

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AS POTENCIALIDADES DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA A  
RECUPERAÇÃO DA MULHER NO PÓS-PARTO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Ana Filipa Sousa Castro  
Porto | 2016

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AS POTENCIALIDADES DO EXERCÍCIO FÍSICO  
PARA A RECUPERAÇÃO DA MULHER  
NO PÓS-PARTO

THE POTENTIAL OF PHYSICAL EXERCISE  
FOR THE RECOVERY OF WOMEN  
IN THE POSTPARTUM

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Orientação:  
Prof.<sup>a</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Ana Filipa Sousa Castro

Porto | 2016

*“Sou mulher, sou mãe, sou deusa,  
e assim mereço ser cuidada.  
Se parir faz parte da natureza,  
que esta força seja respeitada.”*

*(Livia Pavitra)*



## AGRADECIMENTOS

O término deste trabalho é o culminar de um processo formativo em que nos confrontamos com adversidades, naturais do processo formativo e outras nunca imaginadas, que implicaram um esforço acrescido para ultrapassar: os receios, a amargura, a saudade e as dificuldades. Mas, o apoio ao longo desta caminhada foi crucial. Por isso, gostaria de agradecer a todos aqueles que me ajudaram a ultrapassar as adversidades, me fizeram acreditar e deram alento para prosseguir!

...À minha Orientadora, Professora Maria Vitória Barros de Castro Parreira, por toda a sua compreensão, partilha de conhecimentos, disponibilidade e competência demonstradas.

...A toda a equipa docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por terem contribuído para o sucesso do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

...Às minhas tutoras de Estágio, Enfermeiras Margarida Torres, Lúcia Afonso e Luísa Monteiro, pela partilha de experiências, pelas oportunidades de aprendizagem e por toda a motivação e disponibilidade.

...À minha filha, que me fez entender o milagre da vida! Pela força que me transmitiu para prosseguir neste percurso. O tempo de “paragem” para me dedicar a ela, em exclusivo, não foi um interregno. Serviu para me dar ainda mais força e nunca desmotivar face às exigências deste processo formativo.

...Aos meus pais, irmã e sobrinha, e a toda a família, pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha existência.

...Ao meu irmão Pedro, meu anjo da guarda, que sempre me apoiou de perto e que recentemente passou a apoiar-me espiritualmente. Esteve comigo no início deste processo, mas partiu! a sua presença permanece na minha lembrança.

...Ao Nelson, pelo apoio e paciência nos momentos mais difíceis e pelo amor que me tem demonstrado.

...À D. Sílvia e a toda a família Castro. Pela amizade que ao longo dos anos nos têm demonstrado.

...Aos meus amigos e colegas por todo o apoio e força para nunca desistir.

...Às mulheres, aos casais e famílias que contribuíram para que este processo de aprendizagem se tornasse uma realidade.

Bem hajam todos!



## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSM - American College of Sports Medicine  
ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists  
APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras  
APPT – Ameaça de Parto Pré-termo  
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais  
BSG – Boletim de Saúde da Grávida  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
CTG – Cardiotocografia  
DG - Diabetes Gestacional  
DGS - Direção Geral de Saúde  
EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia  
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto  
FCF – Frequência Cardíaca Fetal  
HPH – Hospital Pedro Hispano  
HTA – Hipertensão Arterial  
IB – Índice de Bishop  
ICM – International Confederation of Midwives  
ICN - International Council of Nurses  
IG – Idade Gestacional  
IMC – Índice de Massa Corporal  
IMG – Interrupção Médica da Gravidez  
LA – Líquido Amniótico  
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association  
NICE - National Institute for Health and Care Excellence  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
RCF – Ritmo cardíaco fetal  
RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

RCM – Royal College of Midwives  
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
RN – Recém-nascido  
RPM – Ruptura Prematura de Membranas  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SGB - Estreptococos  $\beta$ -hemolíticos do grupo B  
SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria  
TA – Tensão Arterial  
TP – Trabalho de Parto  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UGR – Unidade de Grávidas de Risco  
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos  
UNICEF - United Nations Children's Fund  
WHO – World Health Organization

## RESUMO

O presente relatório tem como objetivo documentar o percurso realizado no Estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tal como preconiza o regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para a obtenção do grau de mestre. É feita referência ao processo formativo nas áreas da gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto, tendo por base o Regulamento de Competências de Cuidados Especializados preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. É, também, feita uma fundamentação do processo de cuidados, nas diferentes áreas, aos casais e suas famílias que requereram intervenções em cuidados especializados. Este estágio profissionalizante foi realizado na unidade de cuidados de grávidas de risco, sala de partos e internamento de obstetrícia, do Hospital Pedro Hispano. Ao longo deste processo formativo assumimos que o processo de maternidade implica mudanças e desconfortos de vária ordem: fisiológica, psicológica e sociológica. Conscientes de que o âmbito das competências e áreas de atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia são muito vastos, implicou tomar decisões para selecionar e descrever as atividades mais relevantes, pois seria impossível reproduzir todas as experiências vivenciadas que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional. Assim, pretendemos dar maior destaque às atividades desenvolvidas que suscitaram maior reflexão, de acordo com os objetivos do estágio. Também refletir sobre a prestação de cuidados, valorizando a investigação em enfermagem, para validar a prática. Neste contexto, enfatizamos a prática baseada na evidência, através da realização de uma revisão integrativa da literatura, tendo optado por uma problemática centrada nas potencialidades do exercício físico, como área de interesse na repercussão que pode ter para a imagem corporal e para o bem-estar da mulher/casal, mas sobretudo na recuperação da mulher no pós-parto. A opção em privilegiar esta temática foi baseada na importância que pode ter desenvolver planos/sessões e propor exercícios físicos, para proporcionar um equilíbrio físico e emocional à tríade mãe, pai e recém-nascido, para a promoção de uma transição para a parentalidade saudável e para promoção da emancipação no exercício do papel parental. Da análise dos artigos emergiram resultados que confirmam que os exercícios físicos contribuem para a recuperação mais rápida da mulher no puerpério, promove o autocuidado e potencia a prevenção e deteção precoce de complicações. Promove, também, a qualidade de vida, a imagem corporal das puérperas e o bem-estar tanto a nível físico, como psíquico e social. Há ainda um longo caminho a percorrer para reconhecer como imprescindível a prática do exercício físico no período pós-parto, apesar de ser já apanágio da prática de enfermagem especializada no acompanhamento da mulher/família no pós-parto.

