



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

---

## Reabilitação Motora e Sensitiva da Musculatura Abdominal e Pélvica da Mulher no Pós-Parto: Contributos do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Carla Alexandra Figueiras Ribeiro



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Carla Alexandra Figueiras Ribeiro  
Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional

**Reabilitação Motora e Sensitiva da Musculatura  
Abdominal e Pélvica da Mulher no Pós-Parto:  
Contributos do Enfermeiro Especialista em Reabilitação**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria José Fonseca

Mestre Jacinta Maria Pisco Alves Gomes

Junho de 2022

## RESUMO

Resultante da evolução sociodemográfica das populações, a importância atribuída à saúde e à qualidade de vida conduz a um conjunto de necessidades de cuidados identificados e de respostas diferenciadas em cuidados de saúde. A mulher, durante o seu ciclo vital, tem oportunidade de viver o processo de gerar uma nova vida. Desta fase, incorrem alterações importantes em todos os seus sistemas, que carecem do devido acompanhamento de forma a reprogramar as estruturas envolvidas e maximizar funções e qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem como foco da sua atenção a pessoa com necessidades especiais, visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade e do autocuidado e a prevenção de complicações evitando incapacidades ou minimizando as mesmas ao longo de todo o ciclo vital. Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação (ER) tem indubitavelmente um contributo a dar para a reabilitação da mulher no pós-parto.

Este Estágio de Natureza Profissional (ENP) visa o desenvolvimento de competências comuns e específicas do âmbito da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo, maior de desenvolver competências enquanto EEER em contexto comunitário, norteando-se pelo referencial teórico de Alaf Meleis, a Teoria das Transições.

Como componente de investigação foi desenvolvido um estudo cujos objetivos foram: Identificar os sintomas motores e sensitivos da musculatura abdominal e pélvica das mulheres no pós-parto; Implementar um programa de reeducação funcional motora e sensitiva na mulher no pós-parto; Analisar os efeitos do programa de reeducação funcional motora e sensitiva na mulher no pós-parto; Conhecer a perceção das mulheres sobre os efeitos do programa de reabilitação motora e sensitiva no pós-parto. O estudo realizado é um estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória e descritiva. Os instrumentos de recolha de dados foram o Questionário de Caracterização da Mulher, o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) e a Entrevista Semi-Estruturada. A Amostra do estudo foi constituída por 7 mulheres no pós-parto. A intervenção concretizou-se através da implementação de um programa de reabilitação motora e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica, em grupo, numa sessão semanal de 60 minutos, durante 8 semanas. Após intervenção verificou-se que o programa de reabilitação implementado contribuiu para a diminuição da dor lombar e pélvica, diminuição da diástase dos músculos retos abdominais, diminuição das queixas relativas a incontinência de

esfíncteres, aumento da força da musculatura perineal. No final do programa as mulheres demonstraram maior conhecimento e habilidade sobre os exercícios de reabilitação da musculatura abdominal e pélvica, revelaram percepção de maior força, menos flacidez e menor dor comparativamente ao início do programa, manifestaram sentimentos de surpresa e satisfação assim como a importância do apoio profissional.

**Palavras Chave:** Puerpério, Fêmea, Reabilitação, Distúrbios do assoalho pélvico.

## **ABSTRACT**

Resulting from the sociodemographic evolution of populations, the importance attributed to health and quality of life leads to a set of identified care needs and differentiated responses in health care. The woman, during her life cycle, has the opportunity to live the process of generating a new life. From this stage, important changes are made in all its systems, which lack proper monitoring in order to reprogram the structures involved and maximize functions and quality of life.

The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) focuses his attention on the person with special needs, aims at early diagnosis and intervention, promoting quality of life, maximizing functionality and self-care and preventing complications by avoiding disabilities or minimizing them throughout the life cycle. In this way, Rehabilitation Nursing (RE) undoubtedly has a contribution to make to the rehabilitation of women in the postpartum period.

This Internship of a Professional Nature (ENP) aims at the development of common and specific competences within the scope of the Rehabilitation Nursing specialty, with the main objective of developing competences as an EEER in a community context, guided by the theoretical framework of Alaf Meleis, the Transition Theory.

As an investigation component, a study was developed whose objectives were: To identify the motor and sensory symptoms of the abdominal and pelvic muscles of women in the postpartum period; Implement a motor and sensory functional reeducation program for postpartum women; To analyze the effects of the motor and sensory functional reeducation program on postpartum women; To know the perception of women about the effects of the motor and sensory rehabilitation program in the postpartum period. The study carried out is a mixed study, with a qualitative and quantitative approach, of an exploratory and descriptive nature. The data collection instruments were the Woman Characterization Questionnaire, the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the Semi-Structured Interview. The study sample consisted of 7 postpartum women. The intervention took place through the implementation of a program of motor and sensory rehabilitation of the abdominal and pelvic muscles, in a group, in a weekly session of 60 minutes, for 8 weeks. After the intervention, it was found that the rehabilitation program implemented contributed to the reduction of low back and pelvic pain, decreased diastasis of the rectus abdominis muscles, decreased complaints related to sphincter incontinence, increased perineal muscle strength. At the end of the program, the women showed greater knowledge and

skill about the abdominal and pelvic muscle rehabilitation exercises, revealed a perception of greater strength, less flaccidity and less pain compared to the beginning of the program, expressed feelings of surprise and satisfaction as well as the importance of professional support.

**Keywords:** Puerperium, Female, Rehabilitation, Pelvic floor disorders.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria José Fonseca pela excelente e rigorosa orientação, constante incentivo e acompanhamento. Obrigada também pelo apoio e disponibilidade, pelas palavras certas nos momentos indicados.

À Enfermeira Jacinta Gomes, pela exigente e inspiradora orientação, pela generosidade na partilha das experiências, pelas reflexões, pelo rigor em cada gesto e cada palavra e pela boa disposição.

À Enfermeira Cristina Colaço, pelo espírito de equipa, pelo altruísmo na partilha de saberes e experiências, pela doçura e sorriso constantes.

A todos os Professores e Enfermeiros de Reabilitação que cruzaram o meu caminho ao longo deste percurso profissional, cada momento de partilha e aprendizagem contribuíram para o alcance desta meta. Obrigada por me ajudarem a viver a ER e por contribuírem para chegar sempre mais alto e mais além. Um especial obrigado à Professora Doutora Salete Soares pela presença constante, pela energia positiva e generosidade constantes.

A todas as pessoas de quem tive o privilégio de cuidar no desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, pela riqueza que me acrescentaram em cada dia e me tornou tão mais completa.

À minha amiga Ana Sofia, pelo exemplo exímio a cada passo, pela força que transporta dentro de si, mas acima de tudo, pela presença constante e amizade inabaláveis.

À minha família, meu porto seguro, que acredita em mim, mesmo nos momentos mais caóticos. Obrigada pelo incentivo, pela força e pela fé. Em especial a minha mãe, por ser fonte de inspiração e altruísmo e por cuidar sempre de nós.

Aos meus filhos, Tomás, Duarte e Vasco, por serem a luz da minha vida e fonte de amor, todos os dias. Ao meu marido Marco, pelo apoio e amor incondicionais.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,  
Que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos  
Que nos levam sempre aos mesmos lugares.  
É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre,  
à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>VI</b>
<b>PENSAMENTO</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS</b> .....	<b>XI</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>XIII</b>
<b>SIGLAS</b> .....	<b>XIV</b>
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>XVI</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I. O CONTEXTO COMUNITÁRIO</b> .....	<b>21</b>
1.1. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	23
1.2. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE.....	26
1.2.1. A UCC de Barroselas.....	27
1.2.2. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados – ECCI Barroselas .....	29
1.3. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE ALAF MELEIS: UM REFERENCIAL PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMEGEM DE REABILITAÇÃO .....	32
<b>CAPÍTULO II. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE</b> .....	<b>34</b>
2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO– A REFLEXÃO COMO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA .....	35
2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – O CAMINHO PARA A QUALIDADE .....	47
<b>CAPÍTULO III. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>50</b>
3.1. REABILITAÇÃO PÓS-PARTO: FOCO DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	51
3.1.1. Alterações Fisiológicas da gravidez e pós-parto .....	52

3.1.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação durante a Gravidez e o Pós-parto .....	54
3.2. METODOLOGIA.....	57
3.2.1. Tipo de estudo e Objetivos .....	57
3.2.2. População e Amostra.....	58
3.2.3. Instrumento De Recolha de Dados .....	59
3.2.4. Procedimento.....	60
3.2.8. Aspetos Éticos .....	63
3.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	64
3.3.1 Caracterização da Amostra.....	64
3.3.2. Exame Físico .....	66
3.3.3- Queixas relativas à incontinência urinária .....	70
3.3.4. Perceção sobre a reabilitação muscular e sensitiva.....	72
3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	80
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>107</b>
ANEXO A . ICIQ- SF.....	108
ANEXO B . ESCALA DE OXFORD MODIFICADA.....	110
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>112</b>
APÊNDICE A . QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA MULHER.....	113
APÊNDICE B. GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	116
APÊNDICE C. PLANIFICAÇÃO SESSÃO 1.....	116
APÊNDICE D. APRESENTAÇÃO SESSÃO FORMATIVA 1.....	121
APÊNDICE E. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SESSÃO FORMATIVA.....	126
APÊNDICE F. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E SENSITIVA DA MUSCULATURA ABDOMINAL E PELVICA DA MULHER NO PÓS-PARTO.....	128
APÊNDICE G . PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E SENSITIVA DA	

MUSCULATURA ABDOMINAL E PELVICA DA MULHER NO PÓS-PARTO- PROJEÇÃO APRESENTADA NAS SESSÕES.....	<b>139</b>
APÊNDICE H. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E SENSITIVA DA MULHER NO PÓS-PARTO .....	<b>146</b>
APÊNDICE I. MATRIZ DE REDUÇÃO DOS DADOS.....	<b>148</b>

## INDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

### FIGURAS

Figura 1. Área geográfica de abrangência da UCC de Barroselas .....	28
Figura 2. Teoria das Transições de Alaf Meleis .....	33

### QUADROS

Quadro 1. Distribuição da amostra segundo o estado civil, situação profissional e habilitações literárias (n=7) .....	64
Quadro 2. Distribuição da amostra segundo a prática de exercício físico na gravidez, tempo despendido na prática de exercício físico na gravidez e segundo a prática de exercícios de Kegel durante a gravidez (n=7) .....	66
Quadro 3 .Distribuição da amostra segundo as queixas geniturinárias (n=7).....	67
Quadro 4. Distribuição da amostra segundo o nível de dor nas relações sexuais, nível de dor Lombar e Nível de dor a nível Pélvico (n=7) .....	68
Quadro 5. Distribuição da amostra segundo o peso, IMC, Perímetro Abdominal, DMRA e força perineal (n=7) .....	69
Quadro 6. Distribuição da amostra segundo o a frequência de perdas de urina, quantidade de urina perdida e interferência da perda de urina no dia .a .dia (n=7).....	70
Quadro 7. Matriz de análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias . Entrevista Inicial e Entrevista Final .....	73
Quadro 8. Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Inicial (n=7) .....	74
Quadro 9. Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Final (n=7) .....	75
Quadro 10. Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica . Entrevista Inicial (n=7) .....	7
Quadro 11. Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica . Entrevista Final (n=7) .....	77
Quadro 12. Percepção sobre a sua condição atual . Entrevista Inicial (n=7) .....	78
Quadro 13. Percepção sobre a sua condição atual . Entrevista Final (n=7) .....	79

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra segundo o nº de semanas de pós-parto (n=7).....	65
Gráfico 2. Distribuição da amostra segundo o tipo de parto (n=7).....	65
Gráfico 3. Distribuição da amostra segundo quando têm perdas de urina, aquando da avaliação inicial (n=7).....	71
Gráfico 4. Distribuição da amostra segundo quando têm perdas de urina, aquando da avaliação final (n=7).....	72

## **ABREVIATURAS**

Edição – ed.

et alii (e outros) – et al.

Horas – h

Número – nº

Página – p.

## **SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

AVD- Atividades de Vida Diária

BI- Bilhete de Identidade

CG- Centro de Gravidade

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

DMRA- Diástase dos Músculos Retos Abdominais

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL- Equipa Coordenadora Local

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ENP- Estágio de Natureza Profissional

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESS- Escola Superior de Saúde

ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

IMC- Índice de Massa Corporal

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

PA - Perímetro abdominal

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

u.r.- unidades de registo

UC- Unidade de Convalescença

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSAM,EPE- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Publica Empresarial

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

## **ACRÓNIMOS**

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACES Alto Minho- Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho

APER- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

ECTS- Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

INE- Instituto Nacional de Estatística

MAP- Músculos do Assoalho Pélvico

## INTRODUÇÃO

---

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENP) do 2º ano do plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), foi realizado o presente relatório onde se pretende explicar o trabalho desenvolvido, refletir sobre as competências adquiridas bem como conclusões alcançadas. Esta unidade curricular prevê o desenvolvimento de competências do âmbito da especialidade de Enfermagem de Reabilitação (comuns e específicas), assim como também uma componente de investigação. Desta forma, este ENP para além de permitir o desenvolvimento de competências enquanto especialista, foi uma oportunidade de contribuir para o conhecimento científico através do trabalho de investigação.

O contexto prático foi a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Barroselas que integra a Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE) no período de 11 de outubro 2021 a 31 de março de 2022, sob orientação da Doutora Maria José Fonseca e da Enfermeira Especialista em Reabilitação e Mestre Jacinta Pisco.

Na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa, família e comunidade, ao longo de todo o ciclo vital, ao enfermeiro é exigido uma série de competências técnicas, científicas e humanas. Aliada à fundamentação científica da disciplina, torna-se necessária uma interseção de várias áreas do saber, como a ética, a psicologia, a sociologia, mas também as áreas da investigação para uma prática baseada na evidência, bem como a governação clínica e a supervisão clínica. Desta forma, a formação tão completa e complexa do enfermeiro permite-lhe uma perspetiva de cada pessoa enquanto ser uno, com uma história de vida, inserida num contexto e dota-o de competências e estratégias que lhe permitem cuidar ao mais alto nível.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem como foco da sua atenção a pessoa com necessidades especiais, visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade e do autocuidado e a prevenção de complicações evitando incapacidades ou minimizando as mesmas ao longo de todo o ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Ao mesmo tempo que os cuidados de saúde se mantiveram focados nas instituições hospitalares durante largos anos, é também verdade que nas últimas décadas os cuidados de saúde na comunidade têm ganho terreno e a sua importância e vantagens são socialmente reconhecidas. A comunidade é, assim, o meio natural dos indivíduos, onde as dificuldades, oportunidades, recursos reais e efetivos se localizam. Desta forma, a reintegração comunitária é imperativa e o EEER desempenha um papel fundamental para o seu sucesso (Boyle et Buchanan, 2011).

Ao longo do ciclo de vida, cada indivíduo tem oportunidade de viver experiências únicas, que o transformam enquanto ser único que é. A mulher, em particular, tem a possibilidade de experienciar o gerar uma nova vida. Com todo este processo de transição advém mudanças físicas e psicológicas que surgem como desafios, mas também oportunidades. Todas estas mudanças alteram o estilo de vida da mulher, iniciando-se no período de gestação, mas continuando até ao pós-parto. Segundo Carteiro, Godinho e Rodrigues (2017), estas alterações ocorrem a nível anatómico, fisiológico e bioquímico, em diferentes sistemas orgânicos sendo assim um processo complexo, dinâmico e transformador. Todas estas modificações são importantes e contribuem para o risco de desenvolvimento de alterações funcionais e consequentemente lesões a curto, médio e longo prazo. São de destacar as alterações a nível músculo-esquelético, a dor lombar ou outro tipo de dor, a diástase dos músculos retos abdominal, as alterações do assoalho pélvico bem como o controlo de esfíncteres vesical e anal (Carteiro, Godinho e Rodrigues, 2017).

Sendo o Enfermeiro o profissional de saúde que detém uma perspetiva da pessoa, enquanto ser uno, perspetivando-o de forma holística, e tendo posição privilegiada no acompanhamento das puérperas, consideramos que será um elemento importante para o restabelecimento das funções prévias a este acontecimento de vida, não obstante o contributo de outros profissionais da equipa de saúde.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018) o EEER Identifica problemas, implementa, prescreve, monitoriza e avalia ações de forma preventiva, prevenindo complicações, evitando incapacidades ou minimizando o impacto de incapacidades instaladas. Para além disso, concebe, implementa, monitoriza e avalia programas nos mais diversos âmbitos da reabilitação, nomeadamente programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função de alimentação e eliminação. Assim, a Enfermagem de Reabilitação tem indubitavelmente um contributo a dar para a reabilitação da mulher (OE, 2018).

Posto isto, foram definidos como objetivos major deste ENP:

- Desenvolver competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário;
- Desenvolver uma investigação no âmbito da Reabilitação motora e sensitiva da Mulher no pós-parto.

De forma a concretizar os objetivos propostos, foram desenvolvidas atividades em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no que diz respeito ao

desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista. A componente de Investigação foi desenvolvida na UCC, num trabalho multidisciplinar, particularmente com a enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, através de um estudo sobre a Reabilitação Motora e Sensitiva da Musculatura Abdominal e Pélvica da Mulher no Pós-parto. Trata-se de um estudo, com metodologia mista, cuja finalidade visa melhorar as funções muscular e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica da mulher no pós-parto através da implementação de um programa de reabilitação.

Assim, foi realizada pesquisa na Plataforma *EBSCO*, nas bases de dados científicas eletrónicas: *CINAHL Complete*, *Cochrane Collection Plus*, *MEDLINE Complete*, *MedicLatina* e *Scielo*. Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica em livros, em artigos de revistas científicas e bibliografia cinzenta. A pesquisa foi realizada com base nos seguintes descritores: Puerpério, Fêmea, Reabilitação, Distúrbios do assoalho pélvico.

Este documento inicia-se com o enquadramento contextual deste ENP. No capítulo II encontram-se refletidas as atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas enquanto futura EEER, quer na prestação de Cuidados às Pessoas, quer nas questões relativas à formação, gestão e governação clínica. Por fim o capítulo III diz respeito à investigação desenvolvida no âmbito da reabilitação da Mulher no pós-parto. Este documento termina com as conclusões advindas deste longo percurso assim como sugestões.

## **CAPÍTULO I**

---

### **O CONTEXTO COMUNITÁRIO**

São hoje reconhecidas socialmente um conjunto de necessidades de cuidados claramente definidas bem como respostas altamente diferenciadas no que respeita aos cuidados de saúde. Sendo a Enfermagem a profissão na área da saúde que presta cuidados de enfermagem a todo o ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, bem como a grupos sociais com vista a manter, melhorar e recuperar a saúde de modo a promover a máxima capacidade funcional da pessoa, torna-se claro o imenso leque de necessidades e possibilidades existentes (Pestana, 2017).

A profissão de enfermagem evoluiu de forma a permitir respostas dirigidas a necessidades específicas, que se traduziu, naturalmente em áreas de especialidade decorrentes dos cuidados gerais, num aprofundamento de competências específicas cientificamente fundamentadas. Assim, ser enfermeiro especialista, é ser enfermeiro com conhecimentos diferenciados e com competências numa área específica da enfermagem e ser detentor de autonomia para exercer nessa mesma área. Para esta prática especializada e diferenciada são fundamentais as componentes: clínica, ensino, administração, pesquisa e consultoria (*idem*). Desta forma, o perfil de competências do enfermeiro especialista foi definido e regulamentado tendo em conta as competências do enfermeiro de cuidados gerais e subsequente do que se considera o aprofundamento dos domínios dessas mesmas competências. Assim, o Regulamento 140/2019 é a versão mais recente do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista, mantendo 4 domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento de aprendizagens profissionais. O eixo diferenciador entre as diferentes especialidades de enfermagem decorre das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade de forma a dar respostas adequadas às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento 140/2019).

Dirigindo a atenção para a Enfermagem de Reabilitação (ER), no que concerne às competências específicas da sua área de intervenção, estas encontram-se esplanadas no Regulamento 392/2019 que determina o seguinte:

“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.” (Regulamento 392/2019, p.13565)

Neste sentido, o este profissional concebe, implementa e monitoriza programas de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais

das pessoas pois o seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento 392/2019).

## **1.1 A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade, teve a sua origem na evolução da perspetiva do cuidar, mais concretamente quando passou a ser considerada um processo que começa nos cuidados preventivos imediatos, continua a sua atuação nas diversas fases de doença ou alteração da funcionalidade, prolonga-se para a fase de recuperação e alcança a adaptação a uma nova vida (Hoeman, 2011).

A intervenção do EEER constitui uma área de intervenção especializada que resulta de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, tem como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, bem como a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades. Os cuidados da ER têm como foco de atenção a pessoa, em todas as fases do ciclo vital, em diferentes contextos da prática clínica, constituindo-se uma área de intervenção clínica que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde (OE,2015<sup>a</sup>).

Os objetivos gerais da ER visam, assim melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (OE,2011). Assim, são foco de intervenção da ER a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades, ao longo de todo o ciclo de vida (OE, 2015<sup>a</sup>). Desta forma e numa intervenção em equipa multidisciplinar, o EEER ajuda indivíduos e famílias a adaptarem-se às mudanças de vida causadas pela doença e pela incapacidade a alcançar uma vivência com sucesso (Hoeman, 2011).

Ao contrário da realidade mundial, a Enfermagem e Reabilitação em Portugal não nasceu no decorrer da Segunda Guerra Mundial, mas sim pela necessidade de reabilitar soldados portugueses com sequelas da guerra do ultramar.

Este foi o ponto de partida para a criação do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Como Enfermeiras Especialistas foram convidadas as senhoras enfermeiras Maria da Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís, que, entre 1963 e 1964, se deslocaram ao Estados Unidos da América para realizar a sua especialização (Marques,

Ribeiro e Costa, 2021). A esta última, foi entregue a responsabilidade de formar novos enfermeiros especialistas. Assim, o primeiro curso de especialização em Enfermagem de Reabilitação em Portugal iniciou-se no ano de 1965 sob orientação da Enfermeira Sales Luís.

O percurso da Enfermagem de Reabilitação em Portugal ao longo dos anos foi-se concretizando e são reconhecidos grandes marcos para o alcance que hoje lhe é reconhecido. A destacar, a aprovação de planos de estudos a nível nacional, lecionado à data apenas em Alcoitão, a criação da Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação em 1969 e o reconhecimento do trabalho especializado nos departamentos de fisioterapia respiratória, cirurgia cardiotorácica e medicina física e reabilitação, junto de pessoas com afeções neurológicas, ortopédicas e neurológicas (Marques, Ribeiro e Costa, 2021).

Em 1978, a Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação passa a denominar-se de Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), com estatutos publicados.

Seguiu-se o reconhecimento da carreira de enfermagem nos anos 80, onde é reconhecida, através do Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de Novembro, a necessidade da especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a prestação de cuidados de excelência. Em 1983 ocorre o alargamento de cursos de especialidade no Porto, Lisboa e Coimbra, nas Escolas de Enfermagem Pós-básicas destas cidades, em 1988 alcança-se a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico e em 1999 a criação da Ordem dos Enfermeiros (Marques, Ribeiro e Costa, 2021).

Em 2005, no que respeita à formação especializada destacam-se os cursos de Pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação com 60 ECTS obrigatórios, no entanto, não conferentes de grau académico. Em 2009, acontece a revisão da carreira de enfermagem, deixando de existir a categoria de enfermeiro especialista, mas mantendo estes profissionais o desenvolvimento das suas competências que viriam a ser novamente reconhecidas em 2019 (Marques, Ribeiro e Costa, 2021). Atualmente, a realização de mestrados com 90 ECTS permite a evolução da Enfermagem de Reabilitação para a esfera académica do Doutoramento, potenciando e dando visibilidade à importância da reabilitação na qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações.

É notório e inegável o percurso atribulado, mas crescente, na Enfermagem de Reabilitação em Portugal ao longo dos anos. Foi efetivamente um percurso significativo, exigente e modelador daquela que é a identidade atual da Especialidade.

No que concerne à regulamentação da profissão, foi criado pela OE em 2011 o Regulamento 122, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, entretanto revistas em 2019 e documentadas no Regulamento 140/2019. No seguimento deste e através de legislação emitida e aprovada pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, foi emitido o Regulamento 125/2011, que define as competências específicas de um EEER, entretanto revisto no Regulamento nº392/2019. No ano de 2015 é emitido o Regulamento 350/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Este documento constitui-se um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento 350/2015).

O EEER tem como competências específicas: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2018). Desta forma, rege-se por padrões de qualidade claramente definidos e conhecidos, através de enunciados descritivos que explicitam a natureza e o caráter do mandato social da enfermagem de reabilitação junto de toda a sociedade civil. O envolvimento da enfermagem de Reabilitação na economia da saúde é cada vez mais importante na medida em que a demonstração dos ganhos em saúde advindos de indicadores capazes de traduzir o contributo da reabilitação nesta economia são uma realidade que não pode ser ignorada (Gaspar, Loureiro e Novo, 2021).

O desenvolvimento especializado da profissão, baseada numa prática clínica com resultados e dados concretos sobre a saúde das populações confere à enfermagem de reabilitação o reconhecimento da mesma enquanto detentora de competências e conhecimentos próprios e como sendo efetivamente imprescindível na área da reabilitação (*idem*). Para tal, é fundamental destacar a importância do Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem de Reabilitação que confere visibilidade à intervenção do EEER através da definição de metas, comparação de resultados com as metas estabelecidas e valores referenciais a nível nacional e internacional, conduzindo à melhoria contínua (OE, 2018).

## **1.2. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE**

Com o aumento da esperança média de vida tem-se verificado um aumento exponencial do número de doenças crónicas e incapacitantes. Por outro lado, os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e as necessidades de cuidados especializados em contexto comunitário tem crescido substancialmente (Oliveira, Couto e Silva ,2021).

A par desta realidade, a ER na Comunidade ganhou ênfase de forma a dar resposta a todas estas necessidades, mas também devido a uma sociedade cada vez mais consciente sobre os problemas associados à incapacidade e a um maior investimento político e económico nesta realidade (Hoeman 2011). Através de uma abordagem holística, em que a pessoa se encontra no centro do processo de reabilitação, faz todo o sentido que os cuidados especializados iniciados em contexto hospitalar transitem para o contexto comunitário, onde a vida real acontece, e onde a preparação para a reinserção na vida comunitária deve ser efetivamente trabalhada.

Em Portugal, particularmente, a reforma dos cuidados de saúde primários advinda da reorganização de todo o Sistema Nacional de Saúde, veio reformular as dinâmicas assistenciais prestadas às populações. Assim, em 2008 surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), unidades compostas por diferentes unidades funcionais entre os quais as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (Porto Editora, 2022), denomina-se comunidade o conjunto de pessoas que vivem num determinado território, sob um governo comum e partilhando uma herança cultural e histórica, sociedade. Assim, é fundamental ter presente que cada comunidade é única e é imprescindível conhecer as suas características particulares para que, numa perspetiva mais intimista, seja possível prestar os melhores cuidados de saúde.

Criando oportunidade para uma melhor adequação de cuidados especializados a nível comunitário, as UCC são palco de ação do EEER, onde o foco da sua atenção associa a pessoa individual, o cuidador/familiar e a comunidade. (Oliveira, Couto e Silva ,2021). O papel do EEER destaca-se na medida em que, através do corpo de conhecimentos que possui, das suas competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais implementa programas efetivamente personalizados e ajustados às expectativas e à realidade de cada pessoa, família, comunidade, a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade. Através da identificação de fatores facilitadores, e inibidores, avalia os processos psicossociais que influenciam a adaptação e transição no processo de doença, e desta forma determina as necessidades de intervenção. Perante esta realidade, intervir na comunidade traduz-se numa mais valia

nos processos de transição, uma vez que se trata do meio natural onde as pessoas se inserem e vivem.

As UCC são unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, cuja população alvo são pessoas, famílias ou comunidades em situação de vulnerabilidade e risco, ou dependência física ou funcional (Despacho 10143/2009). A sua atividade desenvolve-se de forma autónoma no que diz respeito às questões organizativa e técnica, no entanto, sempre em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACES. O seu âmbito de intervenção é a comunidade, em parceria com diferentes estruturas da comunidade (*idem*).

A coordenação de uma UCC é da responsabilidade de um enfermeiro com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista e com experiência na respetiva área profissional. As equipas de uma UCC são multidisciplinares, integrando profissionais de diferentes áreas: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros especialistas em diferentes áreas, nomeadamente os EEER (*idem*).

A UCC determina o seu plano de ação e metas que se propõe a atingir sempre em articulação com o ACES onde se integra, que por sua vez articula centralmente com a Administração Central de Sistemas de Saúde. Todas estas entidades definem os seus objetivos tendo em conta as necessidades identificadas e sua evolução dinâmica (PORTUGAL, 2020<sup>a</sup>). A promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, capacitação dos indivíduos e a responsabilização de outros sectores sociais como forma de dar resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidades tem sido desde há alguns anos a prioridade da resposta dos cuidados de saúde primários. A avaliação de desempenho de uma UCC é fundamental para o processo de melhoria, pelo que esta é obtida através de indicadores associados às atividades da Unidade sendo que alguns destes indicadores são particularmente sensíveis aos cuidados de enfermagem de Reabilitação (Oliveira, Couto e Silva ,2021).

### **1.2.1. A UCC de Barroelas**

A UCC de Barroelas é uma Unidade pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE), pelo que importa conhecer a sua contextualização de forma a compreender a dinâmica organizacional de toda a estrutura.

A ULSAM, EPE, foi criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, e é constituída por 2 unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), 12 centros de saúde (Arcos de Valdevez, Barroelas, Caminha, Darque,

Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), 1 unidade de saúde pública e 2 unidades de convalescença (Ponte de Lima e Valença). Esta Unidade constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde que abrange a totalidade do distrito, com uma área territorial de 2.213 Km<sup>2</sup> e uma população residente estimada de 230.412 (INE Ano 2019), 11,3% dos quais com menos de 15 anos e 25,2% com idade igual ou superior a 65 anos (Portugal, 2020<sup>a</sup>).

O Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho (ACES Alto Minho), assegura a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população sendo constituído por 12 centros de saúde num total de 38 Unidades funcionais (Portugal, 2020<sup>a</sup>).

