health Promotion*. A fim de enriquecer os conteúdos serão incluídos termos de linguagem natural como: *urinary dysfunction*, *urinary loss*, *prevention*, *treatment*, *intervention*. A combinação dos descritores MeSH e dos termos de linguagem natural com o recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR” culminando na seguinte expressão de pesquisa: *(urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (midwifery OR nursing) AND (prevention OR treatment OR intervention OR program OR health promotion OR quality of life)*. Esta será aplicada nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MedLine Complete* e *PubMed* com os seguintes limitadores

universais: texto integral, resumo disponível, análise por pares, data de publicação entre 1 de janeiro de 2024 e 3 de julho de 2025, nos idiomas espanhol, francês, inglês e português, espécie humana, sexo feminino (Tabelas 2, 3 e 4), o que resultará na elaboração do diagrama de fluxo (PRISMA, 2020).

Descritores MeSH / Termos de Linguagem Natural	(urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (midwifery OR nursing)AND (prevention OR treatment OR intervention OR program OR health promotion OR quality of life)	Resultados
#1	<i>Urinary dysfunction</i>	
#2	<i>Urinary loss</i>	
#3	<i>Urinary incontinence (MeSH)</i>	
#4	<i>Midwifery (MeSH)</i>	
#5	<i>Nursing (MeSH)</i>	
#6	<i>Prevention</i>	
#7	<i>Treatment</i>	
#8	<i>Intervention</i>	
#9	<i>Program (MeSH)</i>	
#10	<i>Health Promotion (MeSH)</i>	
#11	<i>Quality of Life (MeSH)</i>	
#1 OR #2 OR #3	<i>Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence</i>	
#4 OR #5	<i>Midwifery OR Nursing</i>	
#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	<i>Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life</i>	
(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)	<i>(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing)</i>	

(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11)	(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing) AND (Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life)	
Delimitada a #1 de janeiro de 2024 e 3 de julho de 2025; resumo disponível; texto integral; análise por pares; espanhol, francês, inglês, português, humanos, mulher#		

Tabela 2 – Pesquisa na Base de Dados PubMed

Descritores MeSH / Termos de Linguagem Natural	(urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (midwifery OR nursing)AND (prevention OR treatment OR intervention OR program OR health promotion OR quality of life)	Resultados
#1	Urinary dysfunction	
#2	Urinary loss	
#3	Urinary incontinence (MeSH)	
#4	Midwifery (MeSH)	
#5	Nursing (MeSH)	
#6	Prevention	
#7	Treatment	
#8	Intervention	
#9	Program (MeSH)	
#10	Health Promotion (MeSH)	
#11	Quality of Life (MeSH)	
#1 OR #2 OR #3	Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence	

#4 OR #5	<i>Midwifery OR Nursing</i>	
#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	<i>Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life</i>	
(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)	<i>(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing)</i>	
(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11)	<i>(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing) AND (Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life)</i>	
Delimitada a #1 de janeiro de 2024 e 3 de julho de 2025; resumo disponível; texto integral; análise por pares; espanhol, francês, inglês, português, humanos, mulher#		

Tabela 3 – Pesquisa na Base de Dados CINAHL *Complete*

Descritores MeSH / Termos de Linguagem Natural	<i>(urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (midwifery OR nursing)AND (prevention OR treatment OR intervention OR program OR health promotion OR quality of life)</i>	Resultados
#1	<i>Urinary dysfunction</i>	
#2	<i>Urinary loss</i>	
#3	<i>Urinary incontinence (MeSH)</i>	
#4	<i>Midwifery (MeSH)</i>	
#5	<i>Nursing (MeSH)</i>	

#6	<i>Prevention</i>	
#7	<i>Treatment</i>	
#8	<i>Intervention</i>	
#9	<i>Program (MeSH)</i>	
#10	<i>Health Promotion (MeSH)</i>	
#11	<i>Quality of Life (MeSH)</i>	
#1 OR #2 OR #3	<i>Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence</i>	
#4 OR #5	<i>Midwifery OR Nursing</i>	
#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	<i>Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life</i>	
(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)	<i>(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing)</i>	
(1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11)	<i>(Urinary dysfunction OR urinary loss OR urinary incontinence) AND (Midwifery OR Nursing) AND (Prevention OR Treatment OR Intervention OR Program OR Health Promotion OR Quality of Life)</i>	
Delimitada a #ultimos 5 anos; resumo disponivel; <i>free full text</i> ; espanhol, francês, inglês, português, humanos, mulher#		

Tabela 4 – Pesquisa na Base de Dados de MEDLINE *Complete*

O fluxograma (Figura 2) divide-se em três etapas: *Identification*, *Screening* e *Included*, discriminadas de seguida.