**Palavras-chave:** pós-parto, exercício físico, recuperação pós-parto, imagem corporal, cuidado pós-natal.

## ABSTRACT

**Title:** The potential of physical exercise for the recovery of women in the postpartum

The purpose of the present report is to describe the path throughout the Internship in Pregnancy, Labour and Postpartum, integrated in the Master of Nursing Degree in Maternal Health Care and Obstetrics, held in the high-risk pregnancy unit, delivery room and obstetrics hospitalization services at Hospital Pedro Hispano, in the fields related to the internship component: complications in pregnancy, labour and postpartum. In this context, we assume that the process from pregnancy to postpartum entails changes at many levels: physiological, emotional and social. These transformations require the specialized nursing care. Aware that the scope of competence and specialist nurse acting areas in maternal health and obstetrics are very vast, implied decisions to select and describe the most relevant activities, it would be impossible to reproduce all the experiences of personal growth and experienced professional. Thus, we intend to give greater emphasis to the activities leading to greater reflection, according to the stage goals. Also reflect on the care valuing nursing research to validate the practice. In this regard, we emphasize evidence-based practice, by carrying out an integrative literature review, having opted for a problematic centered on the potential of physical exercise, such as area of interest, the repercussion that can have on body image and the good-being, woman/couple, but especially in the recovery of women after delivery. The option in favor this theme was based on the importance that may have to develop programmes/sessions and propose physical exercises to provide a physical and emotional equilibrium to the triad mother/father/newborn to promote a healthy transition into parenting as well as the development of the emancipation in the assumption of the parental role. Analysis of articles emerged results, which confirm that exercise contributes to faster recovery of women in the postpartum period, promotes self-care and enhances the prevention and early detection of complications. Also promotes the quality of life, body image of mothers and well-being both physical as mental and social. There is still a long way to run as far as physical exercise in the postpartum period is concerned. The research in nursing is, undoubtedly, a starting point for the practice based on evidence and the specialized nursing practice the way in the follow-up process of the woman and family all along this stage.

**Key-words:** postpartum, physical exercise, postpartum recovery, body image, postpartum care.





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1.O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1.1 Adaptação do Casal à Gravidez e à Parentalidade	18
1.2 O Cuidado à Parturiente/Casal e Família Durante o Trabalho de Parto	25
1.3 Transição Para a Parentalidade: Cuidados Após o Nascimento e o Autocuidado no Pós-parto	40
2.O EXERCÍCIO FÍSICO COMO ESTRATÉGIA PARA A RECUPERAÇÃO DA MULHER NO PÓS-PARTO	51
2.1 A Problemática em Estudo	52
2.2 O Método	54
2.3 Os Resultados	55
2.4 A Discussão	57
2.5 A Conclusão	73
3.ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	77
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	91
Anexo I – Análise dos Artigos Seleccionados Para a Revisão Integrativa	93
Anexo II - Instrumento de Registo de Experiências de Parto, Utilizado na Sala de Partos, no Decorrer do Estágio	109







## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1: Elementos de uma Prática Baseada na Evidência	52
FIGURA 2: Os três aspetos da avaliação crítica	56
FIGURA 3: Dimensões do contexto social da mãe que podem influenciar a prática de exercício físico	69

## **ÍNDICE DE TABELAS**

TABELA 1: Análise dos artigos seleccionados para a revisão integrativa	95
TABELA 2: Instrumento de registo de experiência de parto, utilizado na Sala de Partos, no decorrer do estágio	111







## INTRODUÇÃO

Este relatório pretende dar a conhecer as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante, designado como Estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto, que constituiu uma das unidades curriculares do segundo ano, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. Decorreu na Unidade de Grávidas de Risco (UGR), Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano (HPH) – Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), sob uma carga horária de 900 horas. Este é um estágio profissionalizante cujos objetivos assentam no desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento Nº 127/2011, publicado em Diário da Republica em 2011.

De acordo com o regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, é possibilitado ao estudante optar pela realização de um estágio de natureza profissional, o qual pressupõe a elaboração de um projeto com relevância para a prática clínica, para a obtenção do grau académico de Mestre.

É neste contexto que o presente relatório pretende descrever a nossa atuação durante a realização do estágio, assim como procura demonstrar a análise e reflexão decorrentes do desenvolvimento e aquisição de competências, de acordo com os pressupostos do Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos cuidados especializados, publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que contemplam as Competências de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saude Materna e Obstetrícia.

Os objetivos da realização deste relatório visam dar resposta ao projeto inicialmente proposto; descrever as atividades desenvolvidas no âmbito das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saude materna e obstétrica, refletindo acerca da importância da sua adequação e atualidade; demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizando as práticas e os processos de cuidados de enfermagem de forma a evidenciar competências no âmbito do planeamento de

cuidados ao casal e sua família, respeitando as suas diferenças culturais, nas diferentes áreas de atuação do EESMO; apresentar o desenvolvimento de conhecimentos sobre a importância da implementação de práticas emancipatórias para uma experiência gratificante da gravidez e promover o exercício do papel parental envolvendo o casal; apresentar uma revisão integrativa; baseada numa problemática considerada pertinente não só para o bem-estar materno/casal e RN, mas também para promover a orientação da prática.