A UCC de Barrocelas é uma das unidades funcionais do Centro de Saúde de Barrocelas, que, desenvolvendo um trabalho multidisciplinar, intervém no âmbito comunitário na área geodemográfica abrangida pelo mesmo. Criada em março de 2013, iniciou a sua atividade a 1 de janeiro de 2015 sob os princípios orientadores: a equidade, a proximidade e a solidariedade (*idem*).

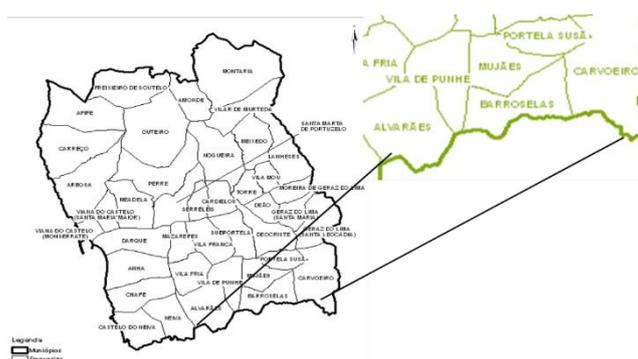
A Equipa da UCC é constituída por 5 enfermeiros, (1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária/ coordenador, 2 enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 enfermeira Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia e 1 enfermeira Pós-graduada em Cuidados paliativos), 1 Médico, 1 Nutricionista, 1 Assistente Social, 1 Fisioterapeuta, 1 assistente técnico.

A área de abrangência da UCC de Barrocelas atinge uma área total de 43,6Km<sup>2</sup> e com uma densidade populacional de 276,93 hab/km<sup>2</sup> (censos 2011) incluindo as seguintes freguesias: União freguesias Barrocelas-Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães.

Presta cuidados aos utentes residentes nesta área bem como a outros que, não residindo na área definida se encontrem inscritos no centro de Saúde de Barrocelas.

No ano de 2022, a UCC de Barrocelas tem na sua área geográfica de abrangência um total de 11073 utentes residentes (Portugal, 2022a).

Figura 1. Área geográfica de abrangência da UCC de Barrocelas (Fonte: Portugal, 2020<sup>a</sup>)



Segundo o Regulamento Interno da UCC de Barroselas a sua missão consiste em “Atender, em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados.” ((Portugal, 2020<sup>a</sup>, p.6). Esta unidade tem como visão “fazer da UCC uma unidade de qualidade em Cuidados de Saúde Primários em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, disponíveis para inovar e responder às necessidades da população.” (*idem*). Para tal, a prestação de cuidados assenta em valores como a co-responsabilidade, a acessibilidade, a satisfação, a qualidade e a competência (*idem*).

A carteira básica de serviços da UCC Barroselas compreende a execução dos seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, Programa de Planeamento Familiar, Programa de Saúde Materna, Programa Nacional de Vacinação, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Rede Social/CSIF's, Programa de Reabilitação, Programa de Ação Paliativa.

Integrada na UCC encontra-se a Equipa de Cuidados Integrados na Comunidade, onde o EEER desempenha maioritariamente as suas funções.

### **1.2.2. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados – ECCI Barroselas**

Criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (Portugal, 2022<sup>b</sup>). Este modelo organizacional veio revolucionar a atividade assistencial em Portugal, uma vez que antes da RNCCI cada hospital encaminhava os seus doentes para instituições que pudessem recebê-los, sem qualquer diferenciação a nível dos cuidados e necessidades individuais.

A RNCCI tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência com o objetivo da recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Portugal, 2022<sup>c</sup>), são princípios base da RNCC:

“Prestação individualizada e humanizada de cuidados;  
Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores  
e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação

em rede; Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “distress” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas, mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes; Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível.”

As respostas na Rede Geral da RNCCI contemplam diferentes tipologias, consoante diferentes critérios de triagem. Assim existem Unidades de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDm) e Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI).

Estas últimas, encontram-se integradas nas UCC funcionando em articulação entre o ACES e a RNCCI de forma a dar resposta às necessidades de saúde neste âmbito a nível comunitário (Oliveira, Couto e Silva, 2021).

Segundo Oliveira, Couto e Silva, 2021 (2021) a ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que visa a prestação de cuidados domiciliários decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros. A população alvo são pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, que apresentem rede de suporte social e cuja situação não implique internamento, mas que não se possam deslocar-se de forma autónoma. Esta Unidade apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada centro de saúde em articulação com os serviços presentes na comunidade.

Assim, a ECCI presta cuidados quer de enfermagem, quer médicos, no domicílio, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora bem como ações paliativas após uma avaliação integral e multidisciplinar, de forma regular e programada. São objetivos desta intervenção a educação para a Saúde, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio nas AVD's (Oliveira, Couto e Silva, 2021). Nesta perspetiva e de acordo com as competências específicas do EEER, facilmente se depreende que este contexto é um contexto de excelência para a prática de Enfermagem de Reabilitação uma vez que potência a autonomia, minimiza a dependência, readapta capacidades funcionais bem como reintegra a pessoa e família a nível domiciliário, social e familiar a novas realidades.

A ECCI, integrada na UCC de Barroselas, está destinada à prestação de serviços e cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença.

Parte componente da UCC, integra a ECCI uma equipa multidisciplinar composta por 2 enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 enfermeira pós-graduada em cuidados paliativos, 1 médico, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 assistente técnica.

A ECCI tem capacidade instalada para 20 utentes da RNCCI, residentes na área de influência da UCC e que apresentem critérios de admissão. É coordenada localmente pela Equipa Coordenadora Local (ECL) do Vale do Lima e Coura. Funciona 7 dias por semana no horário das 8 às 20h de segunda a sexta-feira e das 9 as 16h aos sábados, domingos e feriados.

Tem como programas em vigor o Programa de Reabilitação e o Programa de Ação Paliativa, integrantes do pacote de serviços da UCC, sendo que, durante este estágio e de acordo com a plataforma de registo da RNCCI, a Gestcare CCI, os principais diagnósticos de referência foram: doença respiratória crónica, doença neurológica degenerativa, demência, Parkinson e Acidente Vascular Cerebral.

Sendo a ECCI uma entidade integrada na ULSAM, EPE trabalha de forma articulada com outras respostas dentro da Instituição, como é o caso da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Esta última presta apoio e suporte direto às pessoas acompanhadas pela ECCI, bem como a outras unidades a nível dos cuidados de saúde primários e mesmo a nível de internamento hospitalar.

Considerando os objetivos e as áreas de intervenção da ECCI, este contexto revela-se de excelência para a prática de ER, uma vez que a premência de cuidados se prende com a necessidade promoção da autonomia, diminuição da dependência, reabilitação das

capacidades funcionais e readaptação e reintegração no contexto domiciliário e sociofamiliar, indo de encontro ao princípio dos cuidados de Reabilitação (Oliveira, Couto e Silva, 2021). Segundo os mesmos autores o paradigma dos cuidados apresenta, atualmente como foco, uma visão dos mesmos que procuram recuperar ou preservar a máxima funcionalidade, a qualidade de vida, a autonomia e a independência da pessoa, deixando cair a visão dos cuidados como cura. Esta nova perspetiva vai de encontro ao mandato da ER na capacitação da pessoa através de um acompanhamento personalizado para o alcance do seu melhor nível de funcionamento.

Desta forma, a oportunidade de desenvolver competências enquanto futura Enfermeira Especialista na ECCI de Barroselas alude a um interesse e riquezas profundas naquele que é o âmbito desta especialidade.

### **1.3. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE ALAF MELEIS: UM REFERENCIAL PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**

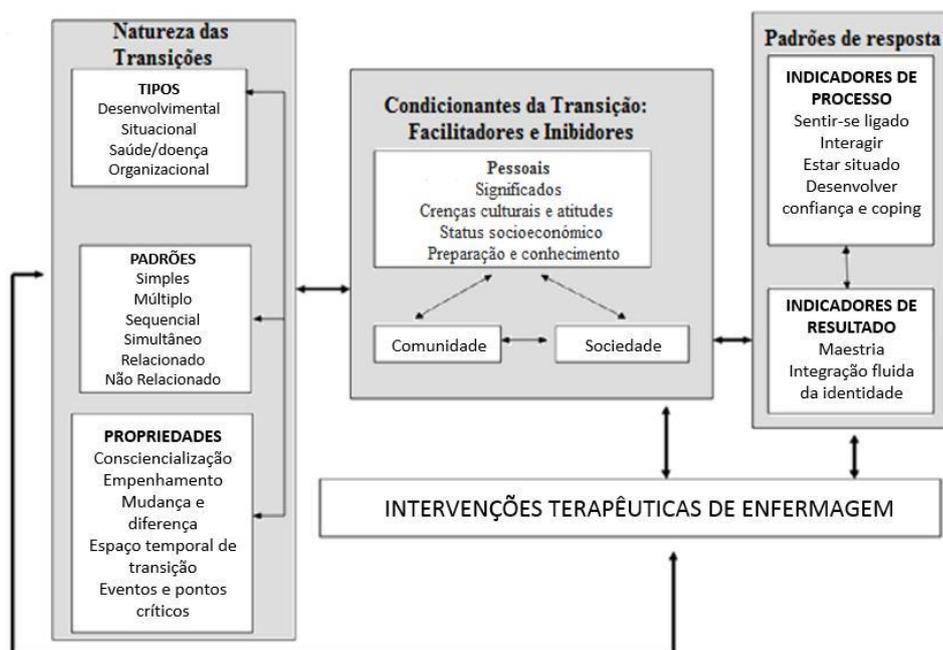
Ao longo de todo o estágio foi adotada a Teoria das Transições de Alaf Meleis no sentido de fundamentar e contextualizar a intervenção do EEER no contexto comunitário, uma vez que este referencial teórico enfatiza as interações entre o enfermeiro e a pessoa, preconizando que o enfermeiro se preocupa com as experiências transitórias vivenciadas pelo indivíduo, tendo como meta terapêutica a saúde e o bem-estar (Ribeiro, Moura e Ventura, 2021).

Viver implica, natural e empiricamente, experienciar diferentes cenários e situações, vivenciar diferentes experiências, positivas e negativas e naturalmente, adaptarmo-nos. Para Meleis, a disciplina de Enfermagem está intimamente relacionada com as experiências humanas de transição nas quais os conceitos de saúde e bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção. Assim, o referencial teórico de Meleis apresenta como conceito central o conceito de transição, definido pela autora como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, num processo desencadeado pela mudança (*idem*).

Para Meleis (2000), as transições podem ser de quatro tipos: Transições de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com situações de saúde-doença, e organizacionais e podem ocorrer em diferentes padrões (única, múltipla, sequencial, simultânea, relacionada, não relacionada) e com diversas propriedades (consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço e tempo, pontos críticos e eventos) que se influenciam entre si. De forma a potenciar a sua intervenção, o enfermeiro deve considerar os fatores facilitadores e inibidores relativos à condição das

transições e que podem ser do âmbito pessoal (significados, crenças e atitudes, condição socio-económica, preparação e conhecimento), do âmbito da comunidade ou do âmbito da sociedade. As ações implementadas pelo enfermeiro denominam-se neste referencial teórico por terapêuticas de enfermagem e os resultados das transições denominam-se indicadores de resposta. Relativamente a estes últimos emergem indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança, coping) e indicadores de resultado (mestria e integração fluida de identidade).

Figura 2. Teoria das Transições de Alaf Meleis (Fonte: Meleis [et al], 2000 p.17)



Facilmente se depreende que o conhecimento e análise profundo de cada caso são fundamentais para o sucesso da transição na medida em que as variáveis são inúmeras e cada situação é vivenciada de forma única por cada pessoa/ família. O EEER, em contexto comunitário tem a vantagem de contactar com a realidade de cada pessoa, permitindo-lhe aprofundar todas as questões relativas aos acontecimentos de vida, natureza da transição, padrão e propriedades presentes. Também a identificação dos fatores facilitadores e inibidores, fundamentais ao sucesso das intervenções, são mais evidentes e identificados com maior celeridade. Desta forma, o alcance das metas identificadas no mandato social da ER acontece de forma mais eficaz, através da máxima capacitação da pessoa, maximização da autonomia e da funcionalidade, traduzindo-se em ganhos referentes à qualidade de vida.

Suportados nestes princípios e pressupostos, exercemos a nossa atividade no sentido do desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, que explanamos no próximo capítulo numa perspetiva reflexiva e crítica.

## **CAPÍTULO II**

---

### **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE**

Sendo o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação o caminho para a especialização em Enfermagem de Reabilitação, todas estas competências foram sendo exploradas e desenvolvidas durante o percurso que culmina nesta última oportunidade de verdadeiramente colocar em prática todos os ensinamentos e aprendizagens adquiridas até agora. Desta forma, este estágio revelou-se uma riqueza de oportunidades, tal como era esperado. Ao longo destas semanas foram imensas as oportunidades de colocar em prática e aprofundar competências comuns e específicas da ER. Desta forma, faz agora sentido explanar a minha experiência numa perspetiva reflexiva e profunda sobre este estágio no que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, mas também no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Assim, este capítulo reflete as atividades desenvolvidas de forma a dar respostas aos objetivos traçados para esta etapa:

- Desenvolver uma atitude interventiva na equipa multidisciplinar e multiprofissional na ECCI, com vista à prevenção da doença, promoção da saúde e promoção da autonomia;
- Conceber programas de intervenção em enfermagem de reabilitação para a promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade no contexto da comunidade;
- Implementar, programa de reabilitação para a prevenção, manutenção e reeducação da a função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade;
- Avaliar os resultados das intervenções implementadas;
- Desenvolver competências especializadas no exercício profissional da enfermagem nos domínios da melhoria contínua, da gestão de cuidados, da investigação, da formação e assessoria.

Este foi o construto que alicerçou o desenvolvimento de competências que explanamos de seguida

## **2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO– A REFLEXÃO COMO CAMINHO PARA A EXCELENCIA**

Tal como já foi apresentado no capítulo anterior, este Estágio decorreu na UCC de Barroelas tendo sido várias as atividades desenvolvidas. Este momento de formação diferencia-se dos anteriormente vivenciados na medida em que permite a cada estudante

colocar em prática todos os ensinamentos e aprendizagens adquiridas até então, acrescentando a maior responsabilidade na identificação de necessidades e intervenção num contexto específico assim como as necessidades e afinidades pessoais.

A escolha recaiu sobre o contexto comunitário por considerarmos que os cuidados de saúde se desenvolvem no ambiente do quotidiano das populações, por reconhecermos a riqueza deste contexto e o potencial efetivo e diferenciador na vida das pessoas que a ER na comunidade pode proporcionar. Ter o privilégio de interagir com as pessoas no mais íntimo do seu quotidiano é, inegavelmente, ter a possibilidade de conhecer e compreender a profundidade dos processos de transição durante o ciclo vital.

Assim, logo na fase inicial desta etapa foi fundamental a identificação das necessidades do serviço de forma a realizar um diagnóstico da situação e delinear o plano de ação a implementar. Para tal, a reunião inicial com o coordenador da UCC e a enfermeira tutora foi muito importante, permitindo desde o primeiro momento conhecer a unidade, sua organização, oportunidades de intervenção e áreas com necessidade da mesma. Neste momento foram fundamentais a abertura e o apoio demonstrados para que pudéssemos sentir liberdade nas decisões.

Após entrevista com o coordenador da UCC, entrevista com enfermeiras da UCC, consulta de programas e projetos da Unidade, foi definido que para além da intervenção dos utentes da ECCI (essencialmente reabilitação motora, respiratória e neurológica), iríamos também intervir na área da reabilitação da mulher no pós-parto em contexto de UCC com a implementação de um programa de reabilitação motora e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica na mulher no pós-parto, uma vez que era uma necessidade do serviço e um interesse pessoal.

Importa ainda referir que devido à situação pandémica as atividades nas equipas encontravam-se reestruturadas, principalmente devido à prioridade da vacinação contra a Covid-19, tendo-se revelado o percurso de grande produtividade e interesse.

Dirigindo a atenção para a ECCI, Oliveira, Couto e Silva (2021) defendem que existe uma vontade não só individual como social de que as pessoas tenham condições e possam permanecer no seu domicílio o mais tempo possível de forma autónoma. A ECCI é o vetor indicado para que esta seja uma realidade.

Efetivamente, a prestação de cuidados na comunidade é um privilégio na medida em que permite à pessoa estar no seu ambiente natural, de conforto e segurança, mas também permite ao EEER um tomar maior conhecimento da efetiva realidade, avaliar circunstâncias, conhecer fatores influenciadores, mobilizar recursos adequados potenciando a qualidade de vida dos indivíduos.

Desde a admissão, a pessoa é envolvida, assim como o cuidador/ família quer na identificação das expectativas quer nos objetivos para os cuidados a prestar. Esta avaliação preconiza-se que seja multidisciplinar e centrada na reinserção comunitária, numa perspetiva e visão holística dos cuidados, abrangendo não só as questões de saúde, mas também do foro social, cultural, espiritual. O cuidador/família constituem-se como elementos fundamentais e chave em todo o processo, devem por isso ser considerados não só como foco de intervenção, mas também como agentes de reabilitação.

No que respeita à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação estes concretizam-se em visitas domiciliarias agendadas mediante as necessidades individuais, com duração de intervenção igualmente variável. Na intervenção efetiva são implementados os programas de reabilitação, englobando um vasto leque de intervenções com vista a: minimizar o risco através da sua identificação real ou potencial e/ou barreiras arquitetónicas; ensino e treino de competências à pessoa e ao cuidador; apoio emocional e intervenção a nível do suporte psicológico, no aconselhamento e orientação para outros profissionais na equipa ou outras equipas dentro da Unidade Local de Saúde. Podemos dizer que cabe ao EEER a gestão de cada caso, na medida em que para além de ser a figura de referência da equipa de saúde, articula e interage com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar de forma a agilizar todas as questões inerentes ao processo de reabilitação. Efetivamente, este papel central justifica-se pelo conjunto de competências e conhecimento bastante completo de cada pessoa/ família, assim como do seu projeto de vida. Esta realidade vai de encontro ao defendido por Hesbeen (2003, in Pestana, 2017 p.49): “a enfermagem de reabilitação demonstra a verdadeira preocupação pelo outro, com um olhar não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa, mas ajudando a pessoa a aceitar a sua nova condição”. Desta forma o papel fundamental do EEER enquanto elemento ativo e integrante desta equipa reforça a nossa preparação e visão holística, o nosso profundo conhecimento da pessoa, preparando-nos para uma assistência integral.

O papel do EEER enquanto gestor de caso faz todo o sentido pois este elemento é essencial na readaptação da pessoa à sua situação de saúde. A articulação de todos os intervenientes no processo de saúde é um trabalho que exige uma perspetiva global da pessoa, um investimento profundo sobre cada caso. O EEER manifesta assim uma base de conhecimentos muito alargada sobre todas as esferas individuais e é, na nossa opinião, o elemento essencial para o sucesso do processo de reinserção no contexto comunitário. Dotado de competências relacionais, comunicacionais e técnicas, o EEER consegue efetivamente chegar ao íntimo de cada pessoa de uma forma particular, pois

compreende e conhece profundamente o processo de transição que a pessoa está a vivenciar.

A avaliação individual de forma cuidada e individualizada é o primeiro passo para a operacionalização dos programas de reabilitação. Esta avaliação deve ser minuciosa, atenta e rigorosa. Sendo competências específicas da ER capacitar a pessoa para a sua inserção social tendo em conta a sua incapacidade e maximizar a funcionalidade da pessoa, a avaliação inicial tem como objetivo primordial diagnosticar alterações que determinem limitações funcionais, da atividade e incapacidades (Regulamento nº392/2019). Para isto, o EEER avalia o risco de alteração da funcionalidade, a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade, de forma a identificar fatores facilitadores, e inibidores, avalia os processos psicossociais que influenciam a adaptação e transição no processo de doença, e desta forma determina as necessidades de intervenção. Para além destes aspetos é também fundamental conhecer o projeto de vida de cada pessoa, sua vontade e motivação.

Assim, a avaliação da pessoa inclui a avaliação das funções físicas através de um exame físico e funcional rigoroso, mas é igualmente imperioso a avaliação das questões psicológicas, sociais, espirituais, conhecer a rotina de cada pessoa, condições habitacionais, capacidade económica, potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade. Esta avaliação da pessoa é basilar na definição de objetivos de reabilitação e colocar a pessoa no centro deste processo é prioritário, bem como as suas circunstâncias de vida. Com base em tudo isto, a nossa intervenção é verdadeiramente personalizada e as estratégias selecionadas bem dirigidas para o contexto individual. Para tal foram utilizados instrumentos e escalas validadas que conferem credibilidade ao processo, permitem monitorização de resultados e conclusões credíveis tais como: a escala de Barthel, , escala de Tinetti, escala de Lawton e Brody, Medical Research Council Muscle Scale (MRCMS), Modified Ashworth Scale, escala numérica da dor ou escala visual analógica da dor, Escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), Modifies Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (MMRCDQ), escala de Borg modificada, teste de sentar e levantar em 1 minuto, prova de marcha de 6 minutos, escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), escala de qualidade de vida EuroQol Grup e genograma familiar.

Quando falamos de Enfermagem de Reabilitação no contexto comunitário, o nosso foco de atenção é muito mais do que a pessoa enquanto ser uno, mas sim, todo o sistema familiar e cuidador que o envolve. Assim, acrescentando a tudo o que foi considerado acima, é fundamental e igualmente importante considerar o cuidador/ família enquanto parte integrante e central do processo de reabilitação. Na nossa opinião, todo este núcleo

em volta da pessoa com necessidades, constitui-se em si mesmo como um todo, na medida em que tudo o que se vivência neste sistema, influencia os elementos do mesmo, e esta visão integral, esta consciência é basilar desde a fase de avaliação.

Sendo o processo de enfermagem dinâmico e a avaliação de enfermagem uma componente fundamental, profunda, completa e complexa, esta vai sendo realizada passo a passo. Pelo facto de nos encontrarmos no contexto da comunidade, na casa da pessoa, estes processos estão sobretudo controlados pela pessoa/família/ cuidador, e muitas vezes só chegamos ou tomamos conhecimento do que as pessoas nos permitem conhecer. Esta realidade pode ser facilitadora quando cuidamos de famílias que se abrem facilmente, nos deixam integrar a sua realidade, mas pode ser também, uma dificuldade em que a relação de confiança tem que ser muito bem trabalhada desde o primeiro dia de modo a permitir avaliar as reais necessidades. Este facto faz-nos refletir sobre a importância do estabelecimento de uma relação de confiança, da empatia, das competências comunicacionais como fundamentais para potenciar a nossa intervenção no estabelecimento de um ambiente seguro e terapêutico.

Na ECCI de Barroselas a primeira visita domiciliária é realizada, sempre que possível, pelo EEER e o médico, tal como preconizado no Bilhete de Identidade (BI) dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este procedimento é, na nossa opinião, facilitador, pois permite um contacto com 2 membros da equipa, conferindo ênfase à importância do momento, transmitindo importância à pessoa/família assim como confiança.

Para a avaliação inicial da pessoa, após a recolha inicial de dados sociodemográficos, procede-se a entrevista e realização de exame físico bem com a aplicação de escalas de avaliação específicas. Este momento requer habilidade de forma a ser dinâmico, não demasiado invasivo uma vez que acontece muitas vezes no primeiro contacto, e ser incisivo nas questões pertinentes pelo facto da lista de questões a analisar ser extensa. Naturalmente que a informação partilhada pela rede, a avaliação prévia por outros profissionais e equipas é facilitador, mas carece de ser minuciosamente confirmada e ajustada de forma a permitir o conhecimento profundo de cada caso.

A avaliação do cuidador, das dificuldades efetivas, do componente psicológica são igualmente consideradas neste momento inicial. Esta foi igualmente uma experiência muito rica, pelos desafios, mas também pelo sentimento de gratidão que as pessoas têm para conosco. Efetivamente, ser cuidador é avassalador, e é visível como a resiliência e o sentido de compromisso falam mais alto. Neste contexto, vivenciamos situações diversas, desde mães a cuidar de filhos adultos dependentes, passando pela situação de uma irmã que cuidava dos seus 3 irmãos com patologia neurológica degenerativa, até casos de idosos a cuidar de idosos. Esta realidade tocou-nos profundamente, e muitas vezes quase não há palavras para responder aos desabafos dos cuidadores. Também é

verdade que muitas vezes, o silêncio é a resposta certa e porque ouvir e estar, é muitas vezes o suficiente. No entanto, é importante estarmos muito alerta para as situações de burnout e encaminhar para os colegas da equipa, ou sinalizar para assistente social de forma a encontrar outros recursos na comunidade que possam ajudar cada família. Efetivamente, a rede de contactos é um recurso muito importante ao EEER em contexto comunitário pois a resolução de determinadas situações pode revelar-se um verdadeiro desafio. Este trabalho em rede, em parceria, com o objetivo comum de contribuir para o processo de vida de alguém é uma realidade que carece de ser igualmente desenvolvida. Percebemos que cada unidade deve ter abertura para abrir horizontes de intervenção centrando-se em modelos de prestação de cuidados verdadeiramente holísticos. Mais uma vez, o EEER, detentor de uma perspetiva largamente abrangente é vetor de articulação, sinalizando, contactando e promovendo este tipo de trabalho. A articulação com outras equipas foi uma realidade, não só dentro da dinâmica do centro de saúde, mas também com outras equipas como a equipa de cuidados paliativos ou equipa de otorrino, assim como com outras entidades e instituições fornecedoras de materiais e assistência para os mesmos, caso do Cought Assist, aspiradores de secreções. Importa também conhecer os recursos comunitários, a nível de juntas de freguesia, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), confrarias ou organismos ligados à igreja, mesmo que a nossa intervenção possa ser meramente informativa e sempre em articulação com os outros membros da equipa, nomeadamente assistente social. Efetivamente, a ER permite um entendimento profundo sobre a pessoa e família, mas igualmente sobre todo o sistema de saúde promovendo a qualidade assistencial.

Ainda sobre a avaliação da funcionalidade, é ponto essencial deste contexto a identificação de barreiras arquitetónicas para intervir na minimização do impacto destas no exercício da autonomia e da funcionalidade de cada pessoa bem como na definição de estratégias adaptativas a implementar. Efetivamente, a arquitetura da maior parte das casas não está preparada para a pessoa com alteração da funcionalidade, mesmo em casas relativamente recentes. Desde divisões mínimas onde é difícil colocar tudo o que é necessário, à largura das portas, às escadas existentes, à má iluminação dos espaços, são inúmeras as situações observadas. Vivenciamos e intervimos em situações relacionadas com ensino sobre medidas de segurança, prevenção de quedas, estratégias adaptativas e uma situação de alterações estruturais decorrente da transformação de um espaço amplo num quarto para 3 pessoas dependentes com todas as condições de assistência. Assim, é importante acima de tudo, identificar o objetivo de cada pessoa/cuidador /família para ajustar a intervenção. Consideramos este um dos grandes desafios da ER em contexto comunitário, que é igualmente gratificante e belo: a necessidade de criatividade e verdadeira personalização na intervenção.

Na intervenção junto de mulheres no pós-parto, a avaliação individual de cada uma revestiu-se de grande importância na medida em que permitiu conhecer cada caso individualmente. A entrevista semiestruturada realizada às mulheres, onde fizemos a avaliação inicial permitiu espaço para verbalização de forma livre sobre as queixas de cada mulher. Este momento foi preponderante para uma intervenção personalizada na aplicação do programa.

Para promover a capacidade adaptativa no processo de transição saúde/doença, os planos de cuidados de reabilitação devem ser personalizados quanto ao potencial de cada pessoa/cuidador /família, quer no que respeita aos conhecimentos, quer às competências. Avaliar estes parâmetros na avaliação inicial é fundamental para definir as estratégias adequadas à situação individual. Em contexto de ECCI, esta avaliação acontece de forma sistematizada, através da interação com o cuidador, e vai acontecendo de forma natural através do diálogo, observação. Geralmente, pessoas alvo dos nossos cuidados e/ou cuidadores apresentavam potencial para melhorar o conhecimento e a habilidade, sendo necessário ajustar a dimensão da intervenção ou o tempo para a aquisição plena dos mesmos.

Também a identificação e redução do risco é uma preocupação que deve ser esplanada nos planos de cuidados de reabilitação, incutindo intervenções relacionadas com ensinamentos e treinos sobre a sua prevenção e seleção de produtos de apoio adequados. Efetivamente a prescrição de produtos de apoio é uma das competências do EEER, assim como a capacitação da pessoa/cuidador e família para a utilização de forma adequada dos mesmos. O conhecimento de cada situação, a capacidade e conhecimento de cada família importam para o sucesso da correta utilização dos dispositivos. Neste âmbito, tivemos oportunidade de prescrever e capacitar utentes, cuidadores e famílias para o uso de diferentes materiais, desde material de prevenção de quedas, como barras, andarilhos, materiais de prevenção de úlceras quer no leito quer sentado, materiais para transferência como discos de transferência ou cintos.

Na conceção dos programas de reeducação funcional, sustentamo-nos na avaliação para a identificação das necessidades de intervenção. Assim, após conhecer cada situação são definidas metas tendo em conta a expectativa realista da pessoa, cuidador e ou família e posteriormente definido o programa mais indicado para a situação. A prescrição de cada programa de reabilitação rege-se por princípios como a individualidade e o contexto, o constante acompanhamento, avaliação e reestruturação. Cada programa é, assim dinâmico e constantemente ajustado à realidade de cada indivíduo. Por isso, pessoas diferentes necessitam de programas de reabilitação diferentes, mesmo que os diagnósticos possam ser coincidentes.

Na implementação dos programas, o EEER envolve a pessoa foco de atenção, mas também os cuidadores/famílias. A intervenção junto destes últimos é essencial pois são também elemento fundamental na operacionalização dos programas, colocando as intervenções prescritas em prática, diariamente e muitas vezes sem a nossa presença. A capacitação da unidade pessoa/cuidador/família é essencial, e pretende-se que o trabalho desenvolvido em conjunto (EEER, pessoa, cuidador) se mantenha depois da alta da ECCI e não se crie uma relação de dependência, mas sim se parceria.