A primeira etapa consistirá na identificação do número total de artigos encontrados nas três bases de dados entre o intervalo definido. Depois, proceder-se-á à remoção dos artigos duplicados, seguindo-se da triagem dos restantes na fase *Screening*. Nesta dar-se-á início à leitura do título e do resumo destes artigos, sendo que os que não cumprirem os critérios de inclusão relacionados com a questão PCC serão removidos enquanto os outros irão ser lidos integralmente e analisados. Estes serão enumerados e avaliados quanto à elegibilidade, podendo ser excluídos por determinadas razões. Uma das possíveis razões poderá ser a não contribuição para a questão de pesquisa. Assim na última fase serão incluídos um determinado número de artigos, dos quais alguns remeterão para estudos quantitativos; outros serão de natureza qualitativa e outros serão mistos. Destes artigos, será realizada uma extração de dados relevantes que auxiliie na resposta à questão de investigação.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only (1/01/2024 a 3/07/2025)

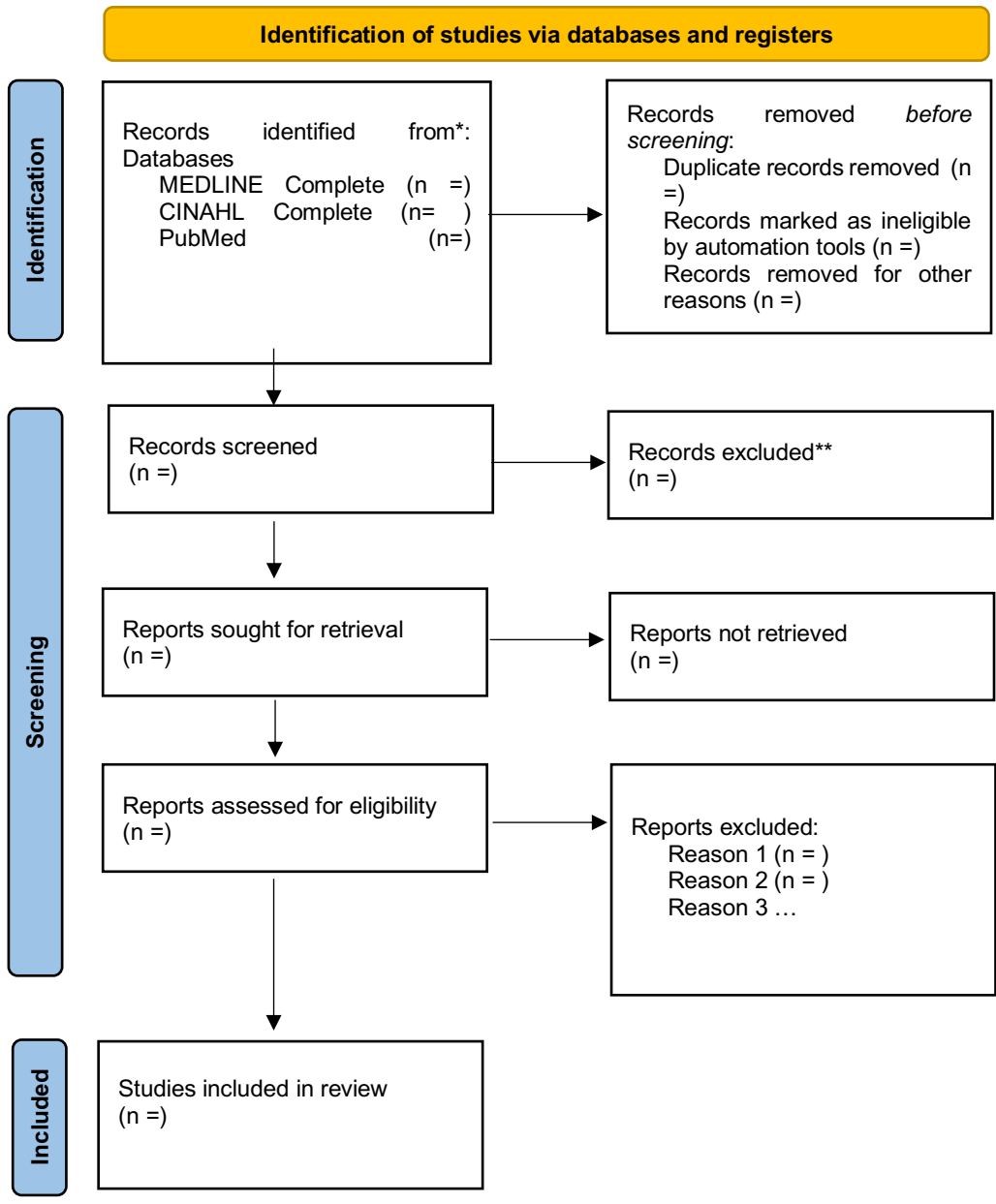


Figura 3. Fluxograma

*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Extração de Dados

Os dados dos artigos incluídos na *Scoping Review* serão extraídos por dois revisores independentes, utilizando uma ferramenta de extração (Tabela 5). Estes dados incluirão detalhes específicos e relevantes para a questão de revisão sobre a intervenção do Enfermeiro Obstetra no cuidado à mulher com Incontinência Urinária.

Tabela 5. Extração de Dados dos Artigos Selecionados

Estudo	Metodologia e Métodos	Participantes	Conclusão do autor	Conclusão do revisor
#1 - ...				
#2 -...				

Apresentação dos Resultados

Os dados extraídos serão apresentados em formato diagramático ou tabular, de forma alinhada com o objetivo da *Scoping Review*, acompanhados por um resumo narrativo.

Resultados Esperados