Para a consecução dos objetivos, são apresentados e fundamentados, nas diferentes áreas, os saberes utilizados na área clínica bem como a atividade diagnóstica e respectivas intervenções que consideramos mais adequadas e que foram prestadas à mulher/casal e sua família, tendo por base a evidência científica mais atual.

No sentido de demonstrar como podemos ser consumidores e ou produtores de resultados de investigação, recorreremos ao método da revisão integrativa da literatura, por este permitir integrar as evidências científicas encontradas, suscetíveis de melhorar e sustentar as práticas (Sousa,2010). Neste sentido, optamos pela problemática do exercício físico para a recuperação da mulher no pós-parto. A escolha deste tema justifica-se não só pela importância que o exercício físico pode ter na vida da mulher e casal, mas também pela frequência com que as puérperas questionavam as potencialidades e a pertinência do exercício físico no pós-parto, durante o período de estágio, no puerpério. A reflexão acerca da sua pertinência revelou ser uma área de interesse significativa, para problematizar neste estágio. Pois, a problematização e a reflexão acerca das atividades desenvolvidas ou a desenvolver, permite a compreensão da globalidade e aplicabilidade do processo de enfermagem, torna possível solucionar problemas e promove a conceção de fundamentos, o que demonstra e permite uma participação crítica e ativa dos cuidados prestados.

Esta problematização culminou na realização de um estudo por meio da metodologia de uma revisão integrativa da literatura, sobre uma prática com interesse e que visa implicações no bem-estar da mulher: a prática de exercício físico com vista à recuperação da mulher no período pós-parto, de maneira a adequar a prática de cuidados especializados baseados em resultados de investigação científica. Este estudo privilegia a aquisição de competências inerentes à enfermagem de saúde materna e obstetrícia, objetivando a conceção de cuidados específicos à mulher/casal que se depara com um processo de transição no âmbito da parentalidade, no sentido da promoção da sua autonomia e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, contribuindo, assim, para uma vivência desta transição de forma positiva e saudável.

A escolha emerge do estágio profissionalizante, mais precisamente no internamento de obstetrícia, pelo questionamento por parte das próprias puérperas da possibilidade da prática de exercício físico após o parto. Estas questões conduziram a uma vasta pesquisa sobre o tema. Outra razão prender-se-á com o facto de desempenhar funções como enfermeira, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, em que as grávidas/casais são acompanhadas/os nos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, tornando-se, posteriormente, essencial a continuidade de cuidados após a gravidez e o parto nos cursos de recuperação pós-parto.

Em Portugal existem já unidades de cuidados de saúde onde se realizam cursos de recuperação pós-parto focados, como a própria designação refere, na recuperação pós-parto, mas não deixa de ser também relevante a promoção da adaptação a uma nova realidade. Para a OE (2014, p.1), *“o papel dos profissionais de saúde nesta adaptação é essencial sendo que a assistência pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) à mãe/família/comunidade é, indubitavelmente, uma mais-valia”*.

É também certo que a procura da excelência dos cuidados de saúde prestados tem marcado o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde ao longo dos tempos, e constituído como uma preocupação constante por parte dos enfermeiros, em particular. Nesse sentido, tem-se revelado fundamental empregar as potencialidades da prática baseada na evidência, garantindo, assim, uma melhoria na eficácia dos cuidados, com enfoque nas necessidades reais da mulher/casal e família por parte do EESMO para a obtenção de maiores ganhos em saúde.

Associado ao anterior, é de sublinhar que numa sociedade cada vez mais esclarecida, e mais envolvida na manutenção da sua saúde, verifica-se uma cada vez maior exigência sobre a qualidade dos cuidados de saúde. Nesse sentido, pela consciencialização social da saúde como um “bem” de responsabilidade individual, surge cada vez mais a preocupação com hábitos de vida saudáveis, onde se enquadra uma maior adesão à prática de exercício físico e uma maior exigência nos cuidados de saúde requeridos.

Os benefícios da prática de exercício físico encontram-se especificados em inúmeros estudos e as recomendações da sua prática descritas por algumas entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *American College of Sports Medicine* (ACSM). As recomendações direcionadas para a sua prática no pós-parto, como refere o *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (ACOG, 2015) são de, pelo menos, 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada por semana. Todavia, ainda

não se encontram documentadas recomendações seguras para a prática no que respeita a intensidade, duração, frequência e tipo de exercício.

Face ao mencionado, este relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo permite a exposição das práticas desenvolvidas em campo de estágio, no sentido da aquisição de competências nas três áreas de atuação do EESMO, em concordância com a estrutura da unidade curricular: estágio profissionalizante designado de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado e Preparação para a Parentalidade. O segundo capítulo contextualiza a realização da revisão integrativa sobre a prática de exercício físico como uma estratégia para a recuperação da mulher no pós-parto. O terceiro desenvolve uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido neste estágio. Por fim, surgem a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

Relativamente à opção metodológica utilizada no desenvolvimento deste relatório, a escolha recaiu na pesquisa bibliográfica em bases de dados consultadas no decurso deste percurso: Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) e Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

## **1. O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO**

O estágio profissional decorreu entre 10 de dezembro de 2012 e 25 de julho de 2013, com carga horária total de 900 horas, em três unidades de cuidados do HPH na ULSM: Unidade de Grávidas de Risco (UGR), Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia.

Os objetivos gerais deste estágio são desenvolver e demonstrar competências na realização de diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia realizados à mulher, ao recém-nascido e à família, em situações de gravidez com complicações, trabalho de parto e puerpério, em contexto hospitalar, implementando na prática profissional os conhecimentos teóricos com fundamentação na evidência científica. São estes objetivos traçados pela diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, que determina as orientações para a obtenção do título de EESMO e exercício da atividade profissional.