Na implementação do programa de reabilitação motora e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica na mulher no pós-parto, a continuidade dos exercícios e a possibilidade da sua realização no domicílio foi uma preocupação, pelo que, para além do ensino e treino, foi facultado a cada participante um livro de apoio, de forma a manter o programa em casa durante e após a intervenção do EEER, contribuindo para que se mantenham ativas, potenciando a continuação da prática de exercício e aconselhando a progredir na complexidade dos exercícios ou até para outras modalidades consoante as preferências individuais.

A implementação dos programas de reeducação constitui uma mais valia, na medida em que pudemos efetivamente trabalhar a funcionalidade e autonomia in situ, em casa das pessoas, permitindo ultrapassar as dificuldades do dia-a-dia.

A instrução e treino de Atividades de Vida Diária (AVD), tantas vezes descurado, mas que, na nossa opinião, é basilar na enfermagem de reabilitação, diz respeito a aspetos aparentemente tão básicos na vida de cada pessoa como autocuidar-se, e tem um peso importante na dignidade e qualidade de vida de cada um. Esta é, efetivamente, uma das áreas major da enfermagem de reabilitação e que, provavelmente mais impacto tem no projeto de vida de cada um. As AVD são transversais a todas as dimensões das competências específicas do EEER, constituindo-se um importante foco de intervenção do EEER e a capacitação para as mesmas constitui-se, de facto, uma área nobre da enfermagem de reabilitação. Esta ideia é reforçada por Vigia, Ferreira e Sousa (2017), ao defenderem que o EEER facilita o processo adaptativo não só de quem cuida, mas também de quem é cuidado, garantindo a manutenção e a maximização dos ganhos já conquistados. Desta forma, as intervenções de enfermagem que visam a promoção da independência no autocuidado manifestam-se em ganhos na capacidade funcional, no desempenho nas AVD e melhoria na perceção da qualidade de vida (*idem*).

Neste âmbito da promoção da autonomia e da funcionalidade tivemos oportunidade de intervir realizando, ensinando, treinando e incentivando a transferência para cadeirão para alimentação, uso do sanitário, o cuidar da higiene pessoal, pentear-se, lavar a boca.

Implementamos programas de reeducação funcional motora, respiratória, de reabilitação cognitiva a pessoas com diferentes graus de colaboração e capacidade, colocando o foco, não tanto na forma como concretizamos as intervenções, sua complexidade, diversidade de formas de o fazer, mas sim no efetivo contributo que elas trazem à pessoa e de que forma fazem a diferença no dia a dia.

A lição que tiramos destas experiências é que há sempre muito a fazer, basta analisar com atenção, explorar, ouvir, por em prática o que é ser EEER, por em marcha aquilo que nos distingue de todos os outros profissionais de saúde: o olhar particular sobre o outro. Explorar a necessidade de ser criativo e trabalhar com as condições que a realidade de cada pessoa nos oferece, adaptando a forma de concretizar os programas, foi outra das aprendizagens que realçamos. Neste sentido, importa referir as dificuldades em manter uma correta postura na prestação dos cuidados, pois é uma dificuldade efetiva. Um aspeto particular da equipa da ECCI de Barroelas é, em alguns casos, ser facultado ao utente um “kit” personalizado ao programa de reabilitação, com bastão, saco de areia, pesos utilizados nas sessões, ficando no domicílio da pessoa, como forma, até de incentivo à realização autónoma do programa. No momento da alta é recolhido, higienizado e orientado para uma nova pessoa quando necessário.

Relativamente à educação para a saúde, constatamos a sua relevância tanto dirigida à pessoa como ao cuidador/família e o muito tempo para reforçar ensino, instrução e treino contribuindo para a literacia em saúde.

Para a realização dos ensinamentos e para a implementação dos programas, comunicar de forma eficaz é fundamental. A adaptação da linguagem é essencial, pois numa população maioritariamente idosa e com baixa escolaridade é por vezes difícil transmitir o que se pretende. O volume e cadência do discurso devem ser ajustados aos eventuais défices auditivos e capacidade cognitiva. Pode ser necessário utilizar palavras simples, de fácil entendimento, e que, acompanhadas pela instrução em que a linguagem não verbal vem complementar a verbal de forma a que a mensagem chegue ao destinatário da forma pretendida. Por vezes, foi importante repetir e validar a informação transmitida mais que uma vez. Em algumas situações, por exemplo com pessoas demenciadas, em que o entendimento do contexto foi normalmente mais desafiante, mas não só, a estratégia passou por explicar de forma calma e prévia as intervenções realizadas, visando obter o máximo de colaboração por parte da pessoa. No caso do programa de reabilitação da mulher no pós-parto, a componente de instrução foi a mais desafiante, onde a demonstração foi repetida várias vezes de forma a trabalhar a compreensão e coordenação na realização dos exercícios. De destacar os exercícios hipopressivos onde a dificuldade foi mais evidente.

Também o humor e a boa disposição são recursos importantes na implementação dos programas de reabilitação em contexto comunitário, seja no domicílio ou não, pois muitas vezes encontramos pessoas tristes e desanimadas com a vida, com dificuldades, cansadas e a nossa chegada é uma lufada de alegria para aquelas pessoas. A motivação pode ser trabalhada também através da força anímica e forma de descomprimir a dureza da realidade. Devemos ter consciência de que, a nossa presença influencia o ambiente e a energia da pessoa, e devemos tirar partido deste facto. Esta reflexão pode ser interpretada como bastante obvia, no entanto, consideramos ser de grande importância pelo contributo que acrescenta ao processo de transição.

A avaliação dos programas de reabilitação através de indicadores sensíveis aos cuidados de saúde é fundamental para perceber que ganhos a nossa intervenção alcançou. A preocupação com este aspeto esteve presente desde a avaliação inicial, cuidada, que permita uma comparação com a avaliação final através de instrumentos válidos. Cada vez mais, na sociedade em geral e na saúde em particular, é importante demonstrar que ganhos se obtiveram, o impacto da nossa intervenção ao nível da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida e numa fase posterior o impacto económico de um programa de reabilitação adequado. Na nossa opinião a avaliação qualitativa da evolução da pessoa é essencial, no entanto os indicadores de avaliação de desempenho das UCC estão ainda muito direcionados para a avaliação quantitativa, podendo perder-se a riqueza e diversidade de ganhos em situações não suscetíveis de tradução em números e percentagens. Na componente de investigação deste ENP este aspeto foi trabalhado de forma muito rigorosa, como é possível consultar no capítulo III deste documento, percebendo-se a importância e relevância da triangulação de resultados qualitativos e quantitativos para a avaliação dos processos de reabilitação.

Assim, das experiências dos vários programas implementados, foi possível ensinar, instruir, treinar, demonstrar, assistir/executar e supervisionar a pessoa, incluindo o cuidador, na realização de diversos cuidados: exercícios motores e sensitivos; treino de força; posicionamentos e mobilizações; levante e transferências; treino de marcha e subir/descer escadas; treino de equilíbrio; estimulação cognitiva, sensorial e propriocetiva; técnicas de reeducação funcional respiratória; ensino sobre a utilização de produtos de apoio; desempenho/treino de AVD; prevenção de complicações; técnicas de conservação de energia.

Enquanto enfermeira e estudante a desenvolver competências no âmbito da ER, ao avaliar os ganhos em saúde, ao analisar os resultados das nossas intervenções, compreendemos e comprovamos que, efetivamente podemos e fazemos a diferença na vida das pessoas. Com a nossa intervenção contribuimos para potenciar a qualidade de

vida das pessoas, tantas vezes descurada. A intervenção da ER permite às pessoas e suas famílias viver melhor com todas as dificuldades que a vida lhes trouxe.

Numa retrospectiva deste estágio de natureza profissional, lembramos cada pessoa/cuidador/família de quem cuidamos, a satisfação pessoal por saber que através da nossa intervenção juntamente com as colegas, lhes permitimos exercer o Ser Pessoa, ter vontade, poder fazer o mais possível e viver com alguma autonomia e autodeterminação. Capacitar a pessoa e cuidador para utilizar estratégias eficazes e verificar com tivemos sucesso, é efetivamente muito gratificante.

Dirigindo a atenção para os cuidadores em particular, identificamos situações em que os cuidadores apresentam grande domínio sobre os cuidados a prestar. Foram alguns casos em que foi surpreendente conhecer a capacidade de adaptação e resiliência, o conhecimento quer técnico, quer da patologia da pessoa com necessidade de cuidados. No entanto, embora com capacidades e algumas competências, estes cuidadores necessitam de acompanhamento e apoio para identificar e enfrentar alterações nas respostas da pessoa cuidada. Isto é, em situações novas ou respostas diferentes, necessitam de apoio na definição de estratégias ajustadas para cuidar, assim como de suporte para enfrentar o stress de uma nova adaptação. O EEER funciona como ouvinte, orientador, como prestador de cuidados da pessoa e do cuidador informal, sendo indubitavelmente uma importante figura de referência. A relação estabelecida de empatia e cooperação é essencial, transformando-se, por vezes a sessão de reabilitação, num momento sobretudo focada no cuidador. O estar presente, a prestação de apoio emocional, o ouvir são extremamente significativos para aquela pessoa.

Outro ponto de importante reflexão é a identificação pelo EEER de situações de sobrecarga do cuidador. Mais uma vez é fundamental conhecer a realidade de cada pessoa/cuidador/família de forma a definir estratégias personalizadas e que efetivamente respondam às necessidades. Estas estratégias podem passar por pequenos ajustes nos cuidados até internamentos da pessoa cuidada em unidades para descanso do cuidador. Muitos cuidadores tem o peso da responsabilidade sob os ombros 24/24h, e estes mesmos cuidadores necessitam de cuidados. O EEER tem aqui um papel fundamental em todas estas dinâmicas, e deve ser uma oportunidade a explorar largamente. Entretanto, este trabalho continua a ser desenvolvido com os recursos disponíveis, potenciando o melhor e minimizando as dificuldades. Aconselhamos pequenas saídas para relaxar um pouco, deixando o familiar ao cuidado de outra pessoa, por exemplo. A par da resposta direta às necessidades da pessoa alvo de cuidados, é importante o diagnóstico de sobrecarga através de instrumentos validados como é o caso da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit bem como o acompanhamento adequado do

cuidador por parte da equipa de saúde, nomeadamente do EEER, negociando e implementando estratégias ativas e proactivas, sustentadas no conhecimento e evidencia científica, com vista à rentabilização dos recursos existentes, promotoras da saúde e bem-estar do cuidador e da pessoa cuidada. O desenvolvimento da profissão e da ciência de Enfermagem acontece com pequenos passos, que cada um de nós pode dar através de proatividade e inovação sempre através de uma prática baseada na evidencia

Após esta longa reflexão sobre o processo de reabilitação não poderíamos deixar de dedicar algum espaço à prestação de cuidados de ER à pessoa em situação paliativa. Muitas das situações acompanhadas em ECCI dizem respeito a esta realidade. Sendo a longevidade sempre imprevisível, acompanhamos situações cujo fim de vida chegou rapidamente e outras em que o objetivo era paliar, mas cuja morte não se sentia próxima.

Sobre este tema, muito há a dizer. Muito do que já foi referido se aplica ao doente paliativo, no entanto verificamos que a expectativa da intervenção do EEER é desajustada, partindo de questões relacionadas com a própria referenciação das pessoas. Dependendo, naturalmente de cada caso em particular, onde a avaliação da situação é basilar, muitas vezes o conforto é a preocupação central de todos os intervenientes no processo de transição. O EEER tem um papel importante na prevenção de agravamento de complicações, mas acima de tudo, nos cuidados que proporcionam conforto e bem-estar.

O respeito pela ética e deontologia profissionais, pelos direitos humanos é igualmente basilar na nossa prática diária e neste contexto não foi exceção. Os dilemas éticos existem em todos os contextos, importa refletir sobre eles para a tomada de decisão eticamente correta. Deodato (2017) defende que o EEER, ao promover a qualidade de vida da pessoa com incapacidades promove a sua dignidade, concretizando assim o seu agir ético. Concordamos plenamente com o autor, a promoção da dignidade é efetivamente o vetor do agir ético na medida em que cuidamos de pessoas, independentemente do seu estado geral, fragilidades ou necessidades. Ora, assegurar o respeito pela dignidade da pessoa humana enquanto ser único é diariamente um desafio na ER e refletir sobre cada situação em particular é um exercício que o EEER necessita de fazer constantemente, e que pautou todo este percurso, trazendo evolução e desenvolvendo competências pessoais e profissionais.

Em suma, ao longo deste processo formativo vivemos experiências e desenvolvemos conhecimento e competências preconizadas para o EEER e que suportam os objetivos propostos para este ENP. Numa diversidade situações e âmbito de intervenção, função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade,

identificamos necessidades de intervenção destinadas à pessoa, cuidador e comunidade, concebemos, implementamos e avaliamos programas de reabilitação que permitiram a minimização de sequelas, a manutenção e/ou a promoção da autonomia, a capacitação do cuidador.

## **2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – O CAMINHO PARA A QUALIDADE**

Este estágio de natureza profissional prevê o desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, especificamente no que respeita à gestão e liderança, programas de melhoria contínua, formação e investigação. A oportunidade de desenvolver competências deste âmbito em contexto real foi efetivamente uma nova experiência. Desde o primeiro dia que a preocupação com as atividades a desenvolver neste âmbito causou alguma expectativa e ansiedade.

Foi essencial conhecer a estrutura humana da UCC, as dinâmicas da equipa, as hierarquias, os projetos, conhecer as situações identificando necessidades de intervenção. Entende-se por governação clínica o sistema atualmente utilizado para a gestão dos cuidados, vincadamente participativo e apontado para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica, seguindo os mais altos padrões (Rodrigues e Felício, 2017). Neste modelo pressupõe-se a autonomia responsável dos profissionais integrados nas equipas de saúde, bem como o apoio explícito dos decisores políticos (*idem*). Esta abordagem, moderna e inovadora da gestão dos cuidados de saúde é muito interessante a vai de encontro aos modelos mais recentes de gestão das organizações onde a intervenção e implementação de projetos dentro das organizações acontece não apenas no topo da hierarquia, mas cada vez mais, junto de todos os elementos das equipas.

Os profissionais de saúde são chamados a tomar decisões, cientificamente fundamentadas, mas que devem ir de encontro à visão, missão e valores da organização. Os enfermeiros, no exercício das suas funções, estão constantemente a gerir cuidados, a gerir expectativas, a gerir a sua própria posição dentro da equipa. Por outro lado, os enfermeiros a exercer funções de gestão confrontam-se não só com as dificuldades relacionadas com a profissão, mas também com as “as responsabilidades das suas funções e competências, com a gestão e liderança dos grupos que chefiam e com as expectativas dos utentes” (Alves, 2014 p.26).

Num panorama cada vez mais competitivo, os indivíduos destacam-se não só pela competência técnico científica, mas também pela autoconfiança, autodomínio, integridade, empatia e adaptação (*idem*). Por outro lado, as organizações valorizam a

orientação para os objetivos, mas cada vez mais a orientação para as pessoas (Rocha, 2019).

Nos novos modelos organizacionais, os colaboradores de nível operacional podem participar em diferentes etapas de gestão, consoante o seu posto de trabalho, o seu envolvimento em projetos ou o envolvimento na própria organização. E, se ainda há pouco tempo vigoravam modelos de gestão em pirâmide, em que gestão estava orientada para os cargos de topo e as bases tinham pouca influencia na gestão dos processos, os modelos atuais invertem esta realidade, conferindo aos colaboradores operacionais cada vez mais funções de gestão nos processos da organização, caminhando para o que se pretende que seja uma perspetiva de gestão partilhada (Reis, 2018).

Desta forma, a aquisição de competências técnicas, humanas e concetuais é fundamental a todos os intervenientes no processo de gestão, sendo que as competências humanas apresentam cariz transversalmente importante a todos os níveis de gestão. As competências humanas dizem respeito as relações estabelecidas entre as pessoas, sejam relações interpessoais ou relações grupais. Segundo Reis (2018), estas competências envolvem a capacidade de comunicar, motivar, coordenar, liderar e resolver conflitos pessoais ou grupais.

Para este tipo de gestão participativa é fundamental uma liderança eficaz. Para Ramada [et al] (2007 p.21), “Os grandes líderes têm a capacidade de inspirar o melhor que há nas pessoas” e “a liderança assenta nas emoções”. O gestor deve ser líder, e através de uma liderança positiva, motivar e orientar a sua equipa no sentido do atingimento dos objetivos da organização. No entanto, a liderança não pressupõe apenas motivar e orientar, segundo Ramada (2007), as pessoas procuram também apoio por parte do líder, procuram empatia e desta forma desenvolvem a sua inteligência emocional.

Efetivamente os processos de gestão partilhada são cada vez mais esperados em todos os intervenientes das equipas de saúde. Neste contexto em particular, suportados nas premissas e conhecimentos desenvolvidos durante o curso de mestrado, tivemos oportunidade de experienciar e desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais. Participamos na programação semanal das visitas domiciliárias, a distribuição da equipa pelas necessidades de intervenção, a manutenção de stock de materiais, passando pelos níveis de qualidade dos cuidados, até à reflexão sobre o espelho de todo o trabalho através dos indicadores de qualidade. Todo este percurso baseado numa gestão partilhada de responsabilidades e numa liderança positiva em que os intervenientes se influenciam mútua e positivamente. Desta forma e

numa dinâmica de interajuda, partilha e crescimento os sentimentos de pertença, gratidão e evolução pessoal florescem naturalmente, trazendo benefício à satisfação pessoal e profissional. Levamos desta equipa experiência de riqueza, em que na partilha todos ganhamos, na união e trabalho conjunto todos beneficiamos efetivamente mais.

No âmbito da melhoria continua, foi propósito darmos o nosso contributo para colmatar necessidades de intervenção. As necessidades da mulher no pós-parto foi um dos focos de foco de atenção na UCC, cuja intervenção estava suspensa devido a pandemia. Sendo esta área de grande interesse pessoal foi unanime a seleção das mesmas para o desenvolvimento de uma intervenção e do trabalho de investigação, que tal como já foi referido, se apresenta desenvolvido no capítulo III deste documento. A partir desta grande temática tivemos igualmente oportunidade de desenvolver competências a nível da formação.

Esta oportunidade revelou-se muito interessante na medida em que nos permitiu desenvolver competências enquanto formadora, junto dos utentes da ECCI, num contexto muito específico, assim como na equipa multidisciplinar partilhando saberes e experiências, refletindo sobre as mesmas e sobre a importância do papel do especialista para a qualidade do serviço prestado às populações.

Sendo o Enfermeiro Especialista um elemento com formação diferenciada, é-lhe reconhecida a competência de contribuir para a formação continua das equipas, mas também de contribuir para a literacia em saúde. A formação constitui-se estratégia de capacitação de profissionais e população, pelo que o seu cariz metodológico de rigor exige do formador investimento e responsabilidade para a garantia da qualidade da formação e das aprendizagens.

## **CAPÍTULO III**

---

### **ESTUDO EMPÍRICO**

A prática baseada na evidência tem cada vez mais expressão, e a investigação crescente verificada nos últimos anos é prova evidente da sua forte manifestação. Na ER, a investigação centra-se em problemáticas concretas cuja finalidade e objetivos visam acrescentar conhecimento à ciência de Enfermagem. Para tal, é fundamental o rigor impresso nos processos, através de um método seguro, claro e contextualizado.

### **3.1. REABILITAÇÃO PÓS-PARTO: FOCO DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A mulher tem a possibilidade de experienciar o gerar de uma nova vida. A gravidez e parto provocam alterações importantes em todos os sistemas da mulher, e são necessárias algumas semanas para que estas modificações amenizem (Batista, 2019). Segundo o mesmo autor, destaca-se, do vasto leque de alterações osteoarticulares, a flexibilização muscular e ligamentar decorrente das alterações hormonais.

No puerpério, observa-se o retorno à condição pré-gravídica e é exatamente neste período que se podem notar as manifestações de recuperação do organismo, com alterações corporais e psicoemocionais importantes. Assim, com todo este processo de transição e mudanças físicas e psicológicas surgem desafios, mas também oportunidades na vida da mulher (*idem*).

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2015<sup>b</sup>), considera-se puerpério o período de seis semanas após o parto em que acontece a recuperação física e psicológica da mulher. De acordo com Graça (2010), o puerpério pode dividir-se em três fase: puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana).

É durante todo o período puerperal que ocorrem, de forma gradual, alterações essencialmente a nível dos aparelhos reprodutor, cardiovascular, respiratório, urinário, gastrointestinal, sistema endócrino, músculo-esquelético e hematológico (Batista 2019). Estas alterações anatomofisiológicas são fundamentais para que todos os sistemas corporais voltem ao estado anterior à gravidez. Todo este percurso inverso ao da gravidez é foco importante para o EEER pois, na presença destas inúmeras transformações é essencial uma correta reprogramação, devidamente acompanhada para que o equilíbrio seja de novo restabelecido. Segundo Batista (2019), estão associadas a esta fase queixas dolorosas a nível abdominal e perineal, dores musculares e das articulações pois efetivamente toda a biomecânica ficou alterada devido à gestação e parto. Desta forma, um programa de reabilitação é fundamental para a recuperação

funcional da mulher, uma vez que potencia e reforça a sustentação da bexiga e do intestino, fortalece a vagina e reduz a probabilidade de incontinência urinária a curto e a longo prazo (*idem*).

### **3.1.1. Alterações Fisiológicas da gravidez e pós-parto**

Na perspectiva de Carteiro, Godinho e Rodrigues (2017), as alterações fisiológicas durante a gravidez e pós-parto ocorrem a nível anatômico, fisiológico e bioquímico, em diferentes sistemas orgânicos sendo assim um processo complexo, dinâmico e transformador. Durante o período gestacional, a expansão do útero afeta a forma do abdômen e a geometria da musculatura abdominal: a nível superior (diafragma), a nível inferior (a musculatura do assoalho pélvico) e a nível lateral (músculos abdominais).

Moura (2020), alerta para a importância das alterações a nível diafragmático, que muitas vezes sofre alteração do tônus devido a posturas incorretas e stress associado ao período perinatal. O crescimento do feto vai aumentando gradualmente a pressão intra-abdominal, e durante o parto este músculo apresenta trabalho ativo na respiração, essencial para a gestão do esforço e da dor. Na fase do puerpério apresenta trabalho ativo no condicionamento cardiovascular, pelo que deve ser considerado quando falamos de reabilitação no pós-parto.

Na base da cavidade abdominal encontram-se os músculos do assoalho pélvico (MAP), estes suportam o peso do útero e podem ser distendidos ou lacerados durante o processo do nascimento. Entende-se por pavimento pélvico o conjunto complexo de estruturas osteoarticulares e musculares que suportam as vísceras pélvicas e abdominais. O pavimento pélvico é atravessado por três orifícios: uretra, vagina e reto. Assim, a contração deste complexo muscular é responsável por manter a continência urinária e fecal e está intimamente implicado na função sexual. Constituem o pavimento pélvico o diafragma pélvico e a membrana perineal (diafragma urogenital) (Silva 2012).

A lesão nas estruturas que constituem o pavimento pélvico potencia a ocorrência de condições sintomáticas de patologias pélvicas, como, por exemplo, a incontinência urinária e fecal, prolapso de diferentes órgãos pélvicos e até disfunções sexuais (*idem*). O relaxamento das estruturas devido à ação hormonal pode também originar algum grau de incontinência urinária de esforço durante a gravidez, agravado pelo peso de útero que pela compressão aumenta a frequência urinária. Concorrendo para estes achados verifica-se também maior probabilidade de infeção urinária quer pela estase quer pela obstrução das vias de eliminação (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017). Segundo os mesmos autores, a gravidez é fator de risco para o desenvolvimento de incontinência

urinária de esforço em mulheres jovens, podendo atingir até 75% de prevalência afetando a qualidade de vida das mulheres grávidas em 54,3%. A disfunção da sínfise púbica pode originar dor na região pélvica com irradiação para a coxa e para o períneo.

Relativamente aos músculos abdominais, o aumento da distância entre os músculos retos abdominais pode ter consequências negativas a nível estético e funcional no período após o parto. São alongados até o seu limite no final da gravidez e, por ação hormonal da relaxina, os ligamentos ficam fracos, levando a uma diminuição na tensão dos tecidos conjuntivos e aumento na mobilidade das estruturas anatômicas em geral (Corrêa e Furlanetto, 2020). Estes músculos formam um apoio elástico de “quatro vias de estiramento” para o conteúdo abdominal sendo que estão envolvidos os músculos: reto abdominal, transverso abdominal, oblíquo interno e oblíquo externo, bilateralmente. O reto abdominal é o mais superficial e tem como funções a flexão da coluna, assim como dar suporte à mesma, sustentar a massa visceral, auxiliar na expiração forçada. A função dos oblíquos, externo e interno, é fletir a coluna lateralmente, quando atuando bilateralmente, aproximando a pelve e o tórax anteriormente, suportam e comprimem as vísceras abdominais, deprimem o tórax e auxiliam na respiração (*idem*).

A diástase dos músculos abdominais acontece durante todo este percurso e diz respeito ao afastamento dos músculos e tecido conjuntivo e ligamentar, sendo mais evidente este afastamento no espaço entre os retos abdominais. Segundo Rett [et al] (2012), não existe consenso sobre os valores a considerar como referência para considerar a diástase dos músculos retos abdominais (DMRA) como um problema no pós-parto, no entanto defende que o afastamento destes músculos ocorre aproximadamente em 66% das gestantes no 3º trimestre, podendo persistir de 30 a 60% no período de pós-parto. Por outro lado, Wolfgang [et al.] (2019) apresentam uma proposta para classificação da DMRA pela German Hernia Society e a International Endohernia Society que propõe como valores de referência <3 cm entre os músculos retos como diástase leve, 3-5 cm de separação dos músculos retos, diástase moderada e mais de 5 cm de diástase grave, sendo que estes valores devem ser monitorizados ao longo da linha alba.

Por outro lado, os ligamentos dorsais, responsáveis pelo suporte da coluna sofrem relaxamento, quer por ação hormonal quer por aumento de peso corporal, contribuindo para a ocorrência de dor lombar (40 a 60% das grávidas) e dificuldades na mobilidade (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017). Também o centro de gravidade (CG) da mulher é alterado, desviando-se para cima e para frente devido ao alargamento do útero e das mamas. O peso transfere-se assim para os calcanhares de forma a trazer o CG para uma posição mais posterior, o que requer compensações posturais para o equilíbrio e estabilidade. Nas alterações posturais destacam-se a diminuição do equilíbrio da coluna

vertebral com aumento da cifose e da lordose fisiológica, e a rotação da pelve (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017).

Todas estas modificações são importantes e contribuem para o risco de desenvolvimento de alterações funcionais e consequentemente lesões a curto, médio e longo prazo. São de destacar as alterações a nível músculo-esquelético, a dor lombar ou outro tipo de dor, a DMRA, as alterações do assoalho pélvico, o controlo de esfíncteres vesical e anal e o excesso de peso (Rett [et al.] 2012; Elden [et al.] 2016; Johannessen [et al.] 2018; Nartea [et al.] 2019; Corrêa e Furlanetto, 2020). Assim, depreende-se que todas as estruturas envolvidas na gestação de uma nova vida sofrem alterações importantes e importam para a ocorrência de alterações durante a gravidez e após o parto. A acrescentar a esta realidade, é fundamental compreender que as estruturas corporais funcionam como um todo e que as alterações não afetam apenas a localização exata, mas o corpo da mulher como um todo. Isto é, as alterações músculo-esqueléticas influenciam-se proporcionalmente entre si. A hormona relaxina altera a estrutura do colagénio, aumenta a flexibilidade e a extensibilidade ligamentar, atuando ao nível da fáscia abdominal, cintura pélvica, sínfise púbica e no pavimento pélvico (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017). A disfunção da sínfise púbica pode originar dor na região pélvica com irradiação para a coxa e para o períneo (*idem*). A mesma fonte acrescenta ainda que, todas estas alterações conduzem ao aparecimento de dor lombar, pélvica e púbica e afastamento dos retos abdominais.

Numa perspetiva de reabilitação da mulher como um todo, é importante analisar as alterações quer dos músculos abdominais, quer dos músculos do assoalho pélvico, quer do diafragma para compreender como se influenciam entre si, de que forma contribuem para os processos patológicos já descritos, no sentido de prevenir ou minimizar os efeitos desses mesmos processos patológicos, concebendo e implementando programas de recuperação e reabilitação, num trabalho em equipa multidisciplinar.

### **3.1.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação durante a Gravidez e o Pós-parto**

O exercício físico é amplamente recomendado desde a gravidez, a sua importância e pertinência são inegáveis no sentido preventivo, proporcionando ganhos a nível físico e psicológico contribuindo para a redução dos sintomas depressivos no período pós-parto (Pritchett [et al.], 2017; Carter [et al.] 2019).

As entidades de referência a nível mundial como a American College of Obstetrician and Gynecologists (American College of Obstetrician and Gynecologists, 2020) e as Canadian

Guidelines for Physical Activity Throughout Pregnancy (Mottola [et al.], 2019) nas suas linhas orientadoras para a realização de exercício físico na gravidez e puerpério, vão de encontro às orientações da Direção Geral de Saúde (Portugal,2015) explanadas no Programa de Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, onde é recomendada a prática de exercício físico moderado durante a gravidez e no puerpério (6 semanas após o parto e após observação cuidado pelo EESMO) até 150 minutos por semana (*idem*).

Os programas de exercício físico integram exercícios aeróbios, de flexibilidade, de resistência, exercícios neuromotores e do assoalho pélvico. É importante ter em mente que muitas alterações fisiológicas decorrentes da gravidez podem manter-se até 1 ano após o parto, sendo necessário uma intervenção cuidada em todas as estruturas desprogramadas (musculatura da parede abdominal, parede antero-lateral do abdómen, assoalho pélvico e diafragma) (Moura, 2020). Braz [et al.] (2018), na sua revisão sistemática da literatura sobre recursos fisioterapêuticos na reabilitação da diástase no puerpério, concluíram que a utilização de recursos não invasivos na reabilitação de mulheres com diástase patológica no puerpério, nomeadamente bandas elásticas, cinesiterapia, ginástica hipopressiva, pilates e electroestimulação, são amplamente eficazes e trazem ganhos para a saúde da mulher. Estes ganhos traduzem-se na redução significativa na DMRA, melhor qualidade de vida e prevenção do desenvolvimento de patologias associadas. Defende também que, para potenciar os processos de reabilitação deve utilizar-se de dois ou mais recursos supracitados (*idem*).

