

PARECER N.º 117 / 2009

ASSUNTO:

UTILIZAÇÃO DE CINTA DURANTE O PUERPÉRIO

O CE ADOPTA NA ÍNTEGRA O PARECER N.º 24 / 2009 DA CEESMO

1. A questão colocada

- 1- Existência de evidência científica que comprove a utilização da cinta na promoção da involução uterina;
- 2- Controvérsia sobre a utilização da cinta por puérperas, seu efeito terapêutico.

2. Fundamentação

A profissão de Enfermagem tem como objectivo prestar cuidados ao ser humano, ao longo do ciclo de vida, para que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível. O exercício da actividade profissional dos enfermeiros desenvolve-se ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social.

Neste contexto, o enfermeiro procura prevenir complicações, promover os processos de readaptação procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida.

A Ordem dos Enfermeiros foi construindo um quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de acção e que está assente nos seguintes pilares: o Código Deontológico do Enfermeiro; os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Para além destes documentos integrantes do quadro de referência, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constitui-se como um guião essencial para a prática do exercício profissional de Enfermagem, porque «salvaguarda, no essencial, os aspectos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia».¹

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional onde se enquadram dois tipos de intervenções:

- a) As iniciadas por outros técnicos da equipa - intervenções interdependentes, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção;
- b) As iniciadas pela prescrição do enfermeiro - intervenções autónomas, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação.

Em ambos os tipos de intervenção, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos científicos e técnicos que detêm, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa assistida.

Em conformidade com o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem², pelo que nas intervenções de Enfermagem, os enfermeiros devem observar

¹ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro

² cf. ponto 1, Art.º 76º, Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril

todos os princípios inerentes à boa prática de Enfermagem, devendo para isso possuir as competências necessárias à excelência do seu exercício profissional.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o enfermeiro «habilitado (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade»³, competindo-lhe «prestar os cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do cliente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui»⁴.

As competências necessárias para assegurar as áreas de exercício a que este enfermeiro especialista está habilitado⁵ e autorizado⁶ são subjacentes aos conhecimentos e capacidades adquiridas na formação especializada, que lhes permite assumir os cuidados de Enfermagem a prestar à menina, à adolescente e à mulher adulta nos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto, pós-parto e ao recém-nascido até ao 28º dia, assim como, a intervenção no âmbito do Planeamento Familiar, em Ginecologia, na educação para a saúde e na investigação. Logo, compete-lhe informar todas as grávidas ou puerperas sobre o efeito do uso da cinta, suas vantagens e desvantagens, sustentando a sua intervenção na aplicação efectiva da evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão em Enfermagem.

Promover, a recuperação puerperal é uma intervenção autónoma de Enfermagem, que pode ser desenvolvida em vários contextos, nomeadamente em consultas de Saúde Materna, em sessões de educação para a saúde ou em sessões de preparação para a parentalidade.

Salienta-se que as intervenções de Enfermagem não podem ser unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na sua formação académica, sendo a formação contínua um recurso a mobilizar. Neste sentido, para manter a actualização contínua dos seus conhecimentos, devem, os enfermeiros, recorrer não só à auto-formação, como também fazer uso de outras estratégias de formação contínua para actualização e aperfeiçoamento profissional, tal como está previsto no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem⁷.

Estes referenciais da profissão enfatizam a procura de saberes e a sua mobilização na prática de cuidados, assim como a participação activa na investigação e desenvolvimento da profissão, o que determina a necessidade crescente da fundamentação e de uma sólida base de evidência na tomada de decisão dos enfermeiros.

Fisiologicamente, o mecanismo contráctil numa fibra muscular do assoalho pélvico e da região pélvico-abdominal da mulher resulta da resposta a um potencial de acção que desencadeia a contracção da fibra muscular. Apesar do potencial de acção desencadear a contracção, quer o potencial de acção, quer o período refractário,⁸ completam-se antes de se completarem as fases de contracção e relaxamento respectivos. Não sendo, no entanto fundamental o relaxamento da fibra muscular antes de outro potencial de acção. Ao ocorrer o potencial de acção numa área restrita da membrana celular, este transmite-se às zonas circundantes, levando, a despolarização, à abertura dos canais de sódio adjacentes⁹.

³ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Capítulo II, Artigo 4º.

⁴ Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, Artigo 7º, Ponto 3.

⁵ A formação destes profissionais está sujeita, desde 1987, às disposições legislativas decorrentes da transposição das directivas comunitárias 80/154/CEE e 80/155/CEE de 21 de Janeiro para o Direito interno português. A especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve satisfazer a duração mínima e obedecer aos requisitos mínimos fixados pelo Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 15/92, de 4 de Fevereiro. Importa ainda salientar que a Directiva n.º 36/2005/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, em fase de transposição para o ordenamento jurídico interno, mantém e reforça as áreas de exercício dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

⁶ Título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

⁷ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Capítulo VI, Artigo 11º.

⁸ Período refractário – quando se produz um potencial de acção num ponto da membrana celular, a capacidade de resposta dessa região a uma posterior estimulação diminui durante um período de tempo. Seeley, Rod ; Stephens, Trent ; Tate, Philip; Anatomia e Fisiologia. Lusodidacta: Madrid, 2004. p. 285

⁹ Ibidem, p.286

Existem nos músculos esqueléticos¹⁰ fibras musculares de contracção lenta e de contracção rápida¹¹. As primeiras são mais resistentes à fadiga, contraem-se mais lentamente, são de menor diâmetro, são mais irrigadas e possuem mais mitocôndrias, o que reforça a sua capacidade de realizar o metabolismo aeróbio. Estas fibras contêm grande quantidade de mioglobina responsável pela fixação do oxigénio, actuando como reserva quando o sangue não tem a capacidade de fornecer o oxigénio adequado. Nessas situações, a mioglobina contribui para reforçar o metabolismo aeróbio. As fibras musculares de contracção rápida ou fracamente oxidativas contêm miosina que, por estimulação nervosa, desdobram mais rapidamente o ATP, mas possuem menos mioglobina, mitocôndrias e têm menor irrigação sanguínea. Estas fibras musculares têm grandes depósitos de glicogénio, adaptados ao metabolismo anaeróbio, não se adaptando ao fornecimento de grandes quantidades de ATP por períodos prolongados, resultando num cansaço mais rápido devido à contracção rápida e curta. Ambas muito relevantes no mecanismo de adaptação à gravidez.

Um músculo-esquelético hipertrofia-se e aumenta de força e resistência em resposta ao exercício físico. Se o mesmo músculo não tem actividade ou se se reduz a actividade muscular, como acontece com o uso de cinta, pode diminuir a sua dimensão. No entanto, «o número de células musculares não variam sensivelmente durante a vida de uma pessoa, a atrofia e a hipertrofia resultam de alterações no tamanho de cada fibra muscular. Quando as fibras aumentam de tamanho, aumenta o número de miofibrilas e sarcómeros (microfilamentos de actina)»¹², o que resulta particularmente do exercício físico.

As células musculares lisas (ex: uterinas) têm funções variadas, são de menor dimensão, com comprimento de 15 a 200 µm e diâmetro de 5 a 10 µm. São células em forma de fuso com um núcleo central à célula, menor número de miofilamentos de actina e miosina, não se organizando em sarcómeros, pelo que não têm aspecto estriado. Estas células têm filamentos intermédios, não contrácteis que se ligam preferencialmente aos corpos densos distribuídos aleatoriamente na célula e esporadicamente à membrana plasmática.

São os iões cálcio que desencadeiam o processo contráctil ao entrarem na célula provenientes essencialmente do espaço extracelular.

A propagação dos potenciais de acção entre as células, a distância de possível difusão e o menor número de filamentos de actina e miosina contribuem para a contractilidade mais lenta do músculo liso, característica do miométrio.