Assim sendo, neste relatório de estágio estão apresentadas as competências específicas a adquirir em cada domínio da especialidade, que se encontram estruturadas em áreas particulares, como se pode verificar neste capítulo.

Estas competências são designadas por Cunha e Neto (2006) como “saber agir”, o que envolve a mobilização, integração e transferência quer de conhecimentos, quer de recursos e habilidades, que agreguem um valor económico para a organização e um valor social para o indivíduo.

Para o desenvolvimento de competências é expectável que o EESMO preste cuidados à mulher/família, tendo em consideração o seu contexto sociocultural. Este é um aspeto fundamental para o processo de transição saudável para a parentalidade e otimização de alteração de comportamentos ou estilos de vida compatíveis com a

promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Assim sendo, passamos a descrever as atividades desenvolvidas em cada módulo do estágio.

## **1.1 Adaptação do Casal à Gravidez e à Parentalidade**

A gravidez é uma etapa de transição durante a qual existe uma enorme carga de sentimentos e emoções, por vezes incontroláveis, ainda que a mulher não os exteriorize a um nível consciente. Para o casal, representa sempre uma situação nova, pelo que pode implicar riscos quer no âmbito da saúde materna, quer no que respeita à própria saúde fetal. Surge, por exemplo, frequentemente, uma série de medos associados à gravidez e também ao momento do trabalho de parto – medo do desconhecido, da dor e das complicações que no real ou no imaginário se aplicam. É um facto, porém, que pelas características individuais pode representar uma maior probabilidade de complicações durante o processo de gravidez, sendo, por conseguinte, consideradas gravidezes de risco (Lowdermilk e Perry, 2008).

Por conseguinte, a definição fisiológica de gravidez torna-se pouco abrangente quando nos referimos a uma etapa de transição da vida da mulher/casal de tão extrema relevância, já que transição envolve mudança. Como Meleis (2010) menciona, transição será o modo como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia. A mesma autora considera que os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas, e pelo facto de os prepararem para melhor lidarem com essas transições, através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

No que se refere à gravidez de alto risco, A *Society for Maternal-Fetal Medicine* (2012) define-a como o que em alguma condição expõe a mãe ou o desenvolvimento do feto, ou ambos, a um aumento do risco de complicações durante ou após a gravidez, e no parto. Para Camarneiro (2007), definir gravidez de risco não é apenas um modo diferente de observar factos conhecidos, é antes um novo modo de conceber e praticar a obstetrícia.

Surge, neste sentido, um diagnóstico diferencial relativamente ao foco de atenção: a Adaptação à Parentalidade (International Council of Nurses, ICN, 2011), sendo a gravidez um processo de transição os enfermeiros e, neste caso em particular, os EESMO, surgem

como principais cuidadores com potencial para apoiarem a mulher/família nesse processo. Assume, assim, o EESMO um papel preponderante na obtenção de respostas às novas mudanças, que implicam um novo papel social e pessoal, principalmente tratando-se de gravidezes com complicações.

De acordo com o exposto, durante o estágio, foi-nos permitido reunir condições de atuação privilegiadas, que nos permitem, enquanto EESMO, contribuir decisivamente para a criação da relação que começa na gravidez e que se prolongará para toda a vida entre os pais e o seu filho e de profunda relevância na medida em que, também, dela dependem a satisfação e a competência no exercício parental após o nascimento da criança (Mercer, 2004). Segundo Van Den Bergh et Simons (2009), existem alguns dados que, quando presentes, conduzem a melhores índices de ligação Mãe/Pai-Filho: casais que seguem as indicações dos profissionais de saúde, no sentido de maximizar a sua saúde e a do feto; casais que tendem a descrever o feto, associando a características positivas os seus movimentos; casais que procuram aumentar o conhecimento sobre o desenvolvimento do seu bebé ao longo da gravidez; aqueles que mantêm relacionamentos conjugais estáveis; os que planearam a sua gravidez e têm bom suporte familiar. Para o comprovar, consoante os diagnósticos de cada situação específica, foram implementadas intervenções que promoveram a ligação Mãe/Pai-Filho, tais como: ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis), ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre as características do RN e promover a construção da imagem do bebé.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio focam-se, em particular, na aquisição de competências necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Durante este estágio foi, também possível o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde ginecológica e na prevenção e tratamento da patologia.

Em conformidade com os critérios propostos pela diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, cumprimos as exigências que definem que, para a obtenção do título de enfermeiro especialista, o enfermeiro terá que prestar cuidados a pelo menos 40 grávidas com complicações associadas à gravidez. No entanto, os cuidados desenvolvidos neste estágio não se cingiram apenas a aspetos da complicação/patologia em si, mas também aos direcionados, essencialmente, para a promoção do Autocuidado durante a Gravidez e da aptidão de cada mulher/família para cuidar a sua saúde durante a gravidez com foco no Conhecimento sobre a Saúde (ICNP,

2011). Esta questão foi, por isso, abordada com todos os casais nas consultas de Enfermagem. Compreendemos que a capacidade para identificar os sinais de alerta é de extrema importância para prevenir possíveis complicações (Costa et al., 2011). Assim, o casal foi informado sobre alguns dos sinais que deve valorizar, no primeiro trimestre, para recorrer aos serviços de saúde caso: vômitos intensos, febre, ardência ao urinar, hemorragia vaginal, dores abdominais ou diarreia. A partir das 12 semanas, os sinais são: cefaleias intensas, edema das faces, mãos e região sacral, alteração do padrão de movimentação fetal, perda de líquido amniótico, hemorragia vaginal, dor abdominal, dor epigástrica e identificação dos sinais de trabalho de parto (contrações regulares e intensas).