O EEER desenvolve a sua intervenção numa perspetiva holística, transversal, multi e interdisciplinar pelo que a sua intervenção deve iniciar-se na fase pré-concepcional, numa prestativa educacional e durante a gestação e pós-parto num estreito trabalho em equipa com o EESMO através de estratégias de prevenção de complicações, programas de exercício físico e programas de reabilitação e reeducação motora e sensitiva.

Sendo o Enfermeiro o profissional de saúde que entende a pessoa enquanto ser uno, numa perspetiva holística, e tendo posição privilegiada no acompanhamento das puérperas, é um elemento fundamental para o restabelecimento das funções previas a este acontecimento de vida, não obstante o contributo de outros profissionais da equipa de saúde. O EEER em particular, pelo seu corpo de conhecimentos e competências específicas, pode ser um elemento chave na intervenção dirigida à saúde da mulher. Esta premissa encontra-se integradas nas competências específicas do EEER, onde está enunciado que o EEER maximiza a funcionalidade e desenvolve capacidades da pessoa, nomeadamente através da conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório.

A correção e a reeducação postural, a tonificação da musculatura do pavimento pélvico e da musculatura abdominal devem ser os focos centrais de intervenção do EEER, quer no pré como no pós-parto bem como em outras alterações identificadas pela equipa multidisciplinar. Assim, os programas de exercício físico devem ser personalizados tendo em conta vários fatores como a condição física geral e os hábitos de exercício físico antes e durante a gravidez. A prática de exercício físico deve ser realizada de acordo com as orientações das entidades especialistas na área (American College of Obstetricians and Gynaecologists 2015 in Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017) ou seja, programas de exercício físico aeróbico, com intensidade moderada, de pelo menos 20 a 30 minutos por dia, num total de 150 minutos por semana.

São consideradas atividades seguras caminhada, natação, bicicleta estacionária, ginástica aeróbica de baixo impacto, yoga e pilates adaptado. Estas são as orientações gerais e devem complementar o programa de reabilitação, devendo a mulher ser incentivada a realizar este tipo de atividades de forma autónoma.

O programa de reabilitação deve iniciar-se com exercícios leves, de forma a preparar os músculos para a progressão do programa com exercícios mais intensos terminando sempre com alongamentos. Deve contemplar exercícios de fortalecimento lombar, correção postural, fortalecimento dos músculos dos membros superiores e peitorais, exercícios dirigidos a recuperação da musculatura abdominal e pélvica (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017).

O treino de reforço muscular do assoalho pélvico é o tratamento mais recomendado para a prevenção e tratamento da incontinência urinária. Assim, é fundamental a consciencialização, identificação e reforço desta área como intervenção preventiva na gravidez e de reabilitação no pós-parto. Neste âmbito os exercícios de Kegel são os mais recomendados. Todos os programas de reabilitação da mulher no pós-parto devem incluir este tipo de treino (*idem*). Para potenciar todo este trabalho é fundamental incidir igualmente sobre a musculatura abdominal, uma vez que, em conjunto com os músculos pélvicos, estabilizam o tronco. São igualmente recomendados exercícios dirigidos aos músculos abdominais profundos, nomeadamente o transversal abdominal, como complemento à reeducação do pavimento pélvico (*idem*).

A reabilitação da função respiratória é preconizada desde uma fase inicial de gravidez (*idem*). Na fase de pós-parto a musculatura respiratória cumpre função de reabilitação cardiorrespiratória e relaxamento bem como de correção postural, pelo que deve também incluir-se no programa de reabilitação no pós-parto.

Assim, foi desenvolvido um estudo que visa responder à questão: “Qual o impacto de um programa de enfermagem de reabilitação na recuperação da musculatura abdominal e pélvica da mulher no pós-parto? Posto isto, importa agora, conhecer as opções metodológicas.

### **3.2. METODOLOGIA**

A investigação científica é um método rigoroso de aquisição de conhecimentos, uma vez que assenta num processo racional. É um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões merecedoras de uma investigação. (Fortin, 2009).

No presente estudo optamos por uma tipologia mista, cujas componentes qualitativa e quantitativa pretendem analisar e compreender quais os contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reabilitação da mulher no pós-parto.

A escolha desta temática prende-se com questões e vivências pessoais, por ser uma área de grande importância para a saúde da mulher que está cada vez mais identificada e por se constituir uma necessidade do serviço onde este estudo foi realizado. Da nossa vivência pessoal, frequentemente nos deparamos com conversas sussurradas sobre as questões da mulher após o parto, ainda envoltas em tabu, e numa grande procura e necessidade de acompanhamento nesta fase. Estando estas questões diretamente relacionadas com a qualidade de vida da mulher, parece-nos importante explorar esta área de intervenção.

Desta forma a temática deste estudo diz respeito à reabilitação motora e sensitiva da mulher no pós-parto, tendo como finalidade melhorar as funções muscular e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica da mulher no pós-parto através da implementação de um programa de Reabilitação.

#### **3.2.1. Tipo de estudo e Objetivos**

Efetivamente, ter um filho implica profundas alterações no corpo da mulher não só durante a gestação, mas após o nascimento da criança. Dirigindo a atenção para as questões músculo-esqueléticas no pós-parto facilmente se identificam vários fatores a ter em consideração para assegurar um voltar ao equilíbrio estrutural de forma desejada e funcional, tal como foi exposto anteriormente.

Perante este que é o conhecimento atual da ciência, este estudo emerge da questão: “Qual o impacto de um programa de enfermagem de reabilitação na recuperação da

musculatura abdominal e pélvica da mulher no pós-parto?”. Para a sua resposta, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar os sintomas motores e sensitivos da musculatura abdominal e pélvica das mulheres no pós-parto;
- Implementar um programa de reeducação funcional motora e sensitiva na mulher no pós-parto;
- Analisar os efeitos do programa de reeducação funcional motora e sensitiva na mulher no pós-parto;
- Conhecer a perceção das mulheres sobre os efeitos do programa de reabilitação motora e sensitiva no pós-parto

O estudo realizado tem uma metodologia misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória e descritiva.

A perspetiva quantitativa pretende aprofundar o tema em questão, que é ainda pouco estudado e especificar propriedades, características e traços importantes relativos à questão de investigação, descrevendo tendências (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Por outro lado, a componente qualitativa visa compreender a perspetiva dos participantes, aprofundar as suas experiências, ponto de vista, opinião e significados (*idem*).

A natureza deste estudo é de caracter exploratório, uma vez que este é um tema ainda pouco estudado, e descritivo pois pretende especificar propriedades, características e traços importantes relativos ao tema em estudo, assim como medir e recolher informação sobre os conceitos e variáveis sem indicar de que forma estas se relacionam (*idem*).

### **3.2.2. População e Amostra**

A população é um conjunto de indivíduos que evidenciam características comuns (Fortin, 2009). A população em estudo diz respeito a mulheres na fase de puerpério, acompanhadas pela equipa de uma UCC. A amostra diz respeito a um subgrupo da população sobre o qual se faz o estudo (*idem*), optamos pelo método de amostragem não probabilística por conveniência. Este tipo de amostra justifica-se pela necessidade de uma cuidadosa e controlada escolha de casos com determinadas características específicas e que são facilmente acessíveis, disponíveis ou que se encontram num determinado contexto (*idem*). Neste caso, é constituída por mulheres acompanhadas numa UCC e que cumpriam o critério de inclusão: mulheres com 6 a 10 semanas de pós-parto.

Foram identificadas 17 mulheres, sendo que integraram o nosso estudo 7 mulheres, após aplicação dos critérios éticos e de inclusão.

### **3.2.3. Instrumento De Recolha de Dados**

De acordo com a natureza do problema, os objetivos e o tipo de estudo, foram utilizados como instrumentos de recolha de dados o Questionário de Caracterização da Mulher, (Apêndice A), o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF – Anexo A) (Tamanini [et al.], 2004) e uma Entrevista semiestruturada.

O Questionário de Caracterização da Mulher foi construído para o efeito pelos investigadores, suportado pela literatura e características do estudo. Foi aplicado na primeira consulta, e é composto por duas partes. Na primeira parte constam questões fechadas sobre os dados sociodemográficos (Idade, estado civil habilitações literárias, situação profissional), dados clínicos (antecedentes de saúde, número de filhos, semanas de pós-parto, complicações no parto e nº de minutos de atividade física por semana antes do parto). A segunda parte do questionário diz respeito ao exame físico (queixas geniturinárias com recurso a escala numérica da dor, peso, altura, IMC, perímetro abdominal, avaliação da diástase dos retos abdominais e avaliação da força muscular a nível perineal segundo a escala de Oxford adaptada).

A análise qualitativa permitiu-nos, por outro lado, conhecer de forma mais íntima os conceitos, perceções, experiências, processos e vivências das mulheres relativamente às alterações da musculatura abdominal e pélvica após serem mães. Assim, optamos pela entrevista semiestruturada, pois, para além da componente íntima e flexível de interação, esta proporciona a recolha de dados relativos às opiniões, condutas, desejos, expectativas dos participantes, dados estes impossíveis de observação externa., A sua componente semiestruturada permitiu liberdade ao entrevistado para se expressar e ao entrevistador para colocar outras perguntas para além das definidas inicialmente, precisando conceitos ou obtendo informação mais pormenorizada sobre o tema desejado (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

Na entrevista semiestruturada foi primeiramente elaborado um guião constituído por três questões abertas (Apêndice B), destinadas a conhecer/ identificar os conhecimentos e as habilidades das mulheres relativos aos exercícios de reeducação abdominal e perineal e sobre a perceção que tinham sobre a sua condição no que respeita as estruturas abdominais e pélvicas.

O International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), trata-se de um questionário relativo à incontinência urinária que identifica a frequência das

perdas urinárias, a quantidade de urina perdida, de que forma a perda de urina interfere no dia-a-dia da pessoa e quando tem perdas de urina. Optámos por aplicar este questionário pois é um instrumento que classifica claramente o impacto da incontinência urinária na vida de cada pessoa, o que vai de encontro aos objetivos do estudo, está validado para a população portuguesa e é reconhecido pela Associação Portuguesa de Urologia e recomendado pela European Association of Urology. Está preconizado para ser de auto-preenchimento e com reporte às últimas 4 semanas, pelo que foi preenchido segundo estas recomendações.

#### **3.2.4. Procedimento**

O contacto com os participantes foi efetuado pela enfermeira especialista em ESMO, uma vez que era a figura de referência para as participantes dentro da equipa multidisciplinar. Este contacto foi realizado por telefone e agendada entrevista individual com cada participante.

O primeiro contacto presencial ocorreu num gabinete da UCC, na presença da investigadora e da EESMO, sendo apresentado o estudo, recolhido o consentimento informado bem como a aplicação dos instrumentos de avaliação.

Os instrumentos de avaliação supracitados foram aplicados às 7 participantes, antes e após a implementação do programa de reabilitação.

O Questionário de Caracterização da Mulher foi preenchido pelo investigador, tratando-se de questões fechadas permitiram poupar tempo e energia, bem como evitar enviesamentos.

Na componente do exame físico, nomeadamente na avaliação da DMRA, procedeu-se à monitorização do afastamento destas estruturas ao longo da linha alba, através de palpação digital nos seguintes pontos de monitorização: a nível do umbigo, 3 cm acima do umbigo, 6 cm acima do umbigo, 3 cm abaixo do umbigo e 6 cm abaixo do umbigo. A mulher encontrava-se posicionada em decúbito dorsal, pés apoiados, pernas fletidas a 45° e braços ao longo do corpo. No momento da avaliação foi solicitado que os músculos abdominais fossem contraídos, levantando a cabeça e a região dorsal.

A avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico foi realizada por palpação digital vaginal e foi classificada através da Escala de Oxford modificada, que varia entre 0 e 5 e em que no score 0 há ausência de contração e no score 5 há uma contração forte, com compressão dos dedos do examinador e movimento positivo em direção à sínfise púbica (Anexo B). Esta avaliação foi realizada com a mulher em posição ginecológica, através

da introdução do dedo indicador e médio cerca de 3-4cm dentro da vagina e foi solicitado que a mulher contraísse a musculatura perineal e sustentasse a contração até 10 segundos, repetindo 3 vezes o procedimento.

Na entrevista semiestruturada as questões foram colocadas em voz alta o que permitiu um diálogo natural, com possibilidade de recolocar as questões sempre que necessário, mas também um relato mais fluido e aprofundado sobre os conhecimentos, habilidades e percepção de cada participante. Estas entrevistas foram gravadas em áudio, garantindo o anonimato através da codificação das mesmas e após validada a autorização por parte das participantes. Posteriormente foram transcritas de forma integral e fidedigna à gravação e memória visual que facilita o processo.

O programa de reabilitação motora e sensitiva para a mulher no pós-parto foi concebido com base nos achados da revisão da literatura que efetuamos, integrando 8 sessões em que a primeira foi de cariz teórico e as 7 seguintes de cariz teórico-prático.

Na primeira sessão foram abordadas questões teóricas sobre a musculatura envolvida na gravidez e parto, importância da sua reeducação e ensino de exercícios direcionados ao assoalho pélvico, com o objetivo de capacitar as mulheres para a realização do programa proposto numa primeira abordagem centrada na literacia em saúde relativamente a esta área. Foi elaborada a planificação da sessão, que pode ser consultada no apêndice C. Nesta sessão participaram as 7 mulheres que integraram o programa de reabilitação no pós-parto, com apresentação, projeção e discussão de conteúdos relativos à temática (Apêndice D).

Finda a sessão foi aplicado um questionário de satisfação de participação cuja análise revelou (Apêndice E) que todas as participantes classificaram a sessão formativa como muito importante relativamente ao seu grau de importância, 100% considerou os conteúdos abordados muito importantes para se sentirem capazes de realizar o programa de reabilitação e 100% das formandas avaliaram a sessão de forma global como extremamente satisfatória. No campo relativo sugestões e comentários, verificou-se um comentário: “Sessão muito positiva, principalmente pela partilha de histórias”.

As sessões teórico-práticas do programa de exercício dividiram-se nas fases de Aquecimento, Reeducação Postural, Reeducação Funcional Respiratória, Treino Funcional, Treino de Força, Alongamento e Relaxamento, numa perspetiva de capacitação das mulheres para a autonomia na realização dos exercícios tendo por base o ensino, instrução e treino dos mesmos, alcançando na fase final, apenas a supervisão por parte do EEER (Apêndice F).

As sessões do programa de Reabilitação decorreram no ginásio da UCC, durante 8 semanas, interpoladas, com 1 sessão presencial por semana, tal como explanado na planificação das sessões. As sessões foram realizadas em grupos e 3 e 4 elementos, respeitando as orientações de higiene e segurança relativos à pandemia atual. Apesar de se tratar de um Programa de Reabilitação implementado em grupo, a intervenção foi personalizada consoante a realidade e avaliação inicial de cada participante, assegurando, assim o princípio da individualidade. Em cada sessão foram projetados os exercícios a realizar (Apêndice G) bem como repetições e séries de forma a facilitar a comunicação, a instrução e o treino de cada exercício. Foi igualmente fornecido a cada participante um livro de apoio criado para o efeito, com o intuito de facilitar e incentivar a realização do programa no domicílio.

Após intervenção foi novamente aplicada a segunda parte do Questionário de Caracterização da Mulher, referente ao exame físico, foi aplicado o ICIQ-SF e realizada a entrevista semiestruturada segundo o mesmo guião. Desta forma foi possível perceber a evolução após a implementação do programa de reabilitação.

Também após o término do programa foi aplicado um questionário de satisfação de participação no programa. Neste momento as participantes foram questionadas sobre o contributo do programa para a sua recuperação no pós-parto em que 57% das mulheres classificou o máximo contributo do programa para a sua recuperação pós-parto e 43% como um grande contributo. Relativamente ao seu grau de satisfação relativamente ao programa implementado, 86% das mulheres revelaram-se extremamente satisfeitas e 14% bastante satisfeitas. Foi também criado um momento de sugestões de melhoria e/ou comentários onde foi sugerido que as sessões tivessem duração de 90 minutos por uma participante e outra participante comentou que "Nada a apontar. Correu tudo na perfeição" (Apêndice H).

A recolha de dados foi efetivada entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022.

Tratando-se de um estudo misto, com análise quantitativa e análise qualitativa, foram utilizados procedimentos de tratamento de dados, naturalmente distintos para cada tipo de análise.

Relativamente aos dados quantitativos, o tratamento e análise dos dados por todos os instrumentos utilizados (Questionário de Caracterização da Mulher, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)), foi efetuado com recurso ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Foram então aplicadas medidas de análise descritiva (média, moda, mediana, mínimo, máximo,

desvio padrão) de forma a caracterizar e conhecer o fenómeno em estudo, uma vez que se trata de um estudo de natureza exploratória e descritiva.

Para a análise das entrevistas foi utilizado o referencial de análise de conteúdo de Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio (2013) que se figura num conjunto de técnicas de análise das entrevistas, através de procedimentos sistemáticos e de descrição do conteúdo das mensagens, onde é possível a inferência de conhecimentos relativos aos depoimentos de cada participante.

Após a realização das entrevistas foi atribuído a cada uma um código de forma a garantir o anonimato e facilitar a manuseamento da informação. Com objetivo de uma primeira perceção global da informação recolhida, foi realizada uma breve leitura de todas as transcrições, resultando desta etapa o primeiro esboço da matriz principal desta análise. Tendo como base os objetivos definidos para o nosso estudo, foram posteriormente realizadas leituras mais direcionadas, onde foram assinaladas frases significativas atribuídas a ideias chave. Estas deram origem às primeiras unidades de registo, e à categorização por áreas temáticas, categorias e subcategorias. Efetivada a primeira grande estruturação dos dados e uma vez identificado o seu sentido, foi realizada análise em espiral, com várias leituras e reflexões, com o intuito de compreender profundamente o contexto que os rodeia. Nesta fase da análise de conteúdo foi fundamental encontrar sentido para os dados tendo em conta a formulação do problema. A categorização da informação foi organizada em quadros provisórios submetidos a aprovação por todos os investigadores envolvidos neste processo, resultando numa estruturação definitiva do resultado da análise de conteúdo.

Tratando-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva numa metodologia mista procuramos, sempre que possível, a triangulação concomitante para efetuar a validação cruzada entre os dados quantitativos e qualitativos.

### **3.2.8. Aspetos Éticos**

A prática de enfermagem, em todos os seus contextos, confronta-se a cada momento com dilemas éticos que impõem a tomada de decisões de acordo com as normas e os valores do exercício da profissão. Desta forma a prática baseada nos códigos deontológico e legislativo da profissão são essenciais.

Na investigação devem ser respeitadas premissas fundamentais como o direito à autodeterminação e o respeito pela dignidade humana através de consentimento informado e voluntário. Neste sentido, as intervenientes só participaram no estudo após concordância voluntária depois da explicação da finalidade e procedimento do estudo,

com validação da compreensão, comprovado no documento elaborado para o efeito e de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Foram também tidos em conta outros princípios, explanados no Código de Nuremberga (in Hoeman, 2011), nomeadamente o princípio da beneficência, não-maleficência e autonomia sendo que os sujeitos poderiam abandonar o estudo a qualquer momento sem necessidade de qualquer justificação. De igual forma o direito à confidencialidade e ao anonimato foram garantidos através da codificação dos dados colhidos, impossibilitando a identificação dos participantes. O Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde representativa do local de realização do estudo foi basilar para a concretização do estudo pelo que este só avançou após a emissão do mesmo, parecer n.º 69/2021-CES a 15/12/2021.

### 3.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados com análise e interpretação dos dados empíricos através de indicadores numéricos, quadros e gráficos. Estes indicadores resultaram da abordagem quantitativa, através de dados de estatística descritiva e de uma abordagem qualitativa para a apresentação dos resultados da entrevista efetuada às participantes.

No sentido de facilitar a leitura e compreensão, optamos por apresentar os resultados relativos à avaliação inicial e final em simultâneo.

#### 3.3.1 Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é composta por 7 participantes com idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos, apresentando uma média de idades de 30,29 anos, desvio padrão de 5,62 e uma mediana de 30 anos.

Quadro 1. Distribuição da amostra segundo o estado civil, situação profissional e habilitações literárias (n=7)

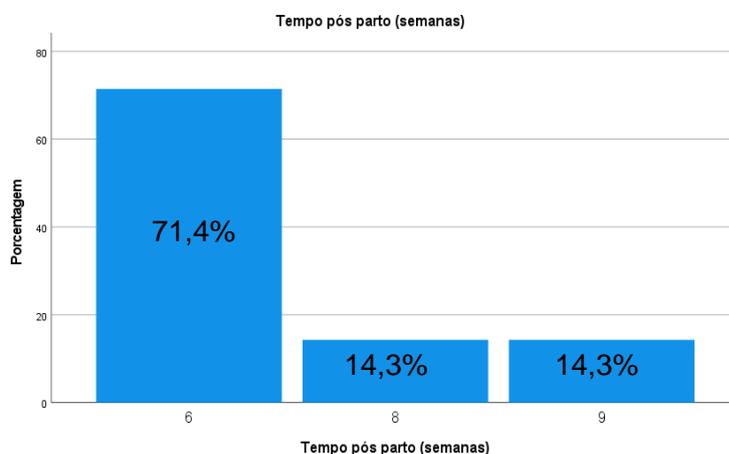
Variável		Frequência (ni)	Frequência relativa (fi %)
<b>Estado Civil</b>	Casada	2	28,6
	União facto	5	71,4
<b>Situação profissional</b>	Empregada	7	100
<b>Habilitações literárias</b>	Ensino secundário	2	28,5
	Licenciatura	3	42,9
	Mestrado	2	28,6

No quadro 1, podemos observar os dados relativos ao estado civil das participantes, situação profissional e habilitações literárias.

No que concerne ao estado civil, 28,6% (ni=2) das participantes são casadas e as restantes 71,4% (ni=5) vivem em união de facto.

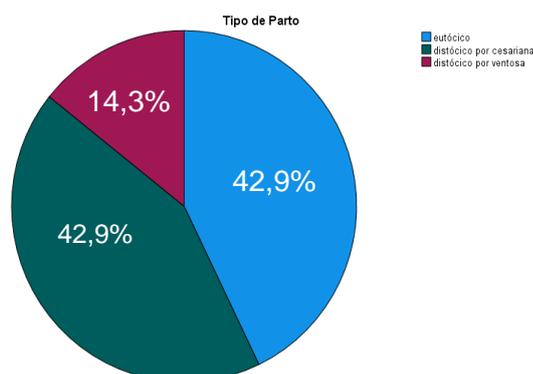
Todas estão empregadas e, no que diz respeito às habilitações literárias, 42,9% (ni=3) são licenciadas, 28,6% (ni=2) terminaram o ensino secundário e 28,6% (ni=2) possuem mestrado.

Gráfico 1. Distribuição da amostra segundo o nº de semanas de pós-parto (n=7)



Relativamente às semanas de pós-parto, 71,4% (ni=5) das participantes tem 6 semanas, sendo que 14,3% (ni=1) apresentavam 8 semanas e 14,3% (ni=1) apresentavam 9 semanas. (gráfico 1).

Gráfico 2. Distribuição da amostra segundo o tipo de parto (n=7)



Todas as participantes (100%) são primíparas. Quanto ao tipo de parto experienciado, 42,9% (ni=3) das participantes tiveram parto eutócico, 42,9% (ni=3) parto distócico por cesariana e 14,3% (ni=1) parto distócico por ventosa (gráfico 2)

Relativamente às complicações no parto, 1 mulher foi submetida a episiotomia (14,3%), e 4 mulheres (42,9%) sofreram laceração do períneo.

Quadro 2. Distribuição da amostra segundo a prática de exercício físico na gravidez, tempo despendido na prática de exercício físico na gravidez e a prática de exercícios de Kegel durante a gravidez (n=7)

Variável		ni	fi%	Min- Max	média	Desvio Padrão
<b>Prática de exercício Físico durante a gravidez</b>	Sim	7	100	-	-	-
	Não	0	0	-	-	-
<b>Tempo despendido na prática de Exercício Físico por semana (minutos)</b>		-	-	30-300	120	100,99
<b>Prática de exercícios de Kegel durante a gravidez</b>	Sim	4	57,1	-	-	-
	Não	3	42,9	-	-	-

No que respeita à atividade física na gravidez, todas as mulheres (100%) realizavam exercício físico durante a gravidez, numa média de 120 minutos por semana com desvio padrão de 100,99, com um mínimo de 30 minutos e um máximo de 300 minutos, tal como se pode observar no quadro 2.

Relativamente aos Exercícios de Kegel, 57,1% (ni=4) inquiridas referiram realizar este tipo de exercício durante a gravidez e 42,9% (ni=3) afirmou que não os realizava.

### 3.3.2. Exame Físico

Analisando as queixas geniturinárias das participantes no nosso estudo, podemos verificar que no momento da avaliação inicial 28,6% (ni=2) apresentavam queixas de perda de gases de forma involuntária. No momento da avaliação final verificou-se que nenhuma das mulheres referiu esta perda de gases (quadro 3).

Relativamente à variável perda de fezes de forma involuntária nenhuma mulher apresentou esta queixa quer na avaliação inicial, quer na avaliação final.

Quadro 3. Distribuição da amostra segundo as queixas geniturinárias (n=7)

	Variável	Avaliação Inicial		Avaliação Final		
		ni	fi %	Ni	fi %	
<b>Queixas Geniturinárias</b>	Perda de gases de forma involuntária	Sim	2	28,6	0	0
		Não	5	71,4	7	100
	Perda de fezes de forma involuntária	Sim	0	0	0	0
		Não	7	100	7	100
	Dor nas relações sexuais	Sim	1	14,3	1	14,3
		Não	2	28,6	4	57,1
		Não aplicável	4	57,1	2	28,6
	Sensação de peso a nível pélvico	Sim	1	14,3	0	0
		Não	6	85,7	7	100
	Dor Lombar	Sim	3	42,9	1	14,3
		Não	4	57,1	6	85,7
	Dor Pélvica	Sim	3	42,9	2	28,6
Não		4	57,1	5	71,4	

A sensação de peso a nível pélvico foi identificada por 14,3% (ni=1) das mulheres na avaliação inicial, sendo que após a intervenção este achado não se verificou em nenhuma das participantes.

Quando inquiridas sobre a presença de dor nas relações sexuais, na avaliação inicial 4 mulheres ainda não tinham reiniciado a atividade sexual, 2 referiram não sentir dor e apenas 1 mulher referiu este tipo de desconforto, classificando a dor no nível 4. No momento da avaliação final, 2 mulheres ainda não haviam retomado a atividade sexual, sendo que das restantes, 4 negaram sentir dor e 1 mulher referiu este tipo de queixas, cujo nível de dor foi classificado como 8, tal como é possível observar no quadro 4.

Quadro 4. Distribuição da amostra segundo o nível de dor nas relações sexuais, nível de dor Lombar e Nível de dor a nível Pélvico (n=7)

Variável	Avaliação Inicial					Avaliação Final				
	ni	Fi	Min-Max	Média	DP	ni	Fi	Min-Max	Média	DP
<b>Nível de dor nas relações sexuais</b>	1	14,3	4	4	-	1	14,3	8	8	-
<b>Nível de dor a nível Lombar</b>	3	42,9	2	2	0	1	14,3	2	2	-
<b>Nível de dor a nível Pélvico</b>	3	42,9	4-5	4,33	0,57	2	28,6	1-2	1,5	0,707

Em relação à dor lombar, no momento da avaliação inicial, 42,9% (ni=3) das participantes no estudo confirmaram apresentar dor, sendo que na avaliação final apenas 14,3% (ni=1) manifestaram este tipo de queixa.

Relativamente à intensidade da dor lombar, na avaliação inicial foi classificada com intensidade de 2 por todas as queixosas e definida como uma picada intermitente por 2 participantes e como uma moedeira intermitente por 1. Na avaliação final, apenas 1 mulher referiu este tipo de dor, com intensidade 2 e do tipo picada intermitente.

A dor pélvica foi outra das queixas identificadas por 42,9% (ni=3) das mulheres no momento da avaliação inicial e negada por 57,1% (ni=4).

Quanto à intensidade da dor pélvica sentida no momento inicial, os valores variaram entre 4 e 5, numa média de 4,33 com desvio padrão de 0,57. O tipo de dor variou entre dor supra- púbica durante o exercício (n=1), dor no clitóris, tipo choque com frequência intermitente (ni=1) e dor supra-púbica, na cicatriz da cesariana de frequência intermitente (ni=1). No momento da avaliação final 2 participantes referiram sentir dor na região pélvica, classificada numa intensidade que variou entre 1 e 2 numa média de 1,5 com desvio padrão de 0,707. O tipo de dor variou entre dor supra- púbica durante o exercício (ni=1), dor no clitóris, tipo choque com frequência intermitente (ni=1).

Quadro 5. Distribuição da amostra segundo o peso, IMC, Perímetro Abdominal, DMRA e força perineal (n=7)

Variável	Avaliação Inicial			Avaliação Final		
	Min-Max	Média	DP	Min-Max	Média	DP
<b>Peso (Kg)</b>	60,1-94,5	76,8	10,59	60,7-93,3	76,97	10,13
<b>IMC</b>	20,8-34,29	28,98	4,77	21-34	28,86	4,71
<b>Perímetro Abdominal (cm)</b>	88-110	98,2	8,07	82-110	97,42	9,77
<b>DMRA- umbigo (cm)</b>	2,5-3,5	3	0,50	0-2	1,29	0,756
<b>DMRA- 3cm acima do umbigo (cm)</b>	2-3,5	2,571	0,534	0-1	0,43	0,534
<b>DMRA- 6cm acima do umbigo (cm)</b>	1,5-2,5	1,93	0,449	0,5-2	1,21	0,636
<b>DMRA-3cm abaixo do umbigo (cm)</b>	1-2,5	2	0,707	0-1	0,214	0,392
<b>DMRA- 6 cm abaixo do umbigo (cm)</b>	0-2	1,35	0,74	0-1,5	0,79	0,636
<b>Força Musculatura Perineal segundo escala de Oxford</b>	1-4	3	1,155	3-5	4,29	0,75

Relativamente ao item peso, no momento da avaliação inicial verificou-se um mínimo de 60,1Kg e um máximo de 94,5kg, numa média de 76,8kg com desvio padrão de 10,59. Na avaliação final, os achados variaram entre os 60,7kg (mínimo) e os 93,3kg (máximo) numa média de 76,97kg com desvio padrão de 10,13 (quadro 5).