Nas fibras musculares lisas os iões cálcio ligam-se à calmodulina que conjuntamente activam uma enzima, a miosinaquinase que transfere um grupo fosfato do ATP para a miosina. Quando os filamentos de miosina têm ligados grupos fosfato, ocorre a formação de pontes. Sempre que a «miosina fosfatase remove o grupo fosfato da miosina enquanto as pontes estão ligadas, estas libertam-se lentamente»¹³, justificando a tensão prolongada das fibras musculares uterinas inerentes à gravidez. Por outro lado, o músculo liso visceral ou unitário, de que é exemplo o músculo uterino, apresenta inúmeras fendas sinápticas facilitadoras da passagem directa dos potenciais de acção intercélulas, podendo estes ser gerados espontaneamente e funcionando individualmente por estímulo nervoso ou hormonal.

No útero existem células musculares lisas que tendem a desenvolver potenciais de acção mais rapidamente do que as outras células – designadas células «marca passo» ou *pacemaker*¹⁴. O estímulo hormonal ocorre pela associação da hormona com o receptor de algumas membranas celulares no músculo liso, «através da abertura dos canais de cálcio com portão de ligante»¹⁵, originando a contracção.

A hormona responsável pela contracção do músculo liso uterino é a oxitocina, que devido à sua combinação com os receptores para a oxitocina das células musculares lisas uterinas, activa as proteínas reguladoras da membrana celular – proteínas G – que por sua vez abrem os canais de cálcio com portão de ligante.

A oxitocina é sintetizada no corpo celular dos núcleos paraventriculares do hipotálamo e transportada por axónios até à hipófise posterior – neuro-hipófise - onde fica armazenada nas terminações dos axónios, a aguardar que os potenciais de acção cheguem por via aferente (através da espinal medula). Por sua vez, estes produzem a

10 São exemplo de músculos esqueléticos os rectos abdominais, os ilíocostais dorsais e lombares.

11 Seeley, Rod ; Stephens, Trent ; Tate, Philip; Anatomia e Fisiologia. Lusodidacta: Madrid, 2004. p. 315

12 Seeley, Rod ; Stephens, Trent ; Tate, Philip; Anatomia e Fisiologia. Lusodidacta: Madrid, 2004. p. 301

13 Ibidem, p. 318

14 Ibidem, p.320

15 Ibidem, 320

libertação de oxitocina nas terminações dos axónios, indo actuar nas células uterinas¹⁶. Este processo é desencadeado, pelo parto, por acção de prostaglandinas e decorrente de níveis baixos de progesterona e de níveis mais elevados de estrogénios, no sangue. Também a distensão das fibras musculares por períodos mais prolongados desencadeia um mecanismo de retroacção positiva, estimulando a libertação de oxitocina, que por sua vez origina mais distensão muscular¹⁷.

A amamentação é outro factor facilitador da involução uterina, pois a sucção na aréola e mamilo desencadeia o potencial de acção transmitido por via neurosensorial à adenohipófise e subsequente resultado contráctil a nível uterino¹⁸.

O aumento do volume abdomino-pélvico decorrente da gravidez implica ajustes à postura corporal da mulher, uma vez que o centro de gravidade tem um deslocamento na direcção anterior. Os músculos da parede abdominal anterior estão implicados na flexão e rotação da coluna vertebral. O seu funcionamento é em associação com os músculos da região posterior segundo o movimento angular de flexão ou extensão. A distensão abdominal, a diminuição do *tonus* muscular e o aumento de peso, em especial no terceiro trimestre de gestação, implica o realinhamento da coluna vertebral com relevante contribuição da musculatura anterior e posterior. Os músculos rectos abdominais sofrem estiramento, diminuindo alguma da sua tonicidade e afastam-se permitindo a profusão dos órgãos na linha média. Estas alterações podem¹⁹ associar-se ao desconforto sentido pela mulher no período pós-parto, independentemente do tipo de parto, no entanto agravado na situação de parto por cesariana. Tal facto tem implicação na mobilidade da mulher nos primeiros dias de puerpério, podendo ocorrer uma tensão muscular na região dorso-lombar. Nesta situação, e por um período transitório, o uso da cinta poderá facilitar a mobilidade e contribuir para uma postura corporal mais correcta da puérpera²⁰.