Por sua vez, as diversas situações experienciadas na UGR permitiram uma reflexão sobre o impacto de cada patologia durante a gravidez e a percepção, ainda mais aprofundada, da importância da especialização dos cuidados. Os diagnósticos mais frequentes verificaram-se como ameaças de parto pré-termo (APPT), ruptura prematura de membranas (RPM), restrição do crescimento intrauterino (RCIU), doenças hipertensivas da gravidez, oligoâmnios, hidrâmnios, metrorragias, colestase intra-hepática da gravidez. Com o intuito de delinear as intervenções, em cada situação, tornou-se necessário recontextualizar os conhecimentos adquiridos como suporte dessas mesmas intervenções.

A APPT caracteriza-se pela ocorrência de contractilidade uterina frequente e regular com formação do segmento inferior uterino antes das 37 semanas, mas sem alterações cervicais (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A sua etiologia é desconhecida e pode surgir como resultado de diversos fatores.

Na medida em que o seu diagnóstico é difícil de estabelecer, diversas intervenções médicas podem ser prescritas, mesmo não sendo necessárias, como por exemplo a tocólise, a corticoterapia, o internamento hospitalar, entre outras (Graça, 2010). Essas outras intervenções, segundo protocolo da UGR abrangiam, também, neuroproteção fetal com administração de sulfato de magnésio, antibioterapia profilática direcionada ao streptococos do grupo B (SGB), repouso absoluto ou relativo e a vigilância do bem-estar materno-fetal.

Para além das intervenções interdependentes referidas, resultantes de prescrição, foram efetuadas intervenções a nível do suporte emocional à mulher/família, no âmbito do diagnóstico de Ansiedade descrita pelo ICN (2011, p. 36) como *“emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”*. Nestes casos, foi possível permitir a presença do acompanhante, permissão para expressão de sentimentos e medos, o esclarecimento de dúvidas e a justificação dos diferentes tratamentos.

Quanto à RPM, é definida por Freitas et al. (2011) como a ruptura de membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico (LA), mais de uma hora antes do início do trabalho de parto (TP), ocorrendo em três por cento de todas as gestações e sendo responsável por cerca de 30% dos partos pré-termo. Na maioria dos casos, o parto ocorre nas primeiras 24 horas. Quando surge antes das 37 semanas de gestação, é considerada uma ruptura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), responsável por um terço dos trabalhos de parto pré-termo (TPPT). A sua etiologia é pouco conhecida e pode ocorrer por diferentes causas. Ocorre entre 2 a 18% das gestações de termo e entre 20 a 40 % nas gestações pré-termo. Entre 30 a 40% dos casos, é considerada causa principal de partos prematuros, sendo responsável por 20% dos óbitos perinatais (Golino et al., 2006). Torna-se, então, crucial o seu diagnóstico através de anamnese, para determinação do período da perda de líquido amniótico, bem como das características do LA; exame físico, para verificação da existência de LA no fundo do saco posterior da vagina ou quando o mesmo flui através do orifício externo do colo do útero; exames laboratoriais, para pesquisa de elementos químicos ou histológicos do LA no corrimento vaginal; ecografia, para despiste de possível oligoâmnios.

Neste percurso, verificamos que a tomada de decisão clínica contemplava duas situações diferentes: a interrupção da gravidez ou uma conduta conservadora. A opção pela decisão a tomar teria ainda que contemplar a idade gestacional (IG), a maturidade pulmonar fetal e a presença ou não de infecção. Esta última implicava internamento com recurso ao repouso no leito e à vigilância frequente do estado materno-fetal. Além da vigilância do estado materno-fetal, através da cardiotocografia (CTG) e do repouso no leito, o protocolo hospitalar era unânime na administração de corticoterapia para estimulação da maturidade pulmonar fetal e tocolise. A cardiotocografia ou monitorização eletrónica da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina é, igualmente, um método que contribui para a avaliação do bem-estar fetal pois permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos.

Os corticóides prescritos, com objetivo da maturação pulmonar fetal, eram quer a betametasona quer a dexametasona, sendo reduzida a sua inativação na placenta e a sua bioatividade semelhante. Na tocolise, vários agentes de diferentes grupos farmacológicos eram utilizados no sentido de diminuir ou anular a contratilidade uterina espontânea que ocorre antes do termo da gestação. Direta ou indiretamente, todos os medicamentos com efeito tocolítico atuam através das modificações que provocam nas concentrações de cálcio nas células do miométrio, sendo os mais utilizados a Nifedipina (inibidor dos canais de

cálcio), o Salbutamol ( $\beta$  adrenérgico) e a Indometacina (anti-inflamatório não esteróide) (Graça, 2010).

Por sua vez, a RCIU pode derivar de múltiplos fatores etiológicos que envolvem mecanismos complexos, dificultando assim a compreensão da sua fisiopatologia. Destes destacam-se os maternos, os fetais e os placentários (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Numa situação de diagnóstico de RCIU, torna-se importante desenvolver intervenções específicas: avaliar possíveis alterações fluxométricas que podem comprometer a oxigenação fetal, diagnosticar a maturidade fetal e promover um parto seguro, quando existe diagnóstico de maturidade pulmonar ou caso surjam sinais de agravamento do estado fetal.

Neste contexto, a tomada de decisão que norteou as intervenções da nossa competência tiveram por base a supervisão, a gestão do ambiente, o apoio e orientação da grávida/família. Por conseguinte, o internamento garante o repouso absoluto da grávida, de preferência em posição lateral esquerda para evitar compressão da veia cava inferior, bem como a avaliação fetal diária através de CTG ou auscultação do ritmo cardíaco fetal (RCF).