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), na avaliação inicial este variou entre 20,8 e 34,29, numa média de 28,98 com desvio padrão de 4,77. Na avaliação final, o IMC das participantes variou entre 21 e 34, numa média de 28,86 com desvio padrão de 4,71.

Na avaliação do perímetro abdominal (PA), na avaliação inicial este parâmetro variava entre os 88 e os 110 cm, com média de 98,2 e desvio padrão de 8,07. Já na avaliação final os achados encontrados indicaram uma variância entre 82 e 110, numa média de 97,42 com desvio padrão de 9,77.

Na avaliação da DMRA a nível do umbigo, no momento da avaliação inicial, variou entre os 2,5 e os 3,5cm, numa média de 3 cm com desvio padrão de 0,50. No momento da avaliação final encontrava-se entre os 0 e os 2 cm, numa média de 1,29 cm com desvio padrão de 0,756.

A DMRA 3 cm acima do umbigo encontrava-se no momento inicial entre os 2 e os 3,5 cm, numa média de 2,57 com desvio padrão de 0,756. Na avaliação final, neste ponto de

referência, a DMRA situava-se entre 0 e 1 cm, numa média de 0,43 cm com desvio padrão de 0,53.

No ponto de referência de 6 cm acima do umbigo, na avaliação inicial os achados encontrados localizavam a DMRA entre os 1,5 cm e os 2,5 cm, numa média de 1,93 cm com desvio padrão de 0,449. No momento da avaliação final, variava entre 0,5 cm e 2 cm, numa média de 1,21cm com desvio padrão de 0,636.

Avaliando a DMRA 3 cm abaixo do umbigo, na avaliação inicial esta variava entre os 1 e os 2,5 cm, com média de 2 e desvio padrão de 0,707. No momento final, variava entre os 0 e os 1 cm, com média de 0,21 cm e desvio padrão de 0,392.

Relativamente à avaliação da DMRA 6cm abaixo do umbigo, na avaliação inicial variava entre 0 e 2 cm, numa média de 1,35 com desvio padrão de 0,74. Já na avaliação final, os achados foram entre os 0 e 1,5 cm, com média de 0,79 cm com desvio padrão de 0,636.

No que diz respeito à força da musculatura perineal, na avaliação inicial variava entre 1 e 4 com média de 3 e desvio padrão de 1,155. Na avaliação final os valores relativos à força perineal encontravam-se entre 3 e 5, numa média de 4,29 e desvio padrão de 0,75.

### 3.3.3- Queixas relativas à incontinência urinária

Relativamente às queixas urinárias, verificamos que 71,4% (ni=5) das participantes não apresentava perdas de urina, contrariamente a 28,6% (ni=2) que apresenta perdas uma vez por semana ou menos (quadro 6). Esta realidade manteve-se na avaliação final.

Quadro 6. Distribuição da amostra segundo o a frequência de perdas de urina, quantidade de urina perdida e interferência da perda de urina no dia-a-dia (n=7)

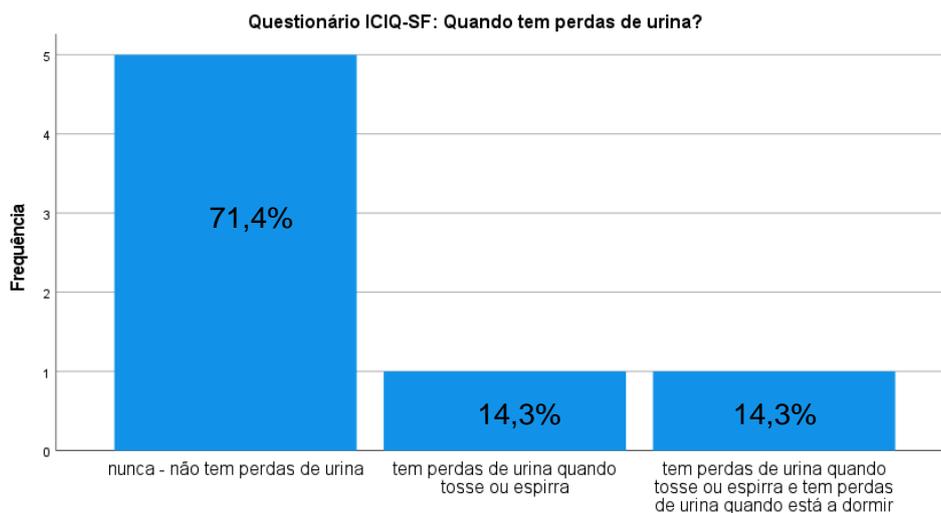
Variáveis		Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		ni	fi %	Ni	fi %
Com que frequência tem perdas de urina?	Nunca	5	71,4	5	71,4
	Uma vez por semana ou menos	2	28,6	2	28,6
	Duas ou três vezes por semana	0	0	0	0
	Uma vez por dia	0	0	0	0
	Várias vezes por dia	0	0	0	0
	Constantemente	0	0	0	0
Que quantidade de urina costuma perder?	Nenhuma	5	71,4	5	71,4
	Uma pequena quantidade	2	28,6	2	28,6
	Uma quantidade Moderada	0	0	0	0
	Uma Grande quantidade	0	0	0	0

	Variáveis	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia?	0	5	71,4	6	85,7
	1	0	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	0	0	0	0
	4	1	14,3	0	0
	5	0	0	0	0
	6	0	0	0	0
	7	1	14,3	1	14,3
	8	0	0	0	0
	9	0	0	0	0
	10	0	0	0	0

Quando questionadas sobre a quantidade de urina que cada mulher costuma perder, na avaliação inicial 28,6% (ni=2) referiram perder uma pequena quantidade sendo que esta percentagem se manteve igualmente na avaliação final.

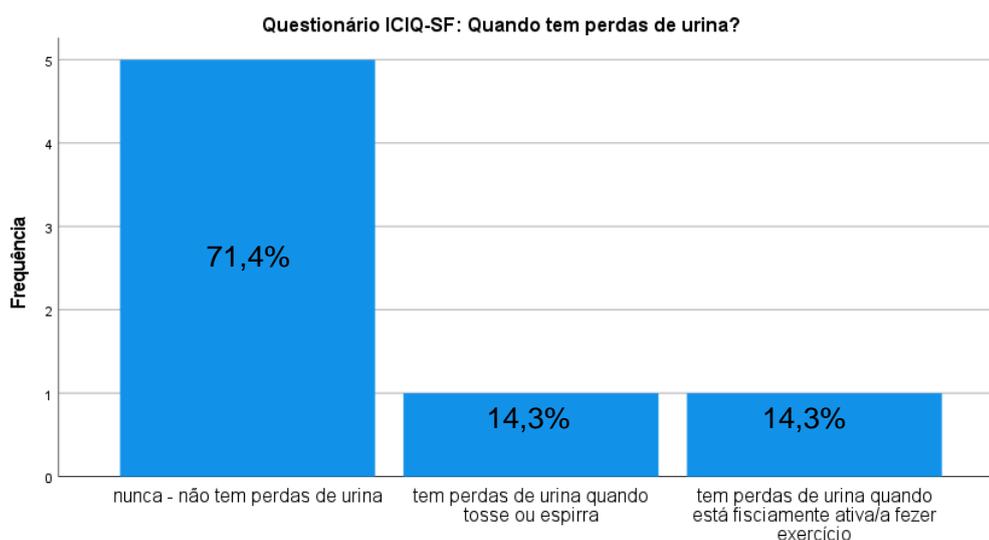
Na avaliação da interferência da perda de urina no dia a dia em que zero correspondia a nada e 10 a bastante, na avaliação inicial 1 mulher identificou o nível 4 e 1 mulher o nível 7. Na avaliação final destas duas mulheres, uma referiu que a perda de urina não interfere no seu dia a dia e outra classificou esta interferência com nível 7.

Gráfico n 3. Distribuição da amostra segundo quando têm perdas de urina, aquando da avaliação inicial (n=7)



Na avaliação das circunstâncias em que as mulheres perdiam urina, a escala utilizada permite selecionar mais que uma opção. Assim sendo, na avaliação inicial foram identificadas as seguintes situações: 1 participante identificou ter perdas de urina quando estava a dormir e quando tosse ou espirra 1 pessoa identificou ter perdas de urina quando tosse ou espirra.

Gráfico 4. Distribuição da amostra segundo quando têm perdas de urina, aquando da avaliação final (n=7)



Na avaliação final esta realidade alterou-se, tendo sido identificadas perdas de urina quando tosse ou espirra por 1 pessoa e quando está fisicamente ativo/ a fazer exercício igualmente por 1 pessoa.

### 3.3.4. Perceção sobre a reabilitação muscular e sensitiva

Neste estudo consideramos importante conhecer o que pensam as participantes acerca da sua condição, antes e depois da implementação do programa de reabilitação.

Da análise das entrevistas emergiu uma matriz de análise constituída por 3 áreas temáticas, coincidentes nos dois momentos de entrevista, categorias e subcategorias (quadro 7). No sentido de facilitar a leitura e compreensão, optamos por apresentar os resultados por área temática e de forma sequencial da entrevista inicial e final. Apresentamos a matriz de redução dos dados no Apêndice I.

Quadro 7. Matriz de análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias- Entrevista Inicial e Entrevista Final (n=7)

Área temática	Entrevista Inicial		Entrevista Final	
	Categorias	Subcategorias	Categorias	Subcategorias
Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica	Fonte	Pesquisas	Hipopressivos	
		Redes sociais		
		Profissional de saúde		
	Demonstra	Exercícios abdominais	Exercícios respiratórios	
		Exercícios pélvico		
	Não Demonstra		Exercícios do Assoalho Pélvico	
		Exercícios de Força e alongamentos		
Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica	Limitada		Presente	
	Ausente		Limitada	
Perceção sobre a sua condição atual	Sentimentos	Aceitação	Sentimentos	Surpresa
		Satisfação		Satisfação
		Insatisfação		
	Condição Física	Dor	Condição Física	Força muscular
		Flacidez		Flacidez
				Dor
	Apoio Profissional		Apoio Profissional	

## Área temática - Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica

Nesta área temática, emergiram, na entrevista inicial, três categorias: Fonte, Demonstra e Não demonstra, como podemos observar no quadro 8.

Quadro 8. Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Inicial (n=7)

Categoria	Subcategorias	Nº de unidades de registo	Nº utentes
Fonte	Pesquisas	5	2
	Redes Sociais	1	1
	Profissionais de Saúde	1	1
Demonstra	Exercícios Abdominais	2	2
	Exercícios Pélvicos	3	3
Não Demonstra		3	3

Na categoria Fonte foram consideradas unidades de registo referentes à fonte de conhecimento das mulheres entrevistadas.

As participantes referem que obtiveram conhecimento sobre os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, através de pesquisas, redes sociais e profissionais de saúde, como expresso nas unidades de registo:

“...Mas pronto, tive a ler... mas é que eu tenho lido.”U1

“...Só o que tenho lido as vezes em redes sociais..” U4

“...tenho ido à minha fisioterapeuta... e ela ensinou-me dois exercícios..” U4

Relativamente à categoria Demonstra conhecimentos sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, foram consideradas unidades de registo referentes aos exercícios cujas mulheres revelaram conhecimentos e que dizem respeito a exercícios abdominais e exercícios pélvicos, como é possível constatar nas seguintes unidades de registo:

“...não podem ser aqueles abdominais tradicionais tem que ser aqueles de trabalhar melhor a respiração e esta parte aqui mais por baixo mas não tão exagerados quanto isso...” U1

“...Os pélvicos, só a contração da musculatura durante uns segundos e largar. Isso já conhecia há alguns anos ...” U7

Na categoria Não Demonstra foram considerados testemunhos em que as mulheres não demonstraram conhecimentos sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, tal como é possível constatar nas seguintes unidades de registo:

“Nada, sinceramente, nada de nada...” U6

No final do programa foi igualmente importante identificar os conhecimentos das mulheres nesta fase de forma a perceber as alterações sentidas e demonstradas resultantes da implementação do programa. Assim, da análise das entrevistas no momento final emergiram 4 categorias como é possível observar no quadro 9.

Quadro 9. Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Final (n=7)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de unidades de registo</b>	<b>Nº Utentes</b>
<b>Hipopressivos</b>		7	7
<b>Exercícios respiratórios</b>		3	3
<b>Exercícios do Assoalho Pélvico</b>		7	7
<b>Exercícios de Força e alongamentos</b>		4	4

Tal como é possível observar, na categoria Hipopressivos emergiram 7 referências correspondentes à totalidade das participantes e foram consideradas unidades de registo que expressaram conhecimentos sobre exercícios hipopressivos, como é possível denotar na seguinte unidade de registo:

“...aprendemos então a fazer os hipopressivos...” U1

Os Exercícios respiratórios foram outra categoria que emergiu na área temática - conhecimentos sobre os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica identificados em 3 participantes, evidenciada em unidades de registo como:

“...também a parte respiratória também influencia...” U3

Na categoria Exercícios do Assoalho Pélvico foram consideradas referências a este tipo de exercício especificamente, tal como é possível observar na seguinte unidade de registo:

“...as contrações pélvicas, as lentas e as rápidas...” U5

Os Exercícios de Força e Alongamentos foi mais uma das categorias identificadas por 4 participantes no estudo, dizendo respeito a outros exercícios incluídos no programa e que as participantes manifestaram conhecimentos no final de implementação do mesmo, como expresso nas unidades de registo:

“...tem a parte dos alongamentos, a ponte, a prancha, isso tudo, que são os de força...”  
U4

### **Área temática - Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica**

Num programa de exercício físico importa a habilidade para a realização dos exercícios selecionados pelo que este aspeto é fundamental para o sucesso do mesmo. Desta forma, o interesse na capacidade para a realização dos mesmos, foi uma das questões abordadas na entrevista no sentido de conhecer que exercícios estas mulheres consideram saber realizar para a reeducação da musculatura.

Quadro 10. Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica- Entrevista Inicial (n=7)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de unidades de registo</b>	<b>Nº Utentes</b>
<b>Limitada</b>		4	4
<b>Ausente</b>		3	3

Nesta área temática, emergiram duas categorias, Limitada e Ausente.

Na categoria Limitada foram considerados os depoimentos que evidenciaram habilidade com limitações para a realização dos exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, tal como se denota na seguinte unidade de registo:

“...Não sei [se sabe fazer]...” U1

A categoria Ausente inclui as declarações cuja habilidade para a realização dos exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica não foi identificada, como é possível observar na unidade de registo seguinte:

“Nada.” U2

Após a realização do programa foi igualmente importante conhecer a habilidade que estas mulheres consideram deter para a realização dos exercícios ensinados, instruídos, treinados e supervisionados. Esta informação é fundamental na medida em que permite, juntamente com a observação realizada em contexto, compreender de que forma estas mulheres se consideram capacitadas para a realização dos exercícios de forma autónoma, detendo assim a habilidade de continuarem a realização do programa em contexto domiciliário. Posto isto, no momento final emergiram 2 categorias referentes à área temática Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, como pode ser analisado no quadro que se segue.

Quadro 11. Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica- Entrevista Final (n=7)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de unidades de registo</b>	<b>Nº Utentes</b>
<b>Presente</b>		6	6
<b>Limitada</b>		2	2

Na categoria Presente foram incluídos os depoimentos que evidenciaram a presença de habilidade para a realização dos exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica:

“Sim, sou capaz de fazer sozinha.” U1

“Sim, sou capaz de os fazer” U6

A evidência de alguma habilidade para a realização dos exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica foram incluídas na categoria Limitada, tal como é notório na seguinte unidade de registo:

“Sei fazer, só tenho mais dificuldade a fazer a apneia, tenho um bocado de dificuldade” U2

## Área temática - Perceção sobre a sua condição atual

Esta área temática emergiu da compreensão acerca da forma como as mulheres participantes percecionam as alterações decorrentes da gravidez e parto. Assim, das entrevistas realizadas antes de implementar o programa emergiram 3 categorias: Sentimentos, Condição física e Apoio Profissional, como é possível observar no quadro 12.

Quadro 12. Perceção sobre a sua condição atual- Entrevista Inicial (n=7)

Categoria	Subcategorias	Nº de unidades de registo	Nº Utentes
Sentimentos	Aceitação	5	4
	Satisfação	3	2
	Insatisfação	6	3
Condição Física	Dor	3	3
	Flacidez	2	2
Apoio Profissional		3	2

Relativamente à categoria Sentimentos, foram consideradas unidades de registo em que as participantes evidenciaram sentimentos face à sua condição atual.

As participantes manifestaram sentimentos de Aceitação, Satisfação e Insatisfação, tal como é possível constatar nas seguintes unidades de registo, respetivamente:

“... Não estava habituada, agora já a voltar ao normal ou então habituei-me, mas regra geral, já me estou a sentir melhor...”U7

“... Sinto bem... Não tenho nada...” U5

“... [Suspiro]. Tem que voltar ao sítio...” U4

A Condição Física foi uma das categorias que emergiu nesta área temática e onde foram considerados testemunhos relativos a alterações físicas. Nesta categoria, as participantes manifestaram testemunhos relativos a Dor, e Flacidez. As seguintes unidades de registo evidenciam estas subcategorias:

“... Sinto às vezes umas pontadas aqui [nas costas]...” U5

“...Mas noto, que esta zona ficou ainda um bocadinho flácida embora a barriga já era minha, não é da gravidez porque eu já estava obesa.” U3

Na categoria Apoio Profissional foram considerados testemunhos onde as participantes manifestaram necessidade de intervenção de um profissional face à sua condição atual, evidenciada, a título de exemplo, na seguinte unidade de registo:

“... realmente isto precisa aqui de alguma coisa...” U3

“... Porque também não sei, estava a espera de saber se os podia fazer” U7

À semelhança do que foi trabalhado nas restantes áreas temáticas, também a perceção sobre o seu estado atual foi alvo de análise no momento da entrevista final. Desta forma foi possível compreender o impacto deste programa na perceção de cada participante sobre si. Após análise exaustiva dos depoimentos foram identificadas 3 categorias como é possível observar no quadro 13.

Quadro 13. Perceção sobre a sua condição atual- Entrevista Final (n=7)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de unidades de registo</b>	<b>Nº utentes</b>
<b>Condição Física</b>	Força Muscular	6	5
	Flacidez	5	5
	Dor	4	3
<b>Sentimentos</b>	Surpresa	2	2
	Satisfação	2	2
<b>Apoio Profissional</b>		1	1

A categoria Condição Física, tal como na avaliação inicial e tal como o nome indica, diz respeito à perceção das participantes sobre questões relativas às questões físicas. Assim, as mulheres manifestaram testemunhos onde emergem alterações a nível da Força Muscular, a Flacidez e a Dor.

São evidência das mesmas as seguintes unidades de registo:

“... e sinto que a minha parte abdominal está mais forte em relação ao início do programa...” U1

“...Sinto mais no sítio. No início, sentia que estava muito saltante, flácida, agora está mais juntinha, mais tonificada. ..” U5

“... As dores reduziram...” U4

Os Sentimentos expressos nos depoimentos das mulheres no momento após o término do programa implementado relacionam-se com Surpresa e Satisfação tal como é possível analisar nas seguintes unidades de registo:

“... Por caso pensei, que fosse ficar pior....” U3

“.... Sinto-me melhor. E sobretudo porque acho que penso mais quando estou a fazer determinadas coisas...” U6

Também após implementação do programa a perceção do Apoio profissional como importante foi identificado, como expresso na seguinte unidade de registo:

“...Acho que isto devia ser implantado em todos os sítios, acho que todas as mulheres mereciam isto...” U4

Apresentados os resultados, surge o momento de os analisar e discutir.

### **3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados é uma das etapas fundamentais no processo de investigação pois permite o confronto entre a os resultados encontrados e a literatura existente sobre a temática em estudo.

No que respeita à caracterização das mulheres que participaram neste estudo podemos dizer que as 7 mulheres, são todas primíparas, com idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos, apresentando uma média de idades de 30,29 anos, o que vai de encontro à média nacional de 30,7 anos de idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, segundo dados do portal Pordata referentes ao ano 2020 (Portugal,2022d).

A maioria das participantes vive em união de facto, na sua maioria apresentam formação de nível superior e todas se encontram empregadas. Estes achados vão de encontro aos dados referentes ao grupo experimental do estudo realizado por Batista (2019), também relacionado com a implementação de um programa de exercício físico no pós-parto.

Relativamente ao tempo de pós-parto, a maioria (71,4%) das participantes encontravam-se com 6 semanas pós-parto, período de tempo preconizado pelas entidades de referência no que respeita ao início de programas de exercício físico no pós-parto, sendo igualmente benéfico para as restantes participantes. Sendo a prática de exercício físico recomendada desde a gravidez, consideramos que a oportunidade de participar neste programa numa fase precoce confere vantagens às participantes na medida em que possibilita a adoção de um estilo de vida saudável através da prática de exercício físico adequado à condição de cada uma, tal como recomendado pelas principais entidades de

referência nesta área (American College of Obstetricians and Gynaecologists (2020), Canadian Guidelines for Physical Activity Throughout Pregnancy (2019) e DGS(2015)).

Relativamente às complicações no parto (episiotomia (14,3%), e laceração do períneo (42,9%)) pensamos poderem estar associadas a alguma da sintomatologia identificada e constituiu um dos fatores tidos em consideração para a personalização do programa.

No que respeita à atividade física na gravidez, todas as mulheres realizavam exercício físico durante a gravidez, numa média de 120 minutos por semana, o que se encontra um pouco a baixo do recomendado pela DGS (2015) que se situa nos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana. O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco preconiza a prática de exercício físico durante a gravidez com vantagens sobre a saúde física, psicológica e emocional da mulher, promovendo um estilo de vida saudável, prevenindo complicações, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para melhores condições de trabalho de parto (Rocha,2020). Desta forma, podemos considerar que as mulheres participantes neste estudo, de uma forma geral, tinham hábitos de exercício próximos do recomendado no que respeita ao tempo médio de exercício físico, sendo um ponto de partida favorável para a recuperação pós-parto. A evidência científica emanada pelas principais entidades da área defende que a atividade física regular na gravidez melhora e mantém a condição física, ajuda a controlar o peso, reduz o risco de diabetes em mulheres obesas e melhora a saúde psicológica da mulher (*idem*).

Tal como já foi exposto, o programa de Reabilitação Motora e sensitiva da musculatura implementado neste estudo, contempla diversos exercícios com o objetivo de reabilitar os músculos diafragmático, musculatura abdominal e musculatura pélvica. Tendo sido estas as principais estruturas a trabalhar, foi uma preocupação constante trabalhar o condicionamento global com alguns exercícios menos localizados, mas também contemplar as fases de alongamento e relaxamento de forma a proporcionar bem-estar a estas mulheres (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017, Pritchett [et al.], 2017; Braz [et al.] 2018, Carter [et al.] 2019, Moura, 2020).

Relativamente aos Exercícios de Kegel, 57,1% das participantes referiram realizar este tipo de exercício durante a gravidez. O treino de reforço muscular do assoalho pélvico é o tratamento mais recomendado para a prevenção e tratamento da incontinência urinária, sendo que na gravidez os exercícios de Kegel são os mais recomendados para esse efeito (Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017). Também a mais recente revisão bibliográfica da literatura referente aos exercícios dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez e a prevalência de incontinência pós-parto (Woodley [et al.] (2020)), defende

que a realização de exercícios de reforço do assoalho pélvico no período pré-natal diminuiu em 29% menos o risco de IU no período pós-natal (entre três a seis meses pós-parto).

O facto de aproximadamente 60% das participantes realizarem este tipo de exercício na gravidez pode constituir-se positivo para ganhos no pós-parto. No entanto, dos resultados da análise qualitativa, no que concerne ao Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica verificamos que 3 participantes demonstraram conhecimento sobre Exercícios Pélvicos, mas no que concerne à Habilidade para os realizar podemos verificar que esta é Limitada ou Ausente. Desta forma, parece podermos dizer que, apesar de uma elevada percentagem referir realizar os exercícios de Kegel durante a gravidez, quando aprofundada a questão, a habilidade para os realizar não se evidencia.

Analisando as queixas geniturinárias e sendo estas uma grande preocupação na perspetiva do EEER foram identificados vários achados que importam discutir adequadamente.

Se, por um lado a musculatura abdominal tem função cardiovascular a nível superior, estabilizadora e estética a nível lateral, a musculatura pélvica é responsável por manter a continência urinária e fecal e está intimamente implicado na função sexual. Assumindo funções cuja complementaridade parece ser inegável, as disfunções a este nível estão identificadas, influenciam-se mutuamente e constituem-se como inputs entre si (Rett [et al.] 2012; Elden [et al.] 2016; Carteiro, Godinho e Rodrigues 2017 Johannessen [et al.] 2018; Nartea [et al.] 2019; Corrêa e Furlanetto, 2020).

A dor é uma queixa frequente no pós-parto, tal como foi possível confirmar em vários momentos deste estudo. Os resultados apresentados identificam a presença de dor em diferentes variáveis, tendo sido igualmente identificada como subcategoria na análise dos testemunhos das mulheres relativamente à perceção sobre a sua condição atual.

A dor lombar, no momento da avaliação inicial, foi referida por 42,9% das participantes no estudo e cuja intensidade foi classificada em 2 por todas as queixosas e definida como uma picada intermitente por 2 participantes e como uma moedeira intermitente por 1. Na avaliação final, apenas 1 mulher referiu este tipo de dor, com intensidade 2 e do tipo picada intermitente. Os resultados demonstram resultado positivo neste tipo de dor.

A dor pélvica foi outra das queixas identificadas por 3 das 7 mulheres no momento da avaliação inicial com intensidades numa média de 4,33. O tipo de dor variou entre dor supra- púbica durante o exercício, dor no clitóris, tipo choque com frequência intermitente e dor supra-púbica, na cicatriz da cesariana de frequência intermitente. No momento da

avaliação final verifica-se a diminuição para 2 participantes a fazerem esta referência, classificada numa intensidade média de 1,5 com desvio padrão de 0,707. O tipo de dor variou entre dor supra- púbica durante o exercício, dor no clitóris, tipo choque com frequência intermitente. Assim, verifica-se também uma redução do número de participantes a sentir dor, níveis de dor mais baixos, embora o tipo de dor tenha apenas sido extinto no caso da cicatriz por cesariana.

No mesmo sentido, os resultados qualitativos, expressam registos referentes à diminuição da dor após a implementação do programa, pelo que este poderá ter contribuído para um efeito positivo na dor.

Estando então comprovado que a dor músculo-esquelética, em particular na cintura pélvica e região lombar relacionada com a gravidez, tem alto impacto na qualidade de vida, comprometendo a qualidade do sono, a capacidade para as AVD, a auto-eficiência, gerando maiores níveis de ansiedade e depressão, maior propensão a dor catastrófica e uma efetividade de menos horas de trabalho semanal (Elden [et. al] ,2016), considerando os resultados do nosso estudo, onde as queixas de dor lombar e pélvica diminuíram após a implementação do programa de reabilitação motora e sensitiva, parece-nos existir um contributo para uma melhor qualidade de vida destas mulheres, o que também, parece emergir nos achados relacionados com a perceção da situação atual, onde podemos realçar sentimentos de surpresa e satisfação no final do programa.

No que concerne à presença de dor nas relações sexuais verificamos, em primeiro lugar, uma variação entre a avaliação inicial e avaliação final no que respeita ao reinício da atividade sexual, variando de 3 para 5 mulheres, sendo que 2 não o fizeram até ao final da intervenção pelo que não foi possível avaliar este fator. No que respeita à sensação de dor na avaliação inicial das 3 mulheres, apenas 1 referiu dor e classificou no nível 4, no momento final das 5 que tinham restabelecido a atividade sexual apenas 1 identificou dor e classificou-a no nível 8. Importa referir que as mulheres que referiram dor nas relações sexuais foram pessoas diferentes pelo que não se considera este achado como aumento da dor, mas sim uma pessoa sentia dor 4 no momento inicial e deixou de sentir dor e uma outra pessoa deu início à sua atividade sexual após o parto e sentia dor nível 8. Este achado vai de encontro ao defendido por Preda e Moreira (2019), que concluem, numa revisão sistemática da literatura sobre o Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico na Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina, que a reabilitação do pavimento pélvico melhora efetivamente a função sexual.

A sensação de peso a nível pélvico foi identificada por uma das mulheres na avaliação inicial, sendo que após a intervenção este achado não se verificou em nenhuma das

participantes, pelo que o programa de reabilitação implementado parece ter tido efeito positivo sobre este achado.

Relativamente ao exame físico nos itens peso e IMC, não se verificaram alterações significativas. No momento da avaliação inicial, no peso verificou-se um mínimo de 60,1kg e um máximo de 94,5kg, numa média de 76,8kg com desvio padrão de 10,59 e o IMC variou entre 20,8 e 34,29, numa média de  $28,98 \pm 4,77$ . Na avaliação final, o peso variou entre os 60,7kg e os 93,3kg numa média de 76,97kg com desvio padrão de 10,13, e o IMC variou entre 21 e 34, numa média de  $28,86 \pm 4,71$ .

Corrêa e Furlanetto (2019) numa revisão sistemática da literatura relativa a reabilitação abdominal no pós-parto identificam que até 20% das mulheres aumentam, pelo menos 5 kg de peso no período de 6 a 18 meses de pós-parto, o que não se verificou nas participantes do nosso estudo, onde o final do programa coincidiu aproximadamente com os 6 meses pós-parto.

Também Nartea et al. (2019), identificou que todas as mulheres participantes no seu estudo apresentavam excesso de peso no pós-parto tardio (6-8 semanas).