Espera-se que os resultados da *Scoping Review* permitam mapear a evidência científica sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher com Incontinência Urinária, identificando os tipos de estudos realizados, as principais intervenções descritas, os contextos de aplicação e as lacunas de conhecimento que persistem na literatura sobre o tema. Prevê-se a

identificação de evidências provenientes de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, que abordem intervenções clínicas, educativas e psicossociais desenvolvidas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Espera-se encontrar dados relativos às características da população estudada, aos tipos de intervenção, às estratégias educativas e terapêuticas utilizadas, bem como os resultados das mesmas como a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida da utente, e, a adesão ao tratamento.

Os resultados serão apresentados de forma tabular e diagramática, incluindo o fluxograma do processo de seleção (PRISMA-ScR) e as tabelas descritivas que sintetizam as características dos estudos incluídos e os principais achados. Será igualmente elaborada uma síntese narrativa que evidencie as relações entre as categorias identificadas.

Com base nas evidências disponíveis, espera-se demonstrar o impacto da Incontinência Urinária na qualidade de vida das mulheres, conforme descrito por Pizzol et al.¹¹, que destacam o impacto desta condição nomeadamente no desenvolvimento de alterações dermatológicas, psicológicas e sexuais, de repercussões negativas nos estilos de vida, nas relações interpessoais e na autoestima.^{11, 12, 13} Estes autores sublinham a necessidade de intervenções eficazes e integradas que minimizem tais efeitos e promovam a saúde da mulher. Frigerio et al.¹² reforçam a importância dos tratamentos conservador, medicamentoso e cirúrgico, enquanto AlQuaiz et al.¹³ salientam a relevância de abordagens holísticas nas Unidades de Cuidados dirigidas à mulher, incluindo sessões de aconselhamento, educação para a saúde, orientação sobre exercícios, campanhas de sensibilização e utilização de materiais educativos e novas tecnologias.

Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica revela-se fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção e redução dos sintomas da Incontinência Urinária, destacando-se por ser uma abordagem eficaz, económica e sem efeitos adversos.¹⁴ A sua atuação é igualmente essencial na deteção precoce da Incontinência Urinária e na prevenção de complicações e de agravamento.¹³ Assim, espera-se que os resultados desta revisão reforcem a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, centrada na pessoa e nas suas necessidades, preferências e escolhas, contribuindo para o seu reconhecimento no cuidado à mulher com Incontinência Urinária. Os resultados obtidos poderão, ainda, descrever as intervenções implementadas, identificar barreiras e facilitadores à sua execução.

Conclusões do Protocolo

Espera-se que a presente *Scoping Review* seja de particular importância ao consolidar o conhecimento sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados à mulher com Incontinência Urinária, identificando as evidências sobre as estratégias a implementar e clarificando as barreiras e facilitadores. Pretende-se que através do reconhecimento da Incontinência Urinária como um problema de saúde pública que compromete significativamente a qualidade de vida da mulher, se compreenda a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica como um contributo para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da mulher com Incontinência Urinária, valorizando assim a sua atuação na promoção da saúde feminina. Com vista ao futuro, espera-se que a realização da *Scoping Review* contribua para direcionar novas pesquisas e que os resultados obtidos sirvam de base para o desenvolvimento de *guidelines* e programas de intervenção específicos do Enfermeiro em Saúde em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, promovendo práticas baseadas na evidência, orientadas para a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e humanização dos cuidados prestados às mulheres com Incontinência Urinária. As possíveis barreiras incluem a escassez de estudos específicos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a variabilidade na definição e no na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos que comprometa a comparação dos resultados, as limitações linguísticas que restringem publicações em outras línguas e a falta de aprofundamento na descrição das intervenções. Quanto às limitações destacam-se aquelas que estão associadas ao próprio desenho da *Scoping Review*, que não avalia a qualidade metodológica, à disponibilidade de estudos publicados e da sua qualidade metodológica que pode interferir com a robustez das conclusões, ao viés de seleção do investigador na categorização e síntese narrativa e à limitação da generalização dos resultados proveniente das diferenças entre os sistemas de saúde e as competências nos variados países.

Agradecimentos

Não aplicável.

Financiamento

Não aplicável.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não existir conflitos de interesse em relação à investigação.

References

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5–26. doi:10.1007/s00192-009-0976-9
2. Alonso PAB, Brison KA, Souza LM, Prates ME. Incontinência urinária: prevalência, classificação e manejo na população adulta. *Braz J Health Rev*. 2024 Apr 23;7(2):e69138–8.
3. Bishop C, Rodriguez-Cairolí F, Hagens A, Bermudez MA, Kerrebroeck PV, Collen S. Prevalence, socioeconomic, and environmental costs of urinary incontinence in the European Union. *Eur Urol*. 2025.
4. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019;22(3):217–22.
5. United Nations. *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2015.
6. World Health Organization. *WHOQOL – Measuring Quality of Life* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. *Diário da República*. 2.ª série, n.º 85 (2019):12221–4.
8. Nurseslabs. Nola Pender: Health Promotion Model [Internet]. Nurseslabs; 2024 Apr 30 [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>
9. Bulechek G, Butcher HK, Dochterman JM; Oliveira SI, trad. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010 [Internet]. Available from: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
10. World Health Organization. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
11. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:25–35. doi:10.1007/s40520-020-01712-y

12. Frigerio M, Barba M, Cola A, Braga A, Celardo A, Munno GM, et al. Quality of life, psychological wellbeing, and sexuality in women with urinary incontinence—Where are we now: A narrative review. *Medicina*. 2022;58(4):525. doi:10.3390/medicina58040525
13. AlQuaiz AM, Kazi A, AlYousefi N, Alwatban L, AlHabib Y, Turkistani I. Urinary incontinence affects the quality of life and increases psychological distress and low self-esteem. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(12):1772. doi:10.3390/healthcare11121772
14. Bağcı Y, Avşar G. Nursing interventions in patients with urinary incontinence: Evidence-based practices – A systematic review. *J Mod Nurs Pract Res*. 2022;2(4):1–9. doi:10.53964/jmnpr.20220013