Para além destas intervenções, foi fulcral a adoção de medidas de suporte emocional, como as que acima se encontram descritas – no caso de APPT-, sendo com suporte nestas mesmas medidas que o apoio, durante o período de estágio, foi prestado à mulher/família, no âmbito dos focos de atenção: Conforto, Equilíbrio Emocional e Conhecimento. É de referir que para além do suporte por nós proporcionado, o HPH encontra-se dotado de um serviço de Psicologia, em que neste mesmo período, proporciona a referenciação de grávidas com necessidade de cuidados especializados no domínio da saúde mental.

Outra das situações que tivemos a oportunidade de experienciar foi cuidar de grávidas com doenças hipertensivas da gravidez. O ACOG (2002) descreve a hipertensão arterial (HTA) como a complicação médica mais frequente da gravidez, apresentando uma taxa de incidência entre os 12 e os 22% e sendo responsável por 17,6 % da mortalidade materna nos Estados Unidos da América (EUA). Identifica como principais fatores de risco a doença renal crónica, hipertensão crónica, história familiar de pré-eclâmpsia, gravidez gemelar, nuliparidade, diabetes, incompatibilidade Rh, obesidade, etnia afro-americana, resistência à insulina, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gravidezes por procriação medicamente assistida.

Quanto aos sintomas referentes à pré-eclâmpsia e eclâmpsia, os mais comuns resumem-se ao edema da face e extremidades, cefaleias intensas, alterações visuais, dor

epigástrica e convulsões resultantes da fisiologia da patologia que abrange vasoespasmos, alterações no sistema de coagulação e distúrbios relacionados com o volume e o controle da tensão arterial. Estas mudanças provocam uma série de complicações em todos os órgãos e sistemas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Assim, em função deste diagnóstico, torna-se imprescindível para a grávida e casal que tenham Conhecimento e Consciencialização sobre a situação atual (ICN, 2011). As nossas principais intervenções centraram-se na promoção do bem-estar materno-fetal e a deteção de problemas e complicações associadas, o mais precocemente possível. É, neste contexto, que surge o diagnóstico de Gestão do Regime Terapêutico, pela necessidade de intervir através da avaliação tensional frequente, com informação da grávida quanto ao procedimento.

Uma das patologias registadas na UGR menos frequentes foi a colestase intra-hepática da gravidez. A sua etiologia inclui fatores genéticos e ambientais e o fator central da sua fisiopatologia o aumento dos níveis de ácidos biliares no sangue materno-fetal (Lomelí et al., 2012). A sua prevalência situa-se entre os 0,01 a 0,1 % (Belo et al., 2009). O principal sintoma referido pelas grávidas era o prurido, especialmente na região plantar e palmar. Apesar de nestes casos, existir o risco de morbilidade e mortalidade perinatal elevado e também um alto risco para parto pré-termo, óbito e líquido amniótico meconial. Podemos, apenas, reportar-nos a um caso clínico na UGR de uma grávida com 31 semanas que ficou internada por suspeita de diagnóstico de colestase intra-hepática. Tratando-se de uma gravidez de alto risco, o casal foi informado do prognóstico. Após confirmação do diagnóstico, pelo elevado valor do doseamento de ácidos biliares, a prestação de cuidados, para além da promoção do bem-estar, traduziu-se no apoiar, informar e instruir. Baseou-se, ainda, em intervenções resultantes de prescrição, nomeadamente, na avaliação dos sinais vitais da grávida 3 a 4 vezes por dia e na administração de corticoterapia, para promoção da maturação fetal. Para além desta atuação, a administração de ácido ursodesoxicólico foi, também, efetuada por ser o tratamento de eleição nestes casos, como alegam Lomelí et al. (2012). Para Campos et al. (2008) é pertinente que os cuidados contemplem a cardiocografia (CTG) uma vez por dia, avaliação do perfil biofísico fetal semanal, avaliação do crescimento fetal quinzenalmente, programação do parto às 37 semanas e avaliação analítica da puérpera no 2º dia de puerpério. Neste sentido, a informação sobre estes procedimentos à mulher/casal foi imprescindível, com o intuito de delinear intervenções em relação aos focos de atenção e ao diagnóstico de em enfermagem no que concerne à Ansiedade. As intervenções delineadas centraram se no assistir, informar, explicar e

instruir, sendo que a escuta ativa com a grávida/família, o esclarecimento de dúvidas, a promoção da esperança e a informação sobre técnicas de relaxamento, se tornaram cuidados diários e fundamentais de apoio emocional à grávida e família, durante o período de internamento de treze dias. Findo este período, preparamos o regresso a casa, aquando da alta hospitalar, com o conseqüente encaminhamento para vigilância hospitalar semanal. Independentemente da situação experimentada no momento, a grávida apresentou sempre crenças positivas em relação à sua saúde. Pois, tivemos a oportunidade de verificar que um diagnóstico apropriado e uma intervenção atempada podem reduzir substancialmente a morbidade e mortalidade associada a estas disfunções hepáticas. Apesar da taxa de ocorrência em gravidezes posteriores ser aproximadamente de 60 a 70%, (Lomelí et al, 2012) refere que o quadro materno, regra geral, reverte de 2 a 8 semanas após o parto, sem sequelas para a mãe. Contudo, existe evidência de que mulheres com este transtorno têm maior risco de patologia hepática no futuro. Neste sentido, tivemos o cuidado de estar atentos a qualquer alteração que pudesse suscitar alguma complicação ,através da observação , da escuta , e também do apoio para minimizar o risco de perda de confiança em si própria , bem como a orientação para promover a esperança .