De acordo com as orientações da DGS (Portugal, 2013) sobre os valores de referência para o IMC, as participantes neste estudo encontram-se no nível de pré-obesidade situando-se no intervalo de referência 25,00–29,99. Naturalmente que 6-8 semanas após o parto é ainda uma fase bastante precoce para esperar melhores valores neste âmbito. No entanto, consideramos uma mais valia a participação neste programa e o reinício da atividade física destas mulheres nesta fase das suas vidas. Por outro lado, importa referir que, de acordo com Johannessen [et al] (2018), o excesso de peso contribui amplamente para as questões da continência/incontinência no pós-parto, sendo um aspeto a considerar para a importância e relevância da implementação deste tipo de programas.

Na avaliação do perímetro abdominal (PA), no momento inicial os valores monitorizados encontravam-se entre os valores mínimos e máximos de 88-110cm, numa média de  $98,2 \pm 8,07$ cm, Já na avaliação final os achados encontrados variaram entre 82-110 cm de mínimo e máximo, com média de  $97,42 \pm 9,77$ cm, verificando-se uma pequena diminuição de valores. Segundo as orientações da DGS no que respeita ao risco de comprometimento metabólico tendo em conta o PA (Portugal, 2013), as participantes neste estudo encontram-se na categoria de risco muito aumentado de comprometimento metabólico uma vez que se encontram acima do valor de referência de 88 cm. No entanto e mais uma vez importa contextualizar estes dados antropométricos na fase de vida vivida por estas mulheres que se encontram em fase recuperação e reprogramação das estruturas.

De forma a aprofundar estas questões, nos achados resultantes das entrevistas realizadas emergem, na área temática referente à Percepção sobre a sua condição atual, logo na avaliação inicial, vários testemunhos relacionados com a “barriga”: na categoria Sentimentos identifica-se Insatisfação, mas também na categoria Condição Física emerge a Flacidez, revelando já numa fase inicial uma clara percepção de uma condição física alterada e causadora de sentimentos menos positivos. No entanto, e apesar dos dados antropométricos nos revelarem pouca evolução no sentido de melhorar os valores de PA, na entrevista final a Percepção das mulheres sobre a sua condição física evidencia a percepção de evolução na Força Muscular “... e sinto que a minha parte abdominal está mais forte em relação ao início do programa...” U1 e “...Sinto muita mais força...” U2, bem como melhorias na Flacidez “... Sinto-me mais firme...” U1 e “...Sinto mais no sítio. No início, sentia que estava muito saltante, flácida, agora está mais juntinha, mais tonificada...” U5. Desta forma, parece-nos que estes testemunhos positivos advindos de cada mulher indicam um percurso que se poderá revelar favorável a longo prazo à reprogramação e recuperação muscular.

É sabido que a musculatura abdominal é fundamental para a estabilização do tronco, questões estéticas e estruturais da arquitetura abdominal, não sendo ainda unânime sua influência sobre as alterações a nível do assoalho pélvico (Wang [et al.], 2020). Estes factos foram uma preocupação no desenvolvimento do programa, pelo que os resultados alcançados são de grande importância.

Rett [et al.] (2012) identificam a DMRA como uma alteração importante nos período pós-parto, e segundo este autor, estima-se uma prevalência de 72,1% nas puérperas, sendo mais prevalente na região supra-umbilical (68%). No presente estudo todas as puérperas apresentavam diástase dos retos abdominais, quer na localização supra quer infra umbilical, sendo que, efetivamente na região supra-umbilical a média se revelou superior quer no momento inicial, quer no momento final.

Assim, na avaliação da DMRA, entre a avaliação inicial e a avaliação final, esta diminuiu em todos os pontos de avaliação sendo mais relevante a nível da região supra-umbilical, no ponto 3 cm acima do umbigo com valores a oscilar entre 2 e 3,5cm numa média inicial de  $2,571 \pm 0,534$  e uma variação final entre 0 e 1 com média de  $0,43 \pm 0,534$ cm.

Braz [et al.] (2018), na sua revisão sistemática da literatura sobre recursos fisioterapêuticos na reabilitação da diástase no puerpério, concluíram que a utilização de recursos não invasivos na reabilitação de mulheres com diástase patológica no puerpério, são amplamente eficazes e trazem ganhos para a saúde da mulher, nomeadamente na

redução significativa na DMRA, melhor qualidade de vida e prevenção do desenvolvimento de patologias associadas.

Wang [et al.] (2019), estudou a relação entre a diástase do reto abdominal e o enfraquecimento da função do assoalho pélvico, traduzida através de achados como a incontinência urinária ou o prolapso dos órgãos pélvicos. Deste estudo conclui-se que não há evidência científica de existir uma relação entre os músculos abdominais e os músculos pélvicos. No entanto acreditam que um possível fator de DMRA é o enfraquecimento do tecido conjuntivo, que também é um fator de risco para doenças do assoalho pélvico.

No que diz respeito à força da musculatura perineal monitorizada através da escala de Oxford modificada, na avaliação inicial a força média foi de  $3 \pm 1,16$  sendo que na avaliação final a média era de  $4,29 \pm 0,75$ . Desta forma podemos constatar uma melhoria na força da musculatura perineal das mulheres participantes neste estudo.

A importância de uma musculatura perineal forte e do seu contributo para o reequilíbrio de todas as estruturas quer no pós-parto quer ao longo da vida da mulher foi já amplamente exposto e é indiscutível. Os resultados alcançados e o seu contributo são corroborados por Saboia [et al.] (2018), na sua revisão da literatura sobre eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária, que conclui que há evidências de que programas de exercícios da musculatura do assoalho pélvico realizados tanto no pós-parto imediato quanto no tardio resultam em aumento significativo da força muscular e contribuem para a prevenção da incontinência urinária. Desta forma, parece-nos que o ganho de força resultante da intervenção através deste programa pode contribuir para a prevenção da incontinência urinária.

Por outro lado, podemos também acrescentar que esta melhoria da força perineal pode contribuir para a melhoria da função sexual, tal como defendido por Preda e Moreira (2019), e já discutido no âmbito da dor a nível das relações sexuais, assim como diminuição de episódios de perda de urina.

Assim, partindo agora para as queixas geniturinárias das participantes no nosso estudo, aferimos que no momento da avaliação inicial 28,6% pessoas apresentavam queixas de perda de gases de forma involuntária, tendo-se extinguido esta realidade na avaliação final. Segundo Woodley [et al.], (2020), até um décimo das mulheres tem incontinência fecal no pós-parto, sendo que a percentagem inicial do nosso estudo se encontra num patamar superior ao referido por estes autores. Por outro lado, na avaliação final o resultado revelou-se em níveis inferiores o que pode ser indicativo de que o programa implementado contribui para a melhoria da incontinência fecal das participantes no

estudo. Os mesmos autores, na sua revisão sistemática da literatura sobre o treino dos músculos do assoalho pélvico na prevenção de incontinência urinária e fecal no pós-parto defendem não existir evidência de que este tipo de treino muscular reduza o risco de IF no período pós-natal tardio (Woodley [et al.], 2020).

Relativamente às queixas urinárias, na avaliação inicial, verificamos que 28,6% das participantes apresentava perdas de urina e esta realidade manteve-se na avaliação final. Segundo Woodley [et al.]( 2020), cerca de um terço das mulheres perde urina nos primeiros três meses após o parto. Também Johannessen [et al.] (2018), refere que 1 em cada 3 mães pela primeira vez relatou sintomas de IU um ano pós-parto. Os valores encontrados na avaliação inicial do nosso estudo (entre as 6 e 8 semanas pós-parto) encontram-se num nível inferior aos estudos supracitados. Por outro lado, Woodley [et al.],( 2020), referem que a evidência científica atual é incerta quanto aos efeitos do exercícios da musculatura do assoalho pélvico para as mulheres que iniciaram este tipo de exercício após o parto, no que diz respeito à incontinência urinária um ano após o parto.

No que respeita à quantidade de urina perdida, no nosso estudo e na avaliação inicial, 28,6% das mulheres referiram perder uma pequena quantidade sendo que esta percentagem se manteve igualmente na avaliação final.

Na avaliação da interferência da perda de urina no dia a dia em que zero correspondia a nada e 10 a bastante, na avaliação inicial 1 mulher identificou o nível 4 e 1 mulher o nível 7. Na avaliação final, destas duas mulheres, uma referiu que a perda de urina não interfere no seu dia a dia e outra classificou esta interferência com nível 7. Desta forma, uma mulher refere melhorias, enquanto para outra não se verificou qualquer alteração. Segundo Woodley [et al.], (2020), da revisão de sistemática da literatura do banco de dados Cochrane, existem poucos dados específicos sobre a qualidade de vida neste âmbito, assim como pouco consenso sobre como medi-la.

Na avaliação das circunstâncias em que as mulheres perdiam urina, na avaliação inicial foram identificadas as seguintes situações: 2 pessoas identificaram ter perdas de urina quando estavam a dormir e 1 pessoa identificou ter perdas de urina quando tosse ou espirra. Na avaliação final esta realidade alterou-se, tendo sido identificadas perdas de urina quando tosse ou espirra por 1 pessoa e quando está fisicamente ativo/ a fazer exercício igualmente por 1 pessoa. Desta forma verifica-se que apesar das perdas de urina se meterem, as circunstâncias em que ocorrem são momentos em que existe aumento da pressão intra-abdominal seja a espirrar, seja a realizar exercício, sendo que

inicialmente uma participante identificava estas perdas de urina a dormir, ou seja, num período de relaxamento muscular.

Uma das competências específicas do EEER diz respeito à capacitação da pessoa, seja qual for o contexto em que se encontra inserido e tendo em conta a sua condição individual. Desta forma, a implementação deste programa de reabilitação motora e sensitiva teve como objetivo capacitar a Mulher no pós-parto para um papel ativo na sua reabilitação, para que conhecesse a sua situação e fosse capaz de usufruir de novo conhecimento adquirido ao longo deste programa. Esta capacitação compreendeu as fases de ensino, instrução, treino e supervisão características de um programa de reabilitação.

Neste sentido, foi imperioso compreender qual o conhecimento que estas mulheres detinham sobre a temática antes da implementação do programa, numa perspetiva diagnóstica e como contributo para o desenvolvimento do programa em si, mas principalmente para compreender de que forma a nossa intervenção contribuiu para esta capacitação.

Da análise da categoria Conhecimento sobre Exercícios de Reeducação da Musculatura Abdominal e Pélvica é evidente a preocupação das participantes em se munirem de conhecimento, em procurarem esse conhecimento, muito embora apenas uma participante o procurou junto de profissionais de saúde. Barroso (2020) identifica uma baixa assistência de saúde nas mulheres por parte dos profissionais de saúde, no seu estudo sobre reabilitação da hipotonia do assoalho pélvico.

As Redes Sociais foram também identificadas como fonte de conhecimento, mas a sua fiabilidade e credibilidade científicas podem ser duvidosas. Parece-nos que esta categoria e as suas subcategorias vem enfatizar a importância deste tipo de programas no sentido de uma capacitação segura e cientificamente validada, com acompanhamento por profissionais devidamente qualificados.

Quando analisamos a categoria Demonstra, identificamos testemunhos relativos às subcategorias exercícios abdominais e exercícios pélvicos, revelando desde já alguma noção sobre a diferenciação de exercícios consoante os grupos musculares a trabalhar, no entanto destacamos que apenas duas e três participantes, respetivamente os souberem identificar sendo a descrição dos exercícios imprecisa e/ou incompleta.

A Categoria Não Demonstra contou com três testemunhos por parte de três utentes afirmando categoricamente não ter conhecimentos sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica. Estes achados vão de encontro aos resultados do

estudo de Barroso (2020), manifestaram igualmente desconhecer este tipo de exercício como possível tratamento das disfunções do assoalho pélvico.

Dirigindo agora, o olhar para a entrevista na fase final do programa, a realidade de conhecimentos foi diferente, bem como as categorias identificadas. Assim, verificamos que as sete participantes adquiriram conhecimentos sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, três sobre exercícios respiratórios e quatro sobre os exercícios de força e alongamentos.

Desta forma, podemos considerar que o programa implementado foi positivo no que concerne à aquisição de conhecimento sobre os exercícios em questão, manifestando a importância da intervenção do EEER.

Naturalmente que o processo de capacitação é muito mais do que ter conhecimentos. A par, deste patamar está a habilidade para a realização dos exercícios, isto é, se a pessoa é ou não capaz de os realizar. Este foi também foco da nossa atenção neste estudo.

Na avaliação inicial, percebemos que a habilidade era Limitada ou Ausente. Considerando que a habilidade e o conhecimento estão naturalmente interligados e acrescentarmos a estes a percepção do investigador durante a implementação do programa, efetivamente, os conhecimentos e as habilidades iniciais estão de acordo com os depoimentos das entrevistas e a necessidade tanto de ensino, já acima identificado e descrito, como a instrução e o treino foram uma realidade.

Na avaliação Final e relativamente a esta área temática, as categorias emergentes transformaram-se em Presente e Limitada.

De forma geral verifica-se uma evolução positiva nos testemunhos relativos à habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica, passando de uma fase inicial de Limitada ou Ausente para Presente ou Limitada. Acrescenta aos testemunhos a observação in loco da investigadora que valida a habilidade presente ou limitada na fase final do Programa, necessitando a maioria das participantes apenas de supervisão neste último momento. Este aspeto reveste-se de grande importância, uma vez que valida o atingimento do objetivo de capacitação das mulheres para a realização do programa implementado e desta forma permite-lhes serem possuidoras de ferramentas para continuar o trabalho iniciado neste estudo ou mesmo, passar o testemunho e exemplo a outras mulheres influenciando-as a cuidarem de si e procurar mais este tipo de programas junto de profissionais de saúde. Cunha, Garcia e Novo (2021), referem, no seu artigo sobre programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária, que a evidencia científica demonstra uma resposta satisfatória após a implementação de programas de reabilitação com vertente

educacional, uma vez que podem ser amplamente difundidos e facilmente implementados.

Consideramos que, tão importante como a capacitação, é o impacto de que este programa possa ter na condição individual de cada mulher.

Na fase inicial, a Perceção sobre a sua condição atual relaciona-se com expressão de Sentimentos, identificação da Condição Física e Necessidade de Intervenção.

Nesta primeira abordagem foram identificados Sentimentos de Aceitação, Satisfação e Insatisfação. Considerando que estas mulheres se situavam entre as 6 e as 8 semanas pós-parto, a adaptação à nova realidade encontra-se ainda numa fase inicial e é notório que o foco destas mulheres se coloca pouco sobre a sua condição atual. No entanto, Sentimentos de Aceitação do seu estado são identificadas por várias participantes, mas esta aceitação não deixa de transparecer uma tónica menos positiva. Também Barroso (2020) identificou sentimentos de aceitação por parte das participantes no seu estudo no que respeita à sua situação de saúde e respostas dos serviços de saúde face às suas necessidades, numa atitude de passividade visto tratar-se da presença de disfunções do assoalho pélvico.

Por outro lado, na subcategoria Satisfação os relatos revelam naturalidade na expressão destes sentimentos. Já os sentimentos de Insatisfação dizem sobretudo respeito à barriga, ao aspeto físico ou ainda imprecisão sobre os sentimentos.

Relativamente à Condição Física os relatos referem-se às subcategorias Dor ou Flacidez, revelando aspetos negativos da condição física e contribuindo, mais uma vez para o levantamento de necessidades de intervenção do programa implementado.

O Apoio profissional foi, curiosamente, uma categoria identificada logo nas entrevistas iniciais pois várias utentes referiram efetivamente necessidade de ajuda e orientação no sentido de melhorar a sua condição atual. Também Barroso (2020), identifica a falta de informação por parte dos profissionais de saúde e a falta de enfermeiros de reabilitação envolvidos nas áreas de saúde da mulher para a reabilitação da hipotonia do assoalho pélvico, pois o tratamento conservador como a reabilitação do assoalho pélvico poucas vezes foi sugerido às mulheres do seu estudo.

Após a aplicação do Programa, as categorias referentes a esta área temática não diferem do momento inicial, mas direcionadas em diferente perspetiva.

Analisando os Sentimentos identificados pelas mulheres em questão estas manifestaram Surpresa com os resultados obtidos, e Satisfação, verificando-se uma perceção mais positiva da sua condição.

Por outro lado, a percepção relativa à condição Física passa pelo aumento da Força Muscular, Flacidez com melhorias importantes e a Dor, ainda citada, mas numa perspectiva de melhoria da mesma. Saboia (2018), refere que, as intervenções na reabilitação dos MAP, tem efeitos tanto no pós-parto imediato como no tardio e resulta de um aumento da força muscular dos mesmos. Desta forma podemos considerar que a importância da força muscular, que não foi identificada numa fase inicial em algum momento, revela-se nesta fase final como um ponto de grande importância da percepção das mulheres sobre a sua condição e se encontra corroborada pelos achados quantitativos já acima discutidos.

Por fim, mas não menos importante, a percepção do Apoio Profissional como uma mais valia e quase um direito foi identificado num testemunho, mas que foi efetivamente verbalizado várias vezes durante o programa de reabilitação.

Consideramos então, que a implementação deste programa evidencia um impacto significativo quer na reprogramação das estruturas abdominais e pélvicas no que diz respeito à reabilitação motora e sensitiva das mesmas, bem como na percepção das mulheres para a reeducação da musculatura abdominal e pélvica. Acrescentar ainda que efetivamente se verifica, após termino do programa, maior conhecimento e capacidade para a realização do mesmo, bem como uma maior consciência da sua importância e que se traduziu claramente na identificação de alterações positivas, quer a nível de sentimentos, quer a nível físico quer a nível do reconhecimento da importância do apoio profissional nesta etapa do ciclo vital.



## CONCLUSÃO

---

Na sociedade atual, a importância atribuída à saúde e à qualidade de vida conduz a um conjunto de necessidades de cuidados identificados e de respostas diferenciadas em cuidados de saúde. Neste sentido, o EEER manifesta a sua intervenção através de uma prática baseada na evidência, num agir diferenciado, dirigido, personalizado e dinâmico. O contexto comunitário revela-se, assim, uma oportunidade para a excelência de cuidados, pelas suas características de proximidade à realidade contextual de cada pessoa, família, permitindo ao EEER uma intervenção que visa a capacitação e reintegração social.

Tendo por base os objetivos específicos e gerais deste ENP, considera-se que este percurso foi muito importante no desenvolvimento de competências (comuns e específicas do EEER) assim como para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade. Tendo por base uma prática baseada na evidência, referencial teórico, suporte ético, deontológico e de responsabilidade profissional, conhecimentos técnicos, científicos e relacionais e através de todas as estratégias e atividades implementadas, consideramos ter atingido com sucesso os objetivos a que nos propusemos.

A Teoria das Transições de Meleis permite compreender a complexidade das transições e sua natureza, condicionantes das transições nos seus fatores facilitadores e inibidores, assim como os padrões de resposta de forma a potenciar o sucesso das intervenções terapêuticas da ER. Desta forma, este referencial teórico foi norteador, permitindo uma compreensão mais profunda dos casos e uma personalização das intervenções de forma a maximizar os ganhos.

Foi possível desenvolver as competências específicas do EEER na conceção, implementação e avaliação de programas de reeducação funcionais (nomeadamente motor, respiratório e sensitivo) através de cuidados, técnicas específicas, maximizando e capacitando para autonomia e promovendo reintegração social, a qualidade de vida. Por outro lado, no âmbito de um desenvolvimento profissional especializado, foi dada especial importância à articulação contínua com toda a equipa de saúde, na tomada de decisão, na resolução de dilemas éticos associados à intervenção da ER junta da pessoa, cuidador e família no contexto comunitário, mas também numa perspetiva mais ampla enquanto futura enfermeira especialista nas áreas da gestão de cuidados, acessoria, formação e investigação.

A prestação de cuidados de reabilitação na comunidade pressupõe-se uma personalização das intervenções, prescrição e implementação de programas numa dimensão muito ajustada às necessidades individuais de cada indivíduo/família/cuidador.

O envolvimento das várias esferas sociais é recomendado, trazendo vantagens através da criação de sinergias e de um trabalho multidisciplinar em rede. Conclui-se assim, que a intervenção do EEER na comunidade impõe vantagens e contributos significativos na vida das pessoas, traduzindo-se em melhor qualidade de vida e ganhos em saúde. Deve, por isso, afirmar este papel através de uma intervenção individualizada, cientificamente sustentada e precisa e na mesma medida pelo investimento em investigação e contributo para a ciência de Enfermagem.

Os atuais planos de estudo de formação especializada parecem ser vetores que potenciam a investigação para a ciência de enfermagem. Neste sentido, parece-nos que o paradigma da formação em construção, nas suas componentes académicas e contexto clínico, nunca esquecendo a componente de investigação, se constitui uma otimização de recursos, tendo em atenção a garantia da qualidade da investigação produzida. Desta forma, reunindo competências clínicas e académicas é possível construir uma especialidade verdadeiramente significativa para as pessoas e comunidades.

Resultante de uma maior preocupação das populações com as questões relativas à saúde e a uma maior oferta de serviços, no sentido de dar resposta às mesmas, a saúde da mulher ganha importância no panorama de cuidados. No âmbito das competências específicas do EEER, nomeadamente a promoção da readaptação e a reeducação funcional e prevenção de complicações, este assume um papel preponderante no sistema de saúde como agente ativo na resposta a estes novos desafios.

No âmbito do trabalho de investigação, a revisão da literatura permitiu conhecer o estado do conhecimento atual sobre a reabilitação motora e sensitiva da mulher no pós-parto e facilmente se compreendeu que esta área carece de atenção, constituindo-se uma oportunidade de intervenção para a ER.

Participaram neste estudo 7 mulheres. No momento da avaliação inicial, foram identificadas queixas geniturinárias relativas à perda involuntária de gases, dor nas relações sexuais, sensação de peso a nível pélvico, dor lombar, dor pélvica. Após implementação do programa todos os parâmetros monitorizados melhoraram em termos de queixas, exceto a dor nas relações sexuais, mas que, devido a timings diferentes de início desta atividade por parte das participantes, as queixas não correspondem à mesma pessoa pelo que o impacto se pode considerar igualmente positivo.

No que respeita ao exame físico, nos itens Peso, IMC e PA, não se verificaram alterações significativas entre o momento de avaliação antes e após a implementação do programa, sendo de salientar a manutenção dos valores e não o seu aumento como evidenciado na revisão da literatura.

A DMRA diminuiu em todos os pontos monitorizados entre a avaliação inicial e após implementação do programa, sendo que a região supra-umbilical foi a que mais se destacou. A força perineal foi monitorizada numa média de 3/5 na avaliação inicial e 4,29/5 na avaliação final, revelando um aumento importante da força dos músculos perineais.

Relativamente às queixas de perdas urinárias das participantes que referiram sofrer de perdas de urina uma vez por semana ou menos, em pequena quantidade, manifestaram a mesma realidade na avaliação final. No entanto, a interferência negativa no dia a dia melhorou após a implementação do programa. Desta forma, o programa parece ter tido pouco impacto na frequência e quantidade de urina perdidas, alterando-se as condições em que as perdas acontecem para situações de maior exigência física.

Quanto aos conhecimentos sobre os exercícios a realizar para a reabilitação da musculatura abdominal e pélvica, verificou-se uma melhoria dos conhecimentos das participantes do estudo, sendo que na fase inicial algumas não demonstravam conhecimentos, as que demonstravam conhecimentos identificavam apenas os exercícios abdominais e pélvicos. Na fase final todas demonstravam conhecimento, sendo capazes de identificar diferentes exercícios.

No que respeita às habilidades, na fase inicial do programa, as participantes demonstravam habilidades limitadas ou ausentes, sendo que no final da intervenção, as habilidades se revelaram maioritariamente presentes, embora em alguns exercícios limitadas.

Quanto à perceção sobre o seu estado atual, na fase inicial os testemunhos transmitiam sentimentos de aceitação, satisfação e insatisfação, a perceção sobre a condição física focava-se na dor e flacidez, sendo ainda identificada perceção de necessidade de apoio profissional. Na etapa final, as mulheres percecionaram sentimentos de surpresa e satisfação, na condição física identificaram aumento da força muscular, diminuição da flacidez e da dor, e mantiveram a perceção sobre a importância do apoio profissional.

Tal como proposto inicialmente, foi possível identificar os sintomas motores e sensitivos da musculatura abdominal e pélvica das mulheres no pós-parto bem como, implementar o programa de reeducação funcional motora e sensitiva na mulher no pós-parto, analisar os efeitos do mesmo e conhecer a perceção das mulheres sobre os efeitos do programa de reabilitação motora e sensitiva no pós-parto. Assim, foi possível responder à questão de investigação, na medida em que se concluiu que o programa de enfermagem de reabilitação implementado apresentou impacto positivo, nomeadamente no que respeita às queixas geniturinárias, parâmetros físicos e perceção das mulheres sobre a

reeducação muscular e sensitiva da musculatura abdominal e pélvica. Efetivamente, verificamos um impacto significativo quer nas questões qualitativas, quer nas quantitativas que nos propusemos trabalhar. Desta forma, esta é uma área relevante do ponto de vista de intervenção do EEER e restante equipa multidisciplinar de saúde, bem como do ponto de vista da investigação.

São apontados como pontos menos fortes deste estudo a carência de estudos semelhantes, o tamanho reduzido da amostra assim como o número de sessões do programa. Em relação à escassez de bibliografia relativa ao tema verificamos a existência de poucos estudos científicos dedicados à problemática em questão e com objetivos muito distintos. Quanto ao tamanho da amostra não foi possível que esta fosse maior devido a constrangimentos inerentes à pandemia atual, assim como o limite temporal deste ENP. No que respeita ao número de sessões do programa de intervenção, este igualmente limitado pela necessidade de ajuste às circunstâncias da pandemia e ao tempo possível de desenvolvimento da investigação no âmbito do ENP. Assim, os resultados obtidos poderão ficar aquém do que seria possível num programa mais intenso.

Como pontos fortes do estudo identificamos o horizonte temporal do mesmo, o material de apoio fornecido às participantes e a intervenção multidisciplinar, no âmbito das competências do EEER e do EESMO. A utilização de uma metodologia mista é também um ponto que consideramos forte pois permitiu um estudo mais abrangente da problemática em questão conferindo maior riqueza à investigação.

O desenvolvimento desta investigação permitirá aos profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, mais conhecimento e compreensão sobre a reeducação da musculatura abdominal e pélvica da mulher no pós-parto, permitindo uma intervenção mais fundamentada, uma educação adequada e personalizada. Acreditamos então que, num horizonte temporal próximo os programas de reeducação motora e sensitiva dirigidos a mulheres no pós-parto sejam uma realidade próxima a todas as cidadãs, através de uma implementação sistematizada deste tipo de programas, conferindo-lhes melhor qualidade de vida, prevenindo complicações decorrentes da gestação e parto e contribuindo para uma economia em saúde positiva. Desta forma, é importante que a investigação nesta área se mantenha, numa perspetiva multidisciplinar, nomeadamente com intervenção do EEER, o que é ainda pouco frequente. Manifestamos assim a preocupação de que, sendo uma área cujas complicações podem conduzir a alterações funcionais e conseqüentemente alterações a curto, médio e longo prazo, e cuja intervenção deve ser multidisciplinar, a intervenção atual contemple pouco a ER. É, assim evidente a necessidade de maior investimento nesta área por parte dos EEER, assim

como uma abertura das equipas de saúde no sentido de uma intervenção multi e interdisciplinar, tendo como foco a saúde da mulher. Por outro lado, é igualmente importante a literacia em saúde sobre a importância da implementação deste tipo de programas, de forma a empoderar as mulheres no sentido de lhes permitir tomar decisões e escolhas informadas sobre a sua própria saúde. Os estudos que revelam o impacto positivo deste tipo de programas são indicadores da importância de atuação nesta área. Neste âmbito, o estudo que apresentamos proporciona uma sensibilização, necessidade e oportunidade de intervenção para os profissionais de saúde, sugere-se a sua continuação com recurso a metodologias de investigação diversificadas e amostras mais alargadas de forma a construir e reconstruir o conhecimento e prática clínica na área da Enfermagem de Reabilitação

Para perspetivar o futuro, é essencial ter por base o que fomos, o que somos e para onde nos pretendemos dirigir. O exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, presente e futuro, apresentam desafios que se constituem oportunidades para tornar mais robusta e consolidada a ciência de enfermagem. Desta forma, investigação e formação diferenciada e continua revelam-se basilares para uma prática clínica mais significativa, com melhores indicadores de saúde e assim, melhor qualidade de vida para as pessoas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALVES, José António da Conceição – Liderança e a Inteligência Emocional dos Enfermeiros. **Revista Investigação em Enfermagem**. II Série, nº 6 (2014). p.25-31.

ALVES, José António da Conceição; RIBEIRO, Célia; CAMPOS, Sofia – A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, nº. 7 (2012). p. 33-42.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804.. **Obstet Gynecol** (2020). [Consultado em 20 Jun 2021] Doi: 10.1097/AOG.000000000000377

ARTAL,R; O'TOOLE,M – Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum. **British Journal of Sports Medicine** [em linha]. 37 (2003), p. 6-12. [Consultado em 20 Jun 2021] DOI : 10.1136/bjism.37.1.6.

BARROSO, Áurea Isabel Rodrigues – **A Mulher com Hipotonia do Assoalho Pélvico: necessidades em Cuidados de Enfermagem** [em linha]. Viana do Castelo, 2020. [Consultado em 5 Jun 2021]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Disponível na [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2513/1/Aurea\\_Barroso.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2513/1/Aurea_Barroso.pdf)

BATISTA, Palma Samanta Albino – **Influência do exercício físico no pós-parto na recuperação da musculatura perineal, abdominal e lombar da puérpera** [em linha]. Vila Real, 2019. [Consultado em 5 Jun 2021]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia Disponível na [www: <URL: https://catalogo.biblioteca.utad.pt\\_](http://www.catalogo.biblioteca.utad.pt)

BOYLE, Leslie Neal; BUCHANAN, Lisa Cyy – Reabilitação de base Comunitária. In HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4.º Ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. P187- 199.

BRÁZ, Yara Larissa Oliveira Da Silva [et al.] – **Recursos fisioterapêuticos na reabilitação da diástase no puerpério: uma revisão sistemática** [em linha]. Anais III CONBRACIS Campina Grande: Realize Editora, 2018. [Consultado em 15 Abr 2021] Disponível na [www: URL:<http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/41362](http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/41362).