O tecido conjuntivo na sínfise púbica durante a gravidez sofre, por acção dos estrogénios, da progesterona e da relaxina, alterações que flexibilizam a articulação, permitindo o alargamento do estreito inferior da bacia, facilitador da passagem do feto. No puerpério, o tecido conjuntivo tende a recuperar a sua forma original. O uso de cinta (de tipo faixa), parece ser facilitador da regressão da dimensão da bacia, sendo recomendada por alguns autores^{21,22}. O local onde é aplicada a cinta tem, no entanto, particular importância neste processo.

3. Conclusão

Não se encontrou evidência científica directa sobre os efeitos da utilização da cinta na involução uterina da mulher durante o puerpério. No entanto, a evidência científica referente à fisiologia do mecanismo contráctil é clara e objectiva, permitindo-nos afirmar que o uso de cinta não é adjuvante da involução uterina e mesmo no que concerne à recuperação fisiológica da musculatura esquelética, abdomino-pélvica, poderá não ser facilitadora se utilizada permanentemente e por um período longo, pois poderá contribuir para a redução da dimensão das fibras musculares, favorecendo a flacidez.

A presença da dor e desconforto associada à mobilização da mulher nos primeiros dias pós-parto pode constituir, de acordo com a evidência científica actual, indicação para utilização de cinta por um período transitório, especialmente nas mulheres submetidas a cesariana.

Representando a recuperação da puérpera um processo dinâmico e contínuo ao longo do qual a mulher vivencia o seu projecto de saúde na procura de um estado de equilíbrio, e relativamente ao qual o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica dirige as suas intervenções com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, tendo em conta a complexa interdependência pessoa / ambiente, considera-se imprescindível que cuidados de Enfermagem especializados

16 Seeley, Rod ; Stephens, Trent ; Tate, Philip; Anatomia e Fisiologia. Lusodidacta: Madrid, 2004. p.589

17 Ibidem. p. 1041

18 UNICEF ; Manual de Aconselhamento em Aleitamento Materno, Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, tradução portuguesa, 2007

19 BOBAK; Lowdermilk; Jensen – Enfermagem na maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6

20 Protocolo do Serviço de Obstetrícia do Hospital de São João - Rosa Mª Mesquita e Diogo Ayres de Campos - Agosto 2001, revisto por Diogo Ayres de Campos e Catarina Cordeiro, Setembro 2004

21 Ibidem;

22 www.promatrix.com.br/spip.php, consulta em 23-05-2008

impliquem um processo de tomada de decisão que envolva as múltiplas variáveis centradas no bem-estar e empoderamento da mulher.

Assim, assume-se como boa prática:

- a) Informar sobre fisiologia das fibras do músculo-esquelético e do músculo liso associado à gravidez e recuperação puerperal;
- b) Informar sobre as vantagens e desvantagens associadas ao uso de cinta na recuperação física da mulher, no puerpério;
- c) Avaliar a dor / desconforto causada pela mobilização durante o período puerperal e fomentar a adopção de medidas promotoras de conforto;
- d) Promover a actividade física moderada preferencialmente sem o uso de cinta, uma vez não ter influência na involução uterina e até poder comprometer a fisiologia das fibras musculares esqueléticas da região pélvico-abdominal.

É imprescindível que todos profissionais de Enfermagem privilegiem a actualização contínua e a elaboração de estudos sobre esta matéria, contribuindo para fundamentar a prática na evidência científica e melhorar a assistência dos cidadãos.

Aprovado na reunião de 02 / 04 /2009

Pe'l O Conselho de Enfermagem

Enf.ª Lucília Nunes
(Presidente)