Fazendo uma reflexão acerca deste processo formativo, diríamos que as dificuldades iniciais, não foram de grande relevância. O apoio sentido, dado pela equipa e ou pela tutora, ajudou a desvanecer a complexidade e as dificuldades foram superadas. Esta situação permite-nos afirmar que foi um período profícuo, em experiências significativas, que proporcionaram um crescimento quer pessoal quer profissional, no sentido de podermos afirmar que os objetivos foram atingidos e abriram” outros caminhos” para perspetivar outros horizontes sobre as complicações da gravidez, bem como o suporte necessário por parte do EESMO para que fossem minimizadas as conseqüências nefastas, tais como: da perda de esperança em relação a um projeto de maternidade que se apresenta comprometido.

## 1.2 O Cuidado à Parturiente/Casal e Família Durante o Trabalho de Parto

O nascimento de um filho apresenta-se como um marco histórico na vida da mulher/casal. A transição para a parentalidade vai despertando com a evolução da gravidez, mas o momento em que todos os sentidos se focam, nessa etapa, culmina no trabalho de parto (TP), com a chegada de um RN (recém-nascido). A assistência, durante este período, baseou-se nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência de parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições – durante a fase de preconcepção, da gravidez, do parto e do pós-parto. (Sousa, 2014)

Segundo a diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, para conclusão do ciclo de estudos da especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o estudante deverá realizar, pelo menos, 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido a 30, no mínimo, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos.

Consideramos a referência feita a estes valores importante, mas, mais relevante que a realização do número de partos, foi a possibilidade de aquisição e desenvolvimento de competências no que diz respeito ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP e executar o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2010).

Promover a Ligação Mãe/Pai-Filho apresentou-se como foco de atenção particular. Elo estabelecido na gravidez/parto, desenvolve-se ao longo de toda a vida. Segundo o ICN (2011, p. 58), corresponde ao *“estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança”*. Neste contexto, tentamos recriar um espaço onde a mulher se sentisse segura, desenvolvendo práticas emancipatórias, para que se sentisse compreendida e com a segurança necessária para intervir nas decisões que medeiam o seu TP. Este é, aliás, um dos aspetos considerados essenciais para uma prestação de cuidados de excelência (APEO, 2009).

A proveniência das utentes admitidas na sala de partos divergia de acordo com a situação, nomeadamente, da urgência de obstetrícia, quando já estavam em trabalho de

parto; ou da UGR, após indução do TP; trabalho de parto espontâneo; situação de abortamento espontâneo; ou quando sujeitas a interrupção médica da gravidez (IMG). Neste contexto, era efetuado um diagnóstico diferencial e registado, na maioria dos casos, como Oportunidade de TP ou TP Presente.

O primeiro contacto com as parturientes foi um dos aspetos que privilegiámos como um momento propício à promoção de uma relação empática, pois o apoio emocional poderia ser eficaz se a nossa atuação inspirasse a confiança necessária para que a parturiente verbalizasse os seus medos, pudéssemos fazer o esclarecimento de dúvidas e, também, desmistificar representações que podem não traduzir a realidade.

A avaliação inicial foi considerada de extrema importância, no que diz respeito quer à observação do boletim de saúde da grávida (BSG), quer à entrevista inicial para o planeamento de cuidados. Para além da avaliação inicial e plano de cuidados individual, após a admissão da parturiente/casal, foram identificados diagnósticos de enfermagem de acordo com as especificidades de cada mulher/casal.

A elaboração de um plano de cuidados individualizado para cada parturiente foi fulcral. Envolver a mulher como parceira nos cuidados ajudou a preservar a sensação de controlo, permitindo a sua participação no parto, reforçando a sua autoestima e o seu nível de satisfação (Lowdermilk e Perry, 2008). Delinear intervenções que promovessem a Autoestima constituiu um dos focos de atenção relevantes no TP, no que concerne a questões emocionais da parturiente e de modo a potenciar o seu *empowerment*. O diálogo e a disponibilidade por nós demonstrada, assim como por parte dos restantes profissionais de saúde, foi notória, sobretudo por parte do EESMO, cujo contacto é mais próximo e permanente com as parturientes. Conferiu à parturiente uma posição mais ativa em relação à tomada de algumas decisões decorrentes do TP, sobretudo no que respeita a parâmetros do plano de parto, nomeadamente a presença de acompanhante; o recurso a métodos não farmacológicos, tais como massagem, duche com água tépida, exercícios na bola de parto; informações sobre amamentação; e a laqueação do cordão umbilical. A este propósito, convém aludir à APEO (2009), que se refere ao plano de parto como um documento escrito no qual a grávida manifesta e deixa claros os seus desejos e expectativas referentes ao TP e nascimento do seu filho.

Quanto à presença de acompanhante na sala de partos, o mais frequente o pai do bebé, o *Royal College of Midwives* (RCM, 2012) descreve que a sua presença e apoio são cruciais pois são capazes de, mais facilmente, providenciar medidas de conforto à grávida,

persuadi-la da dor através de medidas não farmacológicas como o toque e massagens. Transmitirá, também, às parturientes uma sensação de maior relaxamento e, conseqüentemente, um maior autocontrole durante o TP, bem como o desenvolvimento da Ligação Mãe/Pai/Filho. Assim, foi permitido à parturiente/casal ouvir música na sala de partos, assim como a regulação da luz da sala, que ficou sempre ao critério dos mesmos para recriar um ambiente o mais natural e acolhedor possível.

Ao longo da evolução do TP, a partilha de informações sobre a própria evolução face à necessidade de procedimentos ajudou a minimizar os efeitos da ansiedade e receios por parte da parturiente/casal. A ansiedade encontra-se interligada com o aumento da dor durante o trabalho de parto. Apesar de a ansiedade moderada ser considerada normal, a ansiedade e medo excessivos aumentam a secreção de catecolaminas, potenciando a dor. À medida que o medo e a ansiedade aumentam, eleva-se a tensão muscular, diminui a eficácia das contrações uterinas, aumenta a experiência de desconfortos e inicia-se um ciclo de medo e de ansiedade crescentes que atrasa a progressão do trabalho de parto (Boing et al., 2007).