CARTEIRO, Dora; GODINHO, Fernando; RODRIGUES, Maria da Luz – Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de**

**Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.** Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. P.289-295.

CARTER, T. [et al.] – The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis **Archives of women's mental health**, [s. l.] [em linha]. 22: 1 (2019), p. 37–53. [Consultado em 20 Jun 2021] DOI: 10.1007/s00737-018-0869-3.

CORRÊA, Déborah; FURLANETTO, Magda – Reabilitação abdominal no pós-parto **Fisioterapia Brasil** [em linha]. 21:3 (2020) DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v21i3.3368>.

CUNHA, Marisa; GARCIA, Sérgio; NOVO, André – Programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária in RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas**. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. P.627-639

DECRETO-LEI n.º 305/81. **DR I Série**. 261 (1981/11/12) 2998 – 3004.

DECRETO-LEI n.º 183/2008. **DR I Série**. 171 (2008/09/04) 6225 – 6233.

DECRETO-LEI n.º 12/2009. **DR I Série**. 7 (2009/01/12) 231 – 231.

DESPACHO n.º 10143/2009. **DR II Série**. 74 (2009/04/16) 15438 – 15440.

DIAZ RAMIREZ, Fernando [et al.] – Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. **Rev Cubana Obstet Ginecol** [Em linha] 43:2 (2017) p.1-11. [Consultado em 15 Abr 2021] Disponível na [www:<URL:<br><http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&nrm=iso>](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&nrm=iso). ISSN 0138-6557.

ELDEN, H [et al.] – Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. **BMC Musculoskeletal Disorders** [Em linha]. 17 (2016), pp. 276. DOI: 10.1186/s12891-016-1154-0.

FERREIRA, L. [et al.] – The valuation of the EQ-5D in Portugal. **Qual Life Res** [Em linha]. 23:2 (2014), p.413–423. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0448-z>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

GASPAR, Luís; LOUREIRO, Maria; NOVO, André – Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação de Reabilitação: Conceções e Práticas**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Limitada (Lda.), 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.12-18.

GRAÇA, L. M.- **Medicina materno-fetal**. 4ª Ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 9789897522888 648p.

HAAKSTAD, Lene A. H., B0, Kari – Effect of a regular exercise program on a plevic girdle and low back pain in previously inactive pregnant woman: a randomized controller trail. **J Rehabil Med** [Em linha]. 47 (2015), p.229-234 DOI: 10.2340/16501977-1906.

HALL, Carrie M.; BRODY, Lori Thein – **Exercício Terapêutico - Na busca da função**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, SA, 2001. ISBN 85-277-0656-3 708p.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar – **Metodologia de pesquisa**. 5a ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28.

HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4.º Ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO. Escola Superior de Saúde – **Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: protocolo 2º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**. ESS-IPVC, 2021.

JOHANNESSEN, Hh [et al.] - Prevalence and predictors of double incontinence 1 year after first delivery. **International Urogynecology Journal** [em linha] 29 (2018). p. 1529-1535. DOI: 10.1007/s00192-018-3577-7.

MARQUES, Raquel; RIBEIRO, Isabel; COSTA, Maria Arminda – **Enfermagem de Reabilitação em Portugal: Uma História Contada ao Contrário** in RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas**. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. P. 2-11.

MARTINS, Maria Manuela; MARTINS, Ana Catarina; MARTINS, Ana Rita – **Reeducação Familiar/ Social – Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação**. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017a. ISBN 978-989-8075-73-4. P.67-76.

MELEIS A. [et al] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advanced Nurse Science**, 23 (2000) p.12-28. DOI: DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006.

MOTTOLA, MF [et al.] –Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy 2019. **British Journal of Sports Medicine** [em linha]. 52 (2018) p.1339-1346. [Consultado em 20 Jun 2021] Disponível na www: <URL: <https://bjsm.bmj.com/content/52/21/1339>>

MOURA, Eunice – Prescrição de Exercício no pós-parto in ROCHA in Rita Santos [et al.] – **Guia da Gravidez ativa – Atividade Física, Exercício, Desporto e saúde na Gravidez e pós-parto**. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém: Versão Digital. Saf Design, 2020. ISBN 978-989-8768-27-8 P. 51-53.

NARTEA R; MITOIU BI; NICA AS – Correlation between Pregnancy Related Weight Gain, Postpartum Weight loss and Obesity: a Prospective Study. **Journal Of Medicine And Life**. [Em linha] 12:2 (2019), p. 178-183. DOI:10.25122/jml-2019-0015 ISSN:1844-3117.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

OLIVERA, Carla; COUTO, Glória; SILVA, Rui Pedro – Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários - in RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas**. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. P.654- 670.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**. Lisboa: Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015<sup>a</sup>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem dessaúde Materna e Obstétrica n. 58/2015 Sobre Programas de Exercício físico na Mulher Grávida**. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2015<sup>b</sup>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem dessaúde Materna e Obstétrica n. 60/2015 Sobre Intervenção na Reabilitação do Pavimento Pélvico**. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2015<sup>c</sup>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015<sup>d</sup>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018.

PESTANA, Helena – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento in MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. P.47-56.

PREDA, Andreia; MOREIRA, Susana- Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. **Acta Med Port**. [em linha]. 32:11 (2019), p. 721–726 DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.12012>.

PORTO EDITORA- **Infopédia**. Dicionários porto editora [em linha]. 2022 [Consultado em 20 Mar 2022] Disponível na www: <URL: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Avaliação Antropométrica no Adulto Orientação 017**. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**. Lisboa: DGS, 2015.

PORTUGAL. Unidade de Cuidados na Comunidade de Barroelas – **Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade de Barroelas**. Ministério da Saúde – ULSAM, E.P.E. – UCC Barroelas, 2020<sup>a</sup>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários Biénio 2020/2021** [em linha]. Administração Central dos Sistema de saúde, 2020<sup>b</sup>. [Consultado em 3 Mar 2022]. Disponível na [www:https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf](http://www.https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf).

PORTUGAL- Ministério da Saúde – **Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCC Barroelas** [em linha]. Sistema de Informação e Monitorização do\_SNS, 2022<sup>a</sup> [Consultado em 15 Mar 2022] Disponível na www: <URL: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1161251/Pages/default.aspx~>

PORTUGAL\_ Ministério da o Trabalho, Solidariedade e Segurança Social – **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. [em linha] Portugal, 2022<sup>b</sup> [Consultado em 20 Fev 2022] Disponível na www: <URL: <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **RNCC** [em linha]. Portugal, 2022<sup>c</sup> [Consultado em 20 Jan 2022] Disponível na www: <URL: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/rncci/>>

PORTUGAL, Base de dados Portugal Contemporâneo PORDATA – **Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho**. [em linha] 2022<sup>d</sup> [Consultado em 20 Abr 2022] Disponível na www: <URL: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>>

PRITCHETT, Ruth Victoria; DALEY, Amanda J; JOLLY, Kate – Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? - a systematic review and meta-analysis **British Journal of General** [em linha]. 67,663 (2017), p. 684-691. DOI: 10.3399/bjgp17X692525.

RAMADA, [et al] – Gestão, Mudança e Inteligência Emocional. **Nursing**. 17:228 (2007),p.18-22.

REGULAMENTO n.º 122/2011 – **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8648- 8653.

REGULAMENTO n.º 125/2011 – **DR II Série**. 249 (2011/12/29) 5498 - 5508.

REGULAMENTO n.º 350/2015 – **DR II Série**. 119 (2015/06/22) 16655 -16660.

REGULAMENTO n.º 140/2019 – **DR II Série**. 26 (2019/02/06) 4744-4750.

REGULAMENTO n.º 392/2019 – **DR II Série**. 85 (2019/05/03). 13565-13568.

REIS, Felipa Lopes dos – **Manual de Gestão das organizações- Teria e prática**. 1<sup>a</sup> edição, Lisboa 2018. ISBN 9789895610891. P. 298

RETT, Mariana Tirolli [et al.] – Diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato de primíparas e multíparas após o parto vaginal. **Fisioter. Pesqui** [em linha]. 19:3 (2012) p. 236-241. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000300008>.

RIBEIRO, Olga; MOURA, Maria Isabel; VENTURA, João – Referenciais Teóricos Orientadores do Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação in RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas**. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. P.48- 57

ROCHA, Ana- Inteligência Emocional- a gestão das emoções no ambiente de trabalho. **Dirigir**. 106 (2009). p. 54-5

ROCHA, Rita Santos [et al.] – **Guia da Gravidez ativa – Atividade Física, Exercício, Desporto e saúde na Gravidez e pós-parto**. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém: Saf Design, 2020. ISBN 978-989-8768-27-8 Versão Digital.

RODRIGUES, António; FELÍCIO, Manuela – **Governança clínica e governação de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais**. Grupo Técnico e Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, 2017.

SABOIA, Dayana Maia [et al.] – The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. 71: 3, (2018) p. 1460-1468. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0338>

SILVA, Ana Rita – **Estudo Biomecânico da Cavidade Pélvica da Mulher**. [em linha] Porto, [s.n.] 2012. Monografia de Preparação para a Dissertação. [Consultado em 5 Jun 2021]. Disponível na [www: <URL: 2021https://paginas.fe.up.pt/~bio07021/images/Mono.pdf](http://www.fep.up.pt/~bio07021/images/Mono.pdf).

TAMANINI, José Tadeu Nunes [et al.] – Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) . **Revista de Saúde Pública** [em linha]. 38:3 (2004) p. 438-444. DOI: [<URL://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>](https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015).

VIGIA, Carla; FERREIRA, Cláudia; SOUSA, Luís – Treino de Atividades de Vida Diária. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. P.351-360.

WANG, Q [et al.] – Does diastasis recti abdominis weaken pelvic floor function? A cross-sectional study. **Int Urogynecol J**. [em linha]. 31:2 (2020), p.277-283. DOI: [10.1007/s00192-019-04005-9](https://doi.org/10.1007/s00192-019-04005-9).

WOLFGANG, Reinhold [et al.] – Classification of Rectus Diastasis - A Proposal by the German Hernia Society (DHG) and the International Endohernia Society (IEHS). **Frontiers in Surgery** [em linha]. 6:1 (2019). DOI: [10.3389/fsurg.2019.00001](https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00001).

WOODLEY, SJ [et al.] – Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. **Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas** [em linha]. 5:5 (2020). DOI: [10.1002 / 14651858.CD007471.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4).

**ANEXOS**

---

**ANEXO A**

**ICIQ- SF**

TAMANINI, José Tadeu Nunes [et al.] (2004)

**International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form  
(ICIQ-SF)**

**Questionário ICIQ-SF validado**

ICIQ-SF																																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
Número inicial						DIA		MÊS		ANO																							
<p>Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p>																																	
1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:						DIA		MÊS		ANO																							
2. Sexo (assinale uma):						Feminino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>																									
<p>3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">nunca</td><td style="width: 10%;"><input type="text"/></td><td style="width: 10%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>uma vez por semana ou menos</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>duas ou três vezes por semana</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>uma vez por dia</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>várias vezes por dia</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>constantemente</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">5</td></tr> </table>												nunca	<input type="text"/>	0	uma vez por semana ou menos	<input type="text"/>	1	duas ou três vezes por semana	<input type="text"/>	2	uma vez por dia	<input type="text"/>	3	várias vezes por dia	<input type="text"/>	4	constantemente	<input type="text"/>	5				
nunca	<input type="text"/>	0																															
uma vez por semana ou menos	<input type="text"/>	1																															
duas ou três vezes por semana	<input type="text"/>	2																															
uma vez por dia	<input type="text"/>	3																															
várias vezes por dia	<input type="text"/>	4																															
constantemente	<input type="text"/>	5																															
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não proteção) (escolha uma opção)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">nenhuma</td><td style="width: 10%;"><input type="text"/></td><td style="width: 10%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>uma quantidade pequena</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>uma quantidade moderada</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>uma grande quantidade</td><td><input type="text"/></td><td style="text-align: right;">6</td></tr> </table>												nenhuma	<input type="text"/>	0	uma quantidade pequena	<input type="text"/>	2	uma quantidade moderada	<input type="text"/>	4	uma grande quantidade	<input type="text"/>	6										
nenhuma	<input type="text"/>	0																															
uma quantidade pequena	<input type="text"/>	2																															
uma quantidade moderada	<input type="text"/>	4																															
uma grande quantidade	<input type="text"/>	6																															
<p>5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td>nada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>bastante</td> </tr> </table>												0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nada										bastante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
nada										bastante																							
pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5										<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
<p>6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">nunca – não tem perdas de urina</td><td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina quando tosse ou espirra</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina quando está a dormir</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina sem razão aparente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>tem perdas de urina constantemente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>												nunca – não tem perdas de urina	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina quando tosse ou espirra	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina quando está a dormir	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a)	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina sem razão aparente	<input type="checkbox"/>	tem perdas de urina constantemente	<input type="checkbox"/>						
nunca – não tem perdas de urina	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina quando tosse ou espirra	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina quando está a dormir	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a)	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina sem razão aparente	<input type="checkbox"/>																																
tem perdas de urina constantemente	<input type="checkbox"/>																																

Muito obrigado por responder a estas questões.

**ANEXO B**  
**ESCALA DE OXFORD MODIFICADA**

<b>Escala de Oxford Modificada</b>	
<b>Graus</b>	<b>Descrição</b>
5	Contração forte, contração firme dos dedos do examinador, com movimento positivo em relação à sínfise púbica
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
3	Contração moderada, sentida como um aumento da pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador, com pequena elevação cranial da parede vaginal
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
1	Esboço de contração não sustentada
0	Ausência de resposta muscular

Fonte: Adaptado de Girão et. al (2015) in Cunha, Garcia e Novo (2021)

## APÊNDICES

---

**APÊNDICE A**  
**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA MULHER**

## Formulário de Caracterização da Mulher

Código:

### Parte I- Dados Sociodemográficos

1 – *Idade*: \_\_\_\_anos

2 – *Género*: F\_\_\_\_ M\_\_\_\_

3 – *Estado Civil*: solteiro(a)\_\_\_\_ casado(a)\_\_\_\_ viúvo(a)\_\_\_\_ divorciado(a)/separado(a)\_\_\_\_ união facto\_\_\_\_

4 – *Situação Profissional*: ativo(a)\_\_\_\_ empregado(a)\_\_\_\_ doméstico(a)\_\_\_\_ pré-reforma/reformado(a)\_\_\_\_ baixa clínica\_\_\_\_

5 – *Habilitações Literárias*: sem instrução\_\_\_\_ 1º ciclo\_\_\_\_ 2º ciclo\_\_\_\_ 3º ciclo\_\_\_\_ secundário\_\_\_\_ licenciatura\_\_\_\_ mestrado\_\_\_\_ doutoramento\_\_\_\_

6 - *Data de parto*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - *Tipo de parto*: Eutócico\_\_\_\_ Cesariana\_\_\_\_

8- *Nº de Filhos*:\_\_\_\_

9 - *Complicação no Pós-Parto*: \_\_\_\_\_

Com episiotomia: \_\_\_\_ Com laceração: \_\_\_\_

10- *Atividade física regular antes do parto*: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

10.1.- Se sim, quantos minutos por semana\_\_\_\_\_

11- *Realizava exercícios de Kegel durante a gravidez*: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

### Parte II- Exame Físico

12-*Queixas geniturinárias*:

12.1 *Perda de gases de forma involuntária*: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

12.2 *Perda de fezes de forma involuntária*: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

12.3 *Presença de dor nas relações sexuais*: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

12.3.1. Se sim, quantifique,

**Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor máxima**

12.4- Sensação de peso a nível pélvico: Sim\_\_\_ Não\_\_\_

12.5- Dor Lombar: Sim\_\_\_ Não\_\_\_

12.5.1 Se sim, quantifique,

**Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor máxima**

12.6- Dor Pélvica: Sim\_\_\_ Não\_\_\_

12.6.1 Se sim, especifique,\_\_\_\_\_

12.6.2 E quantifique,

**Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor máxima**

### Parte III- Exame Físico

#### 13- Avaliação da Diástase dos Retos abdominais

Referência	Avaliação em cm
13.1 - Umbigo	
13.2- 3 cm acima umbigo	
13.3- 6 cm acima umbigo	
13.4- 3 cm abaixo do umbigo	
13.4- 6 cm abaixo do umbigo	

14- Força da Musculatura Perineal segundo Medical Research Council Muscle Scale:\_\_\_\_\_

15- Peso:\_\_\_Kg

16- Altura:\_\_\_\_\_cm

17- Perímetro abdominal:\_\_\_\_\_cm

18- IMC\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

## Conhecimentos, Competências e Percepção Individual

Objetivos:

- Identificar conhecimentos sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica
- Identificar habilidades para a execução dos exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica
- Conhecer a percepção das mulheres sobre as alterações da musculatura abdominal e pélvica

*Questões de resposta aberta*

- 1. O que sabe sobre exercícios a realizar para reeducar a musculatura abdominal e pélvica?*
- 2. Que exercícios sabe fazer para reeducar a musculatura abdominal e pélvica?*
- 3. Como se sente neste momento em relação à sua condição abdominal e pélvica?*

**APÊNDICE C**  
**PLANIFICAÇÃO SESSÃO 1**

---

**Plano de Sessão Formativa:**

**Reabilitação motora e sensitiva no Pós-Parto**

---

<b>Objetivo Geral</b>	Capacitar as mulheres no pós-parto para a reabilitação da musculatura abdominal e pélvica	
<b>Objetivos Específico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre as alterações físicas na gravidez</li><li>• Ensinar sobre as alterações físicas no pós-parto</li><li>• Apresentar o Programa de Reabilitação</li><li>• Ensinar sobre exercícios do Assoalho Pélvico</li><li>• Providenciar orientações práticas relativas ao programa</li></ul>	
<b>Destinatários</b>	Participantes no programa de reabilitação motora e sensitiva no pós-parto	
<b>Local</b>	Biblioteca da UCC	
<b>Conteúdos</b>	Alterações físicas na gravidez	5 minutos
	Alterações Físicas no pós-parto	5 minutos
	Musculatura envolvida na gestação/parto	5 minutos
	Principais sintomas/queixas associadas à gestação e parto	10 minutos
	Localização e função dos músculos do assoalho pélvico	5 minutos
	Diástase abdominal e tipos de diástase	5 minutos
	Importância do programa de Reabilitação motora e sensitiva no pós-parto	5 minutos
	Orientações práticas	10 minutos
	Exercícios do assoalho pélvico- como fazer?	10 minutos
<b>Métodos</b>	Método expositivo e demonstrativo: exposição de conteúdos teóricos e	

<b>Atividades Pedagógicas</b>	demonstração de procedimentos práticos
<b>Avaliação</b>	Aplicação de questionário de satisfação
<b>Recursos Pedagógicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor multimédia;</li> <li>• Colunas de som;</li> <li>• Questionário de satisfação sobre a qualidade dos conteúdos teórico práticos expostos na sessão informativa;</li> </ul>
<b>Duração Total da Sessão</b>	60 minutos

**APÊNDICE D**  
**APRESENTAÇÃO SESSÃO FORMATIVA 1**



## Contributos do Enfermeiro de Reabilitação na Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

Reabilitação motora e sensitiva no Pós-Parto  
Mestranda: Carla Ribeiro

## Sumário

- Alterações físicas no gravidez
- Alterações físicas no pós parto
- Programa de Reabilitação
- Exercícios do Assoalho Pélvico
- Orientações práticas



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Porque estamos aqui?



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## E a mãe?

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## A Mãe



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## O Gerar uma vida



Quais as alterações???

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

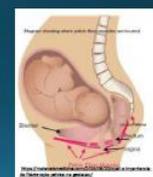
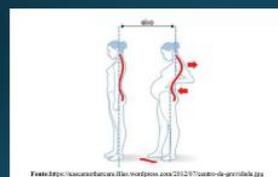
## Alterações na Gravidez

- Alterações das mamas
- Alterações Cardíacas e do Sistema Circulatório
- Alterações Urinárias e Intestinais
- Alterações do Trato respiratório
- Alterações do Trato digestivo
- Pele
- Hormonas
- Sistema Musculo Esquelético



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Alterações decorrentes da Gravidez



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Principais Queixas/Problemas

- Dor lombar
- Dor Pélvica
- Incontinência Urinária
- Incontinência fecal
- Dor no ato sexual

Complicações à Posteriori

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Principal musculatura envolvida na gestação



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Músculos a trabalhar



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP)



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

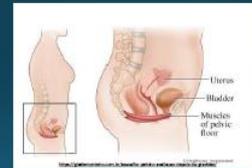
## Função dos Músculos do Assoalho Pélvico



- Suporte dos órgãos abdominais e pélvicos
- Manutenção da continência urinária e fecal
- Auxílio na respiração
- Auxílio na estabilização do tronco
- Função sexual

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Localização Anatômica dos MAP



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Musculatura Abdominal



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Tipos de Diástase Abdominal



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Musculatura Abdominal



Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

- Qual a importância da Reabilitação no pós parto?

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Programa de Reabilitação da mulher no pós parto

- Objetivos:
  - Reprogramar estruturas musculares
  - Melhorar a força muscular
  - Melhorar défices/problemas
  - Ensinar sobre alterações no pós parto
  - Capacitar e empoderar as participantes

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Programa de Reabilitação da mulher no pós parto

- Estratégias:
  - Reeducação Postural
  - Reeducação Funcional Respiratória
  - Treino Funcional
  - Treino de Força
  - Alongamento
  - Relaxamento

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Programa de Reabilitação da mulher no pós parto

- 8 semanas
- 1 sessão por semana presencial com duração de 60 minutos
- 2 sessões por semana de trabalho autónomo
- Complementado com exercício 3x por semana, durante 30 minutos de caminhada, bicicleta ou ginástica aquática

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Cuidados a ter!!

- Dar de mamar antes da realização da sessão
- Uso de soutien com suporte adequado
- Uso de roupa confortável
- Uso de meias antiderrapantes
- Alimentar-se antes da sessão
- Hidratar-se adequadamente

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Material Necessário

- Toalha
- Meias antiderrapantes
- Água
- Faixa

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

## Exercícios MAP



- Contrações Rápidas
- Contrações lentas

Programa de Reabilitação da Mulher no Pós-Parto



**APÊNDICE E**  
**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SESSÃO FORMATIVA**

<b>Questionário de satisfação</b>	
<b>Reabilitação motora e sensível no Pós-Parto</b>	
<i>(selecione a alínea que corresponde à sua resposta)</i>	
<b>A. Classifique esta sessão informativa, mediante o seu grau de importância:</b>	
1. Muito Importante	
2. Importante	
3. Moderado	
4. Pouca importância	
5. Sem importância	
<b>B. Considera que os conteúdos abordados são claros para se sentir mais capaz de realizar o programa de reabilitação?</b>	
1. Muito claro	
2. Claro	
3. Moderadamente	
4. Pouco claro	
5. Nada claro	
<b>C. Esta sessão de formação teve, para si, uma avaliação global de:</b>	
1. Extremamente Satisfatória	
2. Bastante Satisfatória	
3. Satisfatória	
4. Pouco Satisfatória	
5. Nada Satisfatória	
<b>Sugestões/ comentários:</b>	

Grata pela Sua Participação!

Mestranda: Carla Ribeiro



**APÊNDICE F**

**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E SENSITIVA DA MUSCULATURA  
ABDOMINAL E PELVICA DA MULHER NO PÓS-PARTO**

“Reabilitação Motora e Sensitiva da Musculatura Abdominal e Pélvica da Mulher no Pós-Parto- Contributos do Enfermeiro Especialista em Reabilitação”				
População-alvo: Mulheres no Pós-Parto na região abrangida pela UCC , no período de dezembro 2021 e fevereiro 2022, participantes no estudo				
Atividade	Intervenções	Tempo	Local	Avaliação
Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar apresentação investigadora/intervenientes e explicar estudo;</li> <li>- Obter assinatura formal de Consentimento Informado;</li> <li>- Aplicar <i>Formulário de Caracterização da Mulher</i>;</li> <li>- Aplicar International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (Tamanini [et al.], 2004);</li> </ul>	30 minutos	Gabinete da UCC	Apreciação qualitativa global
Primeira Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar a apresentação do Programa a Instituir</li> <li>- Negociar o programa com o grupo</li> <li>- Ensinar sobre alterações da musculatura abdominal e pélvica no pós-parto</li> <li>- Ensinar sobre técnica de exercício muscular [exercícios ativos do assoalho pélvico]</li> </ul>	60 minutos	Biblioteca da UCC	Avaliação da satisfação da sessão
Segunda Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensorial;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> <li>- Fornecer material de Apoio (Livrete de Apoio)</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global
Terceira Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva;</li> <li>- Elogiar evolução;</li> <li>- Consolidar conteúdos abordados;</li> <li>- Promover espaço para dúvidas e</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global

	questões.			
Quarta Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva;</li> <li>- Elogiar evolução;</li> <li>- Consolidar conteúdos abordados;</li> <li>- Promover espaço para dúvidas e questões.</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global
Quinta Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva I;</li> <li>- Elogiar evolução;</li> <li>- Consolidar conteúdos abordados;</li> <li>- Promover espaço para dúvidas e questões.</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global
Sexta Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva;</li> <li>- Elogiar evolução;</li> <li>- Consolidar conteúdos abordados;</li> <li>- Promover espaço para dúvidas e questões.</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global
Sétima Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva;</li> <li>- Elogiar evolução;</li> <li>- Consolidar conteúdos abordados;</li> <li>- Promover espaço para dúvidas e questões.</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global
Oitava Sessão (Grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar técnica de exercício muscular segundo programa de reabilitação motora e sensitiva;</li> </ul>	60 minutos	UCC	Apreciação qualitativa global

Avaliação Final (Individual)	- Aplicar os Instrumentos: <i>Formulário de Caracterização da Mulher</i> e ICIQ-SF Tamanini [et al.], 2004 - Aplicar Questionário de Satisfação sobre a participação no programa.	30 minutos	UCC	Questionário de satisfação sobre a participação no programa
Recursos Necessário:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material bibliográfico;</li> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Projetor;</li> <li>- Gravador;</li> <li>- Espaço Físico da UCC;</li> <li>- Espelho;</li> <li>- Colchões;</li> <li>- Toalha individual;</li> <li>- Banda individual;</li> <li>-Bola de pilates;</li> <li>- Material de Apoio (Livrete);</li> </ul>			

### **Programa de Reabilitação**

O programa de reabilitação apresentado tem como ponto de partida a avaliação inicial individualizada de cada mulher, sendo que a sua concretização e progressão respeita os princípios da individualidade, reversibilidade, especificidade e sobrecarga pelo qual todos os programas de reabilitação se devem reger.

Este programa contempla uma sessão semanal com duração de 60 minutos.

Estão contemplados neste programa as fases de aquecimento, fase de treino e fase de alongamento e relaxamento.

	Temas a abordar	Objetivos	Duração
1ª Sessão: Teórica	Apresentação do programa	Apresentar o programa a implementar  Cuidados gerais na implementação do programa	20 minutos
	A musculatura abdominal e pélvica	Ensinar sobre a principal musculatura abdominal envolvida na gestação e parto  Ensinar sobre a musculatura pélvica  Ensinar sobre as principais queixas da mulher no pós-parto, risco associados	30 minutos

		Ensinar exercícios do assoalho pélvico	
	Dúvidas/questões /sugestões	Espaço aberto para comunicação	10 minutos
2ª e 3ª Sessões			
	<b>Fase de treino</b>	<b>Exercício</b>	<b>Duração</b>
	Aquecimento	Mobilização de todos os segmentos corporais	5 minutos
	Reeducação Postural	Alinhamento corporal	5 minutos
	Reeducação Funcional respiratória	Dissociação dos tempos respiratórios Reeducação Diafragmática Reeducação Costal Global	10 minutos
	Treino Funcional	Exercícios Ativos do Assoalho Pélvico no solo Exercícios Hipopressivos	20 minutos
	Alongamento	Saudação ao Sol	5 minutos
	Relaxamento	Relaxamento progressivo de Jacobson	10 minutos
4ª a 8ª Sessões			
	<b>Fase de treino</b>	<b>Exercício</b>	<b>Duração</b>
	Aquecimento	Mobilização de todos os segmentos corporais	5 minutos
	Reeducação Postural	Alinhamento corporal	5 minutos
	Reeducação Funcional respiratória	Dissociação dos tempos respiratórios Reeducação Diafragmática Reeducação Costal Global	10 minutos
	Treino Funcional	Exercícios Ativos do Assoalho Pélvico no solo/sentado/em pé Exercícios Hipopressivos	15 minutos
	Treino de Força	Prancha Isométrica Agachamento isométrico na parede Ponte de ombros Flexão na Parede Swimming	15 minutos
	Alongamento	Saudação ao Sol	5 minutos
Relaxamento	Relaxamento progressivo de Jacobson	10 minutos	

## Memória Descritiva

### Fase de Aquecimento

A fase de aquecimento é fundamental para iniciar qualquer tipo de atividade física. Este conjunto de exercícios prévio ajuda o corpo a preparar-se para o esforço seguinte e faz com que os sistemas cardiorrespiratório e motor entrem num ritmo mais acelerado, de forma gradual, prevenindo lesões.

Assim, esta fase contempla a mobilização dos principais segmentos corporais.

Segmento Corporal	Mobilização
Cabeça	lateralização 5x cada lado
	rotação 5x cada lado
	circundução 2x cada lado
Membros superiores	Rotação do membro superiores bilateral 5x cada lado
	Rotação dos punhos 5xcada lado
Cintura pélvica	Rotação 5xcada lado
Membros inferiores	Agachamento com joelhos juntos 5x
	Agachamento com rotação do quadril 5x cada lado

### Reeducação Postural

O alinhamento corporal é fundamental para uma correta manutenção dos sistemas osteoarticular e muscular. Desta forma é fundamental a adoção de posturas corretas e a consciencialização e conhecimento de posturas desadequadas.

Não obstante, a forma mais consensual de correção postural é a reeducação postural com recurso a espelho quadriculado pois permite um feedback visual instantâneo através das linhas do

espelho. Assim, a realização dos vários exercícios do programa em frente ao espelho é uma das estratégias de reeducação postural.

O correto alinhamento durante todo o programa de reeducação motora e sensitiva da mulher no pós-parto através do feedback do enfermeiro é igualmente fundamental.