A dor experimentada pelas mulheres durante o TP consiste no produto final de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais e a sua sensação é subjetiva e diferente de mulher para mulher (APEO, 2009). A Dor de TP, como foco de atenção de enfermagem é descrita pelo ICN (2011, p. 49) como *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”*. Sobre a dor no TP, Gallo et al. (2011) descrevem que durante a fase de dilatação, a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa, enquanto, na fase de descida fetal, a dor é somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. As intervenções planeadas neste sentido alicerçaram-se na informação sobre técnicas respiratórias com adição dos métodos não farmacológicos anteriormente descritos, com efeito positivo traduzido no alívio da dor até certo momento do TP, bem como na promoção do autocontrole.

Apesar de existirem diferentes tipos de analgesia no trabalho de parto, como a sistémica, a inalatória e a loco-regional, a técnica mais comumente utilizada foi a analgesia epidural, pois a literatura revela ser a mais eficaz no alívio da dor em todas as fases do trabalho de parto e, se criteriosamente utilizada, a que produz menos efeitos

secundários materno-fetais. Deste modo, durante o estágio colaboramos na aplicação da analgesia epidural, por parte do anestesista do serviço.

Para além da preparação prévia de todo o material, apoiamos a parturiente em relação a esclarecimentos e na adoção de uma posição favorável e o mais confortável possível, bem como a avaliação do CTG e a verificação da eliminação vesical fizeram parte da nossa vigilância. A parturiente era encorajada a urinar de duas em duas horas, pelo que uma bexiga distendida e/ou globo vesical volumoso poderiam impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar uma diminuição do tónus da bexiga ou atonia uterina no pós-parto. Quando necessário, procedia-se à algáliação. Outras intervenções de enfermagem no contexto da administração de analgesia epidural, segundo o protocolo do serviço, baseado nos protocolos de Medicina Materno-Fetal de Campos et al. (2008), apontavam para a cateterização de uma veia de grande calibre, de preferência no antebraço esquerdo, para colocar uma perfusão de 1000 ml de Lactato de Ringer ao ritmo de 100ml/h, de acordo com prescrição prévia e também a monitorização cardíaca contínua e avaliação dos sinais vitais (na primeira hora de dez em dez minutos e nas restantes de quinze em quinze minutos). Ulteriormente, prestavam-se informações à parturiente no sentido de se posicionar confortavelmente, de preferência em decúbito lateral esquerdo, para uma adequada irrigação ou mais eficaz perfusão materno-fetal.

No que diz respeito a outras intervenções de enfermagem, sempre com uma abordagem face às especificidades de cada situação, iam divergindo de acordo com a etapa do TP. Essas intervenções respeitavam os protocolos existentes do serviço, bem como se fundamentaram em pesquisas baseadas em evidências científicas o mais atuais possíveis.

O TP é visto por Gallo et al. (2011) como fisiológico, caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação. O seu decurso consiste na progressão regular das contrações uterinas, extinção e dilatação progressiva do colo do útero e progressão na descida da apresentação, que ocorrem em simultâneo com um conjunto de mecanismos que terminam com a expulsão do feto: o encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, restituição e, por fim, a expulsão. Espera-se que estes mecanismos durante o parto se combinem e se conjuguem de uma forma harmoniosa.

Na literatura, o TP é abordado em três estádios. O primeiro pode subdividir-se em três fases. A primeira, a fase latente, é caracterizada pela perceção de contrações, ainda irregulares, extinção do colo uterino e dilatação do mesmo até aos três centímetros (NICE, 2014). É uma fase que ocorre de forma lenta, nem sempre contínua, podendo durar

aproximadamente até vinte horas. A segunda fase, fase ativa, já é caracterizada pela ocorrência de contrações regulares e ocorre entre os quatro e os oito centímetros de dilatação. Por último, a fase de transição, ocorre dos oito centímetros aos dez centímetros de dilatação.

O segundo estágio do TP ocorre desde a dilatação completa do colo uterino (dez centímetros) até à expulsão do feto, ou seja, o nascimento. Estima-se que nas nulíparas tenha uma duração de cerca de 45 a 60 minutos e que, por sua vez, nas múltiparas dure entre 15 a 20 minutos. O último estágio do TP compreende o período que ocorre desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta e membranas, podendo ter uma duração de até 30 minutos (NICE, 2007). No decorrer do TP, mostra-se, por isso, uma mais-valia de grande relevo o registo de parâmetros que se foram avaliando no seu decurso. O recurso ao partograma, já referido, tornou-se essencial neste processo.

A realização do toque vaginal mostrou-se uma intervenção também de grande relevo, em virtude de permitir uma linha condutora no desenrolar do TP. Este exame possibilitou a avaliação das condições do colo uterino, bem como da integridade das membranas. Não foi desenvolvida por rotina, nem de acordo com frequência horária, mas em situações em que surgiu necessidade de mais informação, como por exemplo: no momento de admissão da parturiente, na ocorrência de alterações na atividade uterina; aquando da sensação de pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, referidos pela parturiente; na ocorrência de rutura de membranas; na observação de alterações no traçado cardiotocográfico. Em relação ao feto, este exame permitiu observar a progressão nos planos de *Hodge*, a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a variedade (anterior, posterior ou transversa), a posição (esquerda ou direita), a situação (longitudinal, transversa ou oblíqua) e a flexão. O recurso à técnica assética neste procedimento foi obrigatório e respeitado, assim como a informação prévia à grávida e pedido o seu respetivo consentimento, respeitando sempre a sua privacidade.

Tal como já referido, as informações à parturiente sobre os cuidados e os procedimentos