### **Reeducação Funcional Respiratória**

A musculatura abdominal é encerrada na sua vertente superior pelo diafragma. Desta forma, a sua reprogramação revela-se essencial, uma vez que, tal como a restante musculatura sofre alterações importantes durante o período de gestação e parto. Sendo o principal musculo da respiração e contribuindo fortemente para a condição cardiorrespiratória da mulher é essencial dedicar-lhe uma parte deste programa.

Exercício	Descrição
Dissociação dos tempos respiratórios	Consiste num exercício respiratório que visa a tomada de consciência da respiração e controlo da mesma (frequência, amplitude e ritmo respiratórios) possibilitando a melhoria da coordenação e da eficácia dos músculos respiratórios. Deve ser realizada numa posição de descanso e relaxamento, devendo existir em cada expiração.
Reeducação Diafragmática	Esta técnica centra-se na ativação do diafragma durante a inspiração, minimizando a intervenção dos músculos acessórios.  A reeducação diafragmática é a realização da respiração diafragmática, com ênfase na fase inspiratória, e compressão/resistência ou contração abdomino-diafragmática na expiração, com o objetivo de melhorar a excursão diafragmática e promover o fortalecimento muscular das diferentes porções do diafragma.
Reeducação Costal Global com Faixa	A reeducação costal melhora a mobilidade torácica e articular, ajuda a restituir ao diafragma e músculos acessórios uma posição mecanicamente mais vantajosa, melhora a ventilação e a postura corporal.

## **Treino Funcional**

### ***Exercícios do Assoalho Pélvico:***

Os exercícios ativos do assoalho pélvico trabalham especificamente a musculatura pélvica. Para tal é essencial a consciencialização da localização da musculatura e da forma correta de a trabalhar.

Tem como objetivo ajudar a recuperar do parto, prevenir a incontinência e perda de sensibilidade na região pélvica, restituir ao pavimento pélvico a sua máxima capacidade e restabelecer a intensidade do orgasmo feminino.

A musculatura do assoalho pélvico é constituída por fibras de contração rápida e de contração lenta, tendo como principais funções o suporte, o controlo esfinteriano e a função sexual. Desta forma os exercícios ativos do assoalho pélvico devem contemplar exercícios de contração rápida e exercícios de contração lenta.

A contração rápida deve ser realizada com duração de 1 a 2 segundos, períodos de repouso equivalentes e com repetições de 10 vezes.

Nos exercícios de contração lenta, a contração deve iniciar-se no nº de segundos +1 segundo do que a pessoa é capaz de contrair os músculos do assoalho pélvico na avaliação inicial, evoluindo até 10 segundos, e deve ter um período de repouso duas vezes maior que o período de contração.

Nos dois tipo de contração, nos casos de força muscular 0/5 e 1/5 podem ser utilizados os músculos acessórios como os músculos abdominais, os glúteos e os adutores de forma a fortalecer os músculos pélvicos que se encontram fortemente enfraquecidos.

Os exercícios ativos do assoalho pélvico podem realizar-se na posição horizontal (sem gravidade), na posição sentada e na posição de pé, sendo que o objetivo é que cada pessoa seja capaz de os realizar na posição bípede, por uma questão de funcionalidade. Neste sentido o programa deve progredir da posição horizontal para a posição vertical. Não obstante, o alinhamento corporal é fundamental à correta realização dos exercícios, seja qual for a posição adotada para a realização dos exercícios.

O objetivo diário de contração dos músculos do assoalho pélvico deve situar-se entre 30 a 80 contrações diárias pelo que o trabalho destes músculos em casa é fundamental para o sucesso do programa.

### ***Exercícios Hipopressivos***

Os exercícios hipopressivos consistem numa técnica postural e sistêmica que envolve a ativação de diferentes grupos musculares de forma a gerar uma pressão negativa nas cavidades torácica, abdominal e pélvica. Tem como objetivos a tonificação do pavimento pélvico, a tonificação abdominal, prevenção de lombalgias funcionais, prevenção de hérnias discais lombares, prevenção de hérnias vaginais, prevenção de hérnias abdominais, melhoria da vascularização dos membros inferiores, melhoria na sensibilidade sexual, melhoria postural;

Estes exercícios executam-se criando uma redução da pressão intra-abdominal através do efeito de vácuo provocado. Desta forma trabalham o tônus da parede abdominal sem lesar o pavimento pélvico. Aconselha-se que sejam realizados a um ritmo lento, por pelo menos 10 segundos e em apneia expiratória. Podem ser realizados na posição horizontal ou em quatro apoios. Para a realização dos exercícios hipopressivos, devem sempre ser contraídos os músculos pélvicos, e devem ser realizados com a bexiga vazia. Devem seguir os seguintes passos:

- Inspirar respiração do tipo abdominal;
- Expirar todo o ar que conseguir e quando sentir que já expirou o ar todo, contrair o abdominal aspirando os músculos abdominais e perineais e ficar em apneia;
- Manter a apneia enquanto for confortável;
- Inspirar calmamente;

### **Treino de Força**

O treino de força e resistência diz respeito à realização de exercício utilizando uma força contrária de forma a que seja criada uma resistência e assim promover o aumento e o desenvolvimento da massa muscular.

Exercício	Progressão
Prancha Isométrica	Inicia com 10 segundos, objetivo 30 segundos De 1 a 3 series
Agachamento isométrico na parede	Inicia com 10 segundos, objetivo 30 segundos De 1 a 3 series
Ponte de ombros	Inicia com 10 segundos, objetivo 30 segundos De 1 a 3 series
Flexão na Parede	Inicia com 3 repetições até 10 repetições De 1 a 3 séries
Swimming	Apenas membros superiores Apenas membros inferiores Movimento combinado memb. Sup e memb. Inferior contralateral

## **Alongamento**

O alongamento pretende manter ou aumentar a amplitude dos movimentos. Tem como objetivos diminuir o risco de lesões, atenuar a fadiga muscular, melhorar a circulação, melhorar a postura e recuperar a capacidade de amplitude nos movimentos.

A saudação ao sol faz parte da prática de yoga, apresentado como vantagem o alongamento completo de todos os segmentos corporais numa sequência de 12 posturas.

Para realizar este alongamento devem ser seguidos os seguintes passos:

1 – Posicione-se de pé, na ponta da frente do seu tapete com os pés juntos e o peso equilibrado pelo corpo (Postura montanha – Tadasana)

2 – Inspire e levante os braços, mantendo os bíceps próximos às orelhas. Incline um pouco o tronco para trás de forma a esticá-lo, movendo a cintura pélvica um pouco para a frente e os braços para trás. (Postura dos braços para cima – Urdhva Hastasana)

3 – Ao expirar, desça lentamente os braços em direção ao chão até ao seu limite

4 – Ao inspirar, estique para trás a sua perna direita o máximo possível e olhe para a frente. (Postura do Corredor – Ashwa Sanchalanasana)

5 – Ao inspirar novamente, estique para trás a perna esquerda e deixe o corpo alinhado (Postura da prancha – Kumbhakasana)

6 – Baixe um pouco o corpo, como se fosse tocar o chão, mas mantenha-se sobre as palmas da mão. (Pracha baixa – Chaturanga Dandasana)

7 – Deslize para a frente e levante o peito enquanto olha para cima. As perna não tocam no chão, as palmas das mãos continuam no chão e os cotovelos levemente dobrados. (Postura do cão a olhar para cima – Urdhva Mukha Svanasana)

8 – Levante o quadril enquanto as palmas das mãos continuam no chão de forma a ficar na posição de V invertido. (Postura do cão a olhar para baixo – Adho Mukha Svanasana)

9 – Ao inspirar, olhe para a frente e mova o joelho direito para a frente, enquanto a perna esquerda fica esticada para trás. (Postura do Corredor – Ashwa Sanchalanasana)

10 – Ao expirar, retire o joelho da frente do corpo e repita a posição do passo 3. (Alongamento para frente – Uttanasana)

11 – Inspire e repita a posição do passo 2, com o corpo arqueado para trás. (Postura dos braços para cima – Urdhva Hastasana)

12 – Mova os braços para baixo, junte as mãos em posição de prece em frente ao peito. (Posição de prece – Anjali mudra)

## **Relaxamento**

A fase de relaxamento, tal como o nome indica, é importante para favorecer o relaxamento de todas as estruturas trabalhadas ao longo do programa.

O relaxamento progressivo de Jacobson consiste na contração e relaxamento de grupos musculares por técnica guiada, e através de oscilações de tónus muscular favorecer a auto percepção muscular e o seu relaxamento.

**APÊNDICE G**

**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E SENSITIVA DA MUSCULATURA  
ABDOMINAL E PELVICA DA MULHER NO PÓS-PARTO- PROJEÇÃO  
APRESENTADA NAS SESSÕES**

# Reabilitação da Mulher no Pós-Parto

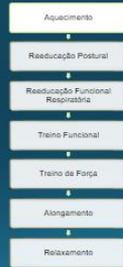
Sessões Práticas



1



2



3

## Lateralização da Cabeça



Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	Resultado 6	Resultado 7	Resultado 8
Ativação global	2. alongamento com bola	3. alongamento com bola	4. alongamento com bola	5. alongamento com bola	6. alongamento com bola	7. alongamento com bola	8. alongamento com bola

4

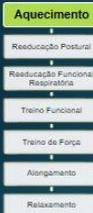
## Rotação da Cabeça



Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	Resultado 6	Resultado 7	Resultado 8
Ativação global	2. alongamento com bola	3. alongamento com bola	4. alongamento com bola	5. alongamento com bola	6. alongamento com bola	7. alongamento com bola	8. alongamento com bola

5

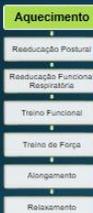
## Circundação da Cabeça



Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	Resultado 6	Resultado 7	Resultado 8
Ativação global	Ativação global	2. alongamento com bola	3. alongamento com bola	4. alongamento com bola	5. alongamento com bola	6. alongamento com bola	8. alongamento com bola

6

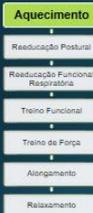
## Rotação dos membros superiores



Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	Resultado 6	Resultado 7	Resultado 8
Ativação global	2. alongamento com bola	3. alongamento com bola	4. alongamento com bola	5. alongamento com bola	6. alongamento com bola	7. alongamento com bola	8. alongamento com bola

7

## Rotação dos Punhos



Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	Resultado 6	Resultado 7	Resultado 8
Ativação global	2. alongamento com bola	3. alongamento com bola	4. alongamento com bola	5. alongamento com bola	6. alongamento com bola	7. alongamento com bola	8. alongamento com bola

8

**Aquecimento**

Reeducação Postural

Reeducação Funcional Respiratória

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Rotação da Cintura Pélvica

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

9

**Aquecimento**

Reeducação Postural

Reeducação Funcional Respiratória

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Agachamento com joelhos juntos

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

10

**Aquecimento**

Reeducação Postural

Reeducação Funcional Respiratória

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Agachamento com rotação do quadril

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

11

**Aquecimento**

**Reeducação Postural**

Reeducação Funcional Respiratória

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Reeducação Postural em frente ao espelho

OE, 2018

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

12

**Aquecimento**

**Reeducação Postural**

Reeducação Funcional Respiratória

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Alinhamento correto na realização dos exercícios

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

13

**Aquecimento**

Reeducação Postural

**Reeducação Funcional Respiratória**

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Dissociação dos tempos respiratórios

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

14

**Aquecimento**

Reeducação Postural

**Reeducação Funcional Respiratória**

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Reeducação Diafragmática

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

15

**Aquecimento**

Reeducação Postural

**Reeducação Funcional Respiratória**

Treino Funcional

Treino de Força

Alongamento

Relaxamento

### Reeducação Costal Global com Faixa

Repetição 1	Repetição 2	Repetição 3	Repetição 4	Repetição 5	Repetição 6	Repetição 7	Repetição 8
10 segundos							

16

### Exercícios do assoalho Pélvico

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento

**Contração rápida**

1 a 2 segundos  
períodos de  
repouso  
equivalentes

**Contração lenta**

período de repouso  
duas vezes maior  
que o período de  
contração.

17

### Exercícios do assoalho Pélvico

Posição Deitada

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
Contração rápida	10x em 30s							
Contração lenta	10x em 30s							

18

### Exercícios do assoalho Pélvico

Posição Supino

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
Contração rápida	10x em 30s							
Contração lenta	10x em 30s							

19

### Exercícios do assoalho Pélvico

Posição Sentada

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
Contração rápida	10x em 30s							
Contração lenta	10x em 30s							

20

### Exercícios Hipopressivos

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento

- Inspirar respiração do tipo abdominal;
- Expirar todo o ar que conseguir e quando sentir que já expirou o ar todo, contrair o abdominal aspirando os músculos abdominais e perineais e ficar em apneia;
- Mantê-la apneia pelo tempo pretendido em programa;
- Inspirar calmamente;

21

### Exercícios Hipopressivos

Posição Deitada

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
10x em 30s								

22

### Exercícios Hipopressivos

Posição Sentado

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
10x em 30s								

23

### Exercícios Hipopressivos

Posição Quatro Apoios

- Aquecimento
- Reeducação Postural
- Reeducação Funcional Respiratória
- Treino Funcional**
- Treino de Força
- Alongamento
- Relaxamento



	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5	Período 6	Período 7	Período 8
10x em 30s								

24

### Prancha Isométrica



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
**Treino de Força**  
 Alongamento  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

25

### Agachamento isométrico na parede



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
**Treino de Força**  
 Alongamento  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

26

### Ponte de ombros



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
**Treino de Força**  
 Alongamento  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

27

### Flexão na Parede



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
**Treino de Força**  
 Alongamento  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

28

### Swimming



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
**Treino de Força**  
 Alongamento  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

29

### Saudação ao Sol



Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

30

### Saudação ao Sol



1 - Posicione-se de pé, na ponta da frente do seu tapete com os pés juntos e o peso equilibrado pelo corpo (Postura montanhosa – Tadasana)

Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

31

### Saudação ao Sol



2 - Inspire e levante os braços, mantendo os bíceps próximos às orelhas. Incline um pouco o tronco para trás de forma a esticar, movendo a cintura pélvica um pouco para a frente e os braços para trás. (Postura dos braços para cima – Urdhva Hastasana)

Aquecimento  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

| Repetição   |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Repetição 1 | Repetição 2 | Repetição 3 | Repetição 4 | Repetição 5 | Repetição 6 | Repetição 7 | Repetição 8 |
| 10 segundos |
| 1 seta      |

32

**Saudação ao Sol**

3 – Ao expirar, desça lentamente os braços em direção ao chão até ao seu limite.



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

33

**Saudação ao Sol**

4 – Ao inspirar, estique para trás a sua perna direita e máximo possível e olhe para afrente. (Postura do Corredor – Ashwa Sanchalasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

34

**Saudação ao Sol**

5 – Ao inspirar novamente, estique para trás a perna esquerda e deixe o corpo alinhado (Postura da prancha – Kumbhakasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

35

**Saudação ao Sol**

6 – Baixe um pouco o corpo, como se fosse tocar o chão, mas mantenha-se sobre as palmas da mão. (Pracha baixa – Chaturanga Dandasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

36

**Saudação ao Sol**

7 – Deslize para a frente e levante o peito enquanto olha para cima. As pernas não tocam no chão, as palmas das mãos continuam no chão e os cotovelos levemente dobrados. (Postura do cão a olhar para cima – Urdhva Mukha Svanasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

37

**Saudação ao Sol**

8 – Levante o quadril enquanto as palmas das mãos continuam no chão de forma a ficar na posição de V invertido. (Postura do cão a olhar para baixo – Adho Mukha Svanasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

38

**Saudação ao Sol**

9 – Ao inspirar, olhe para a frente e mova o joelho direito para a frente, enquanto a perna esquerda fica esticada para trás. (Postura do Corredor – Ashwa Sanchalasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

39

**Saudação ao Sol**

10 – Ao expirar, retire o joelho da frente do corpo e repita a posição do passo 3. (Alongamento para frente – Uttanasana)



**Aquecimento**  
 Reeducação Postural  
 Reeducação Funcional Respiratória  
 Treino Funcional  
 Treino de Força  
**Alongamento**  
 Relaxamento

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
Olhe ao ar livre	2 exemplos						

40

**Saudação ao Sol**

11 – Inspire e repte a posição do passo 2, com o corpo arqueado para trás. (Postura dos braços para cima – Urdhva Hastasana)



Aqucimento  
Reeducação Postural  
Reeducação Funcional Respiratória  
Treino Funcional  
Treino de Força  
**Alongamento**  
Relaxamento

Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição
10 segundos	2 segundos						

41

**Saudação ao Sol**

12 – Mova os braços para baixo, junto as mãos em posição de prece em frente ao peito. (Posição de prece – Anjali mudra)



Aqucimento  
Reeducação Postural  
Reeducação Funcional Respiratória  
Treino Funcional  
Treino de Força  
**Alongamento**  
Relaxamento

Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição	Repetição
10 segundos	2 segundos						

42

**Relaxamento progressivo de Jacobson**



Aqucimento  
Reeducação Postural  
Reeducação Funcional Respiratória  
Treino Funcional  
Treino de Força  
Aalongamento  
**Relaxamento**

| Repetição  |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 10 minutos |

43



**Não se esqueça de...**

- Complementar este programa com exercício físico (caminhada, bicicleta ou ginástica aquática) 30 minutos 3 vezes na semana
- Realizar entre 30 a 80x os exercícios do assoalho pélvico por dia
- Realizar este programa 2 x na semana de forma autónoma
- Manter uma dieta equilibrada
- Hidratar-se corretamente

44

**APÊNDICE H**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA E  
SENSITIVA DA MULHER NO PÓS-PARTO**



**Questionário de Avaliação do Programa de Enfermagem de Reabilitação  
Motora e Sensorial na Mulher no Pós-Parto**

A sua opinião relativamente ao Programa de Reabilitação no Pós-parto é muito importante na medida em que permitirá ajustar a intervenção futura junto de outras mulheres. Indique, por favor, a sua opinião relativamente às seguintes questões.

**A. Classifique de que forma o Programa de Reabilitação implementado contribuiu para a sua recuperação no pós-parto:**

1. Máximo contributo	57%
2. Grande contributo	43%
3. Algum contributo	
4. Pouco contributo	
5. Nenhum contributo	

**B. Como classifica o seu grau de satisfação relativamente ao Programa de Reabilitação Motora e Sensorial no pós-parto:**

1. Extremamente Satisfeita	88%
2. Bastante Satisfeita	14%
3. Satisfeita	
4. Pouco Satisfeita	
5. Nada Satisfeita	

**Sugestões de melhoria/ comentários:**

"Nada a apontar. Correu tudo na perfeição."

"Maior duração- 1h30."]

Grata pela Sua Participação!

Mestranda: Carla Ribeiro



**APÊNDICE I**  
**MATRIZ DE REDUÇÃO DOS DADOS**

Área Temática: Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Inicial				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº utentes
Fonte	Pesquisas	<p>“...ainda ontem estive a ver mais exercícios (...) tive a ler e, como hei-de dizer, também para não esforçar muito...” U1</p> <p>“...Mas pronto, tive a ler... mas é que eu tenho lido.”U1</p> <p>“...abdominal eu li...” U7</p> <p>“...fui ver vídeos...” U1</p> <p>“...tudo das pesquisas que fiz...” U7</p>	5	2
	Redes Sociais	<p>“...Só o que tenho lido as vezes em redes sociais..” U4</p>	1	1
	Profissionais de Saúde	<p>“...tenho ido à minha fisioterapeuta... e ela ensinou-me dois exercícios..” U4</p>	1	1
Demonstra	Exercícios Abdominais	<p>“...acho que é, hipopressivos, que é inspirar, expirar e puxar o musculo da barriga durante 10 segundos e depois voltar a inspirar...” U7</p> <p>“...não podem ser aqueles abdominais tradicionais tem que ser aqueles de trabalhar melhor a respiração e esta parte aqui mais por baixo mas não tão exagerados quanto isso...” U1</p>	2	2

	Exercícios Pélvicos	<p>“...Alguma coisa, Trabalho na área ginecológica é a minha área, e pronto, tenho alguma noção de alguns exercícios que são necessários... fazer para reforçar a zona do pavimento pélvico.</p> <p>” U3</p> <p>“...Os pélvicos, só a contração da musculatura durante uns segundos e largar. Isso já conhecia há alguns anos ...” U7</p> <p>“...dois exercícios com a bola de pilates só mesmo para a zona pélvica. É a única coisa que conheço...” U4</p>	3	3
Não Demonstra		<p>“Nada, sinceramente, nada de nada...” U6</p> <p>“Nada.” U5</p> <p>“Nada. Já ouvi falar mas nunca pesquisei.” U2</p>	3	3
Área Temática: Conhecimento sobre exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica – Entrevista Final				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº Utentes
Hipopressivos		<p>“...aprendemos então a fazer os hipopressivos...” U1</p> <p>“...aquilo da apneia, os hipopressivos.” U2</p> <p>“...Sei que é necessário nós fazermos então aqueles exercícios abdominais...”U3</p> <p>“...Tenho os Hipopressivos...” U4</p>	7	7

		<p>“...os hipopressivos...” U5</p> <p>“...Os hipoflexivos, heee, hipopressivos..” U6</p> <p>“...Para a abdominal é os hipopressivos, que eu já seguia, antes da gravidez já seguia algumas pessoas que fazem e mas não tinha noção de como é que se fazia, quantidade e número de repetições...” U7</p>		
Exercícios respiratórios		<p>“...grande diferença até ao nível da respiração e tudo Tenho feito até enquanto pratico atletismo, tenho treinado mais essa parte porque ajuda mesmo aqui a parte do diafragma esta parte toda [aponta para a região abdominal superior]...” U1</p> <p>“...a parte da respiração...” U2</p> <p>“...também a parte respiratória também influencia...” U3</p>	3	3
Exercícios do Assoalho Pélvico		<p>“...contrações dos músculos do assoalho pélvico. Essas também nos ajudam bastante e eu notei bastantes melhorias nesse aspeto....”U1</p> <p>“As contrações rápidas, as contrações lentas...” U2</p> <p>“...O períneo, sim, pronto, tudo o que tem a ver...” U3</p> <p>“...Depois tem o do elevador [referindo-se aos exercícios do assoalho pélvico]...” U4</p> <p>“...as contrações pélvicas, as lentas e as rápidas...” U5</p> <p>“..., aquela dos elevadores que não</p>	7	7

		<p>sei o nome.. mas que é a que fica mais na memória, de subir ao 5º andar e fazer os 10 segundos...” U6</p> <p>“...E para nível vaginal os exercícios de Kegel, apertar e largar também não tinha noção de quantidade, eu fazia muitas vezes assim seguido, mas nunca tinha feito o exercício do elevador, e coisas assim...” U7</p>		
Exercícios de Força e alongamentos		<p>“...tem a parte dos alongamentos, a ponte, a prancha, isso tudo, que são os de força...” U4</p> <p>“...o agachamento, aquele no tapete [Swiming]...” U5</p> <p>“... A ponte, a prancha, agachamento na parede, esses são os que ficam mais na memória...” U6</p> <p>“... Depois, lá está, a prancha, que é horrível, e depois aqueles exercícios todos que, parecendo que não, aquele aquecimento também ajuda muito...” U7</p>	4	4
<p>Área Temática: Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica- Entrevista Inicial</p>				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº utentes
Limitada		<p>“... eu sempre fiz pilates e agora é que estou um bocadinho parada, quer dizer, um bocadinho não, desde que engravidei o pilates parei...” U3</p> <p>“...Não sei [se sabe fazer]...” U1</p> <p>“...Uma bola de pilates pequenina e inspirar, ao inspirar puxar a zona pélvica para cima e</p>	4	4

		ao expirar mandar para baixo, ou ao contrário, já não me lembro...” U4 “Acho que sim, a 100% não...” U7		
Ausente		“Não faço.” U6 “Nada.” U5 “Nada.” U2	3	3
Área Temática: Habilidade para realizar os exercícios de reeducação da musculatura abdominal e pélvica- Entrevista Final				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº Utentes
Presente		“Sim, sou capaz de fazer sozinha.” U1 “Sim, sim. As vezes estou no sofá e estou a fazer, principalmente o elevador...” U4 “Sim, sou capaz de os fazer” U5 “Sim, sou capaz de os fazer” U6 “Acho que sei fazer... mas lembro-me de fazer por exemplo os exercícios de Kegel, e pronto, vou fazendo...Os hipopressivos é que geralmente faço antes do banho ou no fim do banho porque estou sozinha e ou então ele (o bebé) está lá a ver mas pronto, estou... dispo-me e estou em frente ao espelho e lembro-me de fazer, então e faço, geralmente 5 minutinhos” U7 “...No início a fazer os exercícios sentia muita dificuldade, agora não sinto	6	6

		tanta [referindo-se à capacidade de contração dos músculos]...” U2		
Limitada		“Sei fazer, só tenho mais dificuldade a fazer a apneia, tenho um bocado de dificuldade” U2  “Que eu já não tenho tanta noção, né, e então aprendi isso da pior maneira, não é, uma vez que e eu não consigo controlar a parte da respiração [referindo-se à capacidade fazer apneia].”U3  “preciso do auxílio, de olhar para a cábula [referindo-se ao livro de apoio]” U3	2	2
Área Temática: Perceção sobre a sua condição atual- Entrevista Inicial				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº utentes
Sentimentos	Aceitação	“... tenho um bocadinho de barriga, mas eu já tinha antes de engravidar, aliás eu já estou mais ou menos no peso que tinha antes de engravidar...” U6  “... Sinto às vezes umas pontadas aqui [nas costas], mas não é nada.” U5  “... tenho muita barriga, mas pronto.” U2  “... Acho que sim, não sinto diferença...” U6  “... Não estava habituada, agora já a voltar ao normal ou então habituei-me, mas regra geral, já me estou a sentir melhor...”U7	5	4

	Satisfação	<p>“...já estou bem...” U1</p> <p>“... estado zen.” U1</p> <p>“... Sinto bem... Não tenho nada...” U5</p>	3	2
	Insatisfação	<p>“... [Suspiro]. Tem que voltar ao sitio...” U4</p> <p>“ Não gosto de como está a barriga...” U2</p> <p>“ Não me sinto muito bem porque ganhei barriga...”U7</p> <p>“... as primeiras semanas é que pronto, foi assim um choque um bocado grande porque parecia que não era eu...” U7</p> <p>“... Acho que ainda, não sei, não me sinto como antes, não sei explicar” U4</p> <p>“... já estou melhor, depende dos dias” U7</p>	6	3
Condição Física	Dor	<p>“... sinto é aquela picada aqui em baixo que não é normal.. é uma dor que é separada e ali ao centro parece que não tem nada...” U1</p> <p>“... Sinto às vezes umas pontadas aqui [nas costas]...” U5</p> <p>“ a nível pélvico é a questão do clitóris [dor], a cicatrização também estava estranha e agora sinto a pele um bocado mais dura...”U7</p>	3	3
	Flacidez	<p>“... ainda tenho um bocadinho de barriga... tem aqui assim pregazinha que vem desde aqui e que eu acho que já é</p>	2	2

		consequência do parto...” U6 “...Mas noto, que esta zona ficou ainda um bocadinho flácida embora a barriga já era minha, não é da gravidez porque eu já estava obesa.” U3		
Apoio Profissional		“... realmente isto precisa aqui de alguma coisa...” U3 “... Porque também não sei, estava a espera de saber se os podia fazer” U7 “... se vou fazer bem no número de vezes isso já não sei...” U7	3	2
Área Temática: Perceção sobre a sua condição atual- Entrevista Final				
Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Nº de unidades de registo	Nº utentes
Condição Física	Força Muscular	“...notamos grande diferença [referindo-se aos exercícios hipopressivos]...”U1 “... e sinto que a minha parte abdominal está mais forte em relação ao início do programa...” U1 “...Sinto muita mais força...” U2 “... mas na parte pélvica acho que sim, que faz diferença...” U3 “...Sei que fazem muito bem, noto diferença, e ajudou-me bastante também...[referindo-se ao programa de exercícios de forma geral]” U5 “...E Tenho maior facilidade em fazer a contração. Isso não há dúvida nenhuma...” U6	6	5
	Flacidez	“... Sinto-me mais firme...”U1	5	5

		<p>“...Sei lá, Acho que melhorei bastante porque no início, parecia que aquela zona estava mais flácida e agora depois de ter feito os exercícios e também com o passar do tempo noto que tudo, pronto, esta a regressar ao seu lugar. Tudo mais tonificado, sim, noto muita diferença...” U3</p> <p>“... Mais firme, sinto isso...” U4</p> <p>“...Sinto mais no sítio. No início, sentia que estava muito saltante, flácida, agora está mais juntinha, mais tonificada. ..” U5</p> <p>“...Noto que a barriga está mais firme, ainda tenho bastante gordura, não é, mas isso não é do dia para a noite, mas noto mais firme, a parte da barriga...”U7</p>		
	Dor	<p>“...as dores agora são muito menos...”U1</p> <p>“... A dor. Sim, tinha alguma, principalmente nas costas, como falamos, na lombar, principalmente na zona da minha cicatriz e isso tudo. Mesmo vocês terem falado das massagens na cicatriz, isso ajudou tudo...” U4</p> <p>“... As dores reduziram...” U4</p> <p>“... o ter deixado de sentir aquelas dores. Provavelmente, não sei se foi alguma coisa ao sítio, assim tecnicamente não sei o que foi, mas sinto-me melhor...”U7</p>	4	3
Sentimentos	Surpresa	“... Por caso pensei, que fosse	2	2

		<p>ficar pior...” U3</p> <p>“... Eu não tinha noção é que, a trabalhar outras partes parece que não estão ligadas e que estamos por exemplo a trabalhar a zona da barriga..”U7</p>		
	Satisfação	<p>“... Sinto-me melhor. E sobretudo porque acho que penso mais quando estou a fazer determinadas coisas...” U6</p> <p>“...mas noto que estou mais ciente dos músculos, que depois do parto, estava pr’aqui, qualquer coisa, agora estou mais ciente, já contraio e sinto, acho que tenho outro conhecimento, ajudou bastante. Pelo menos a sentir, a saber qualquer coisa, a lembrar que está ali um músculo...” U7</p>	2	2
Apoio Profissional		<p>“...Acho que isto devia ser implantado em todos os sítios, acho que todas as mulheres mereciam isto...” U4</p>	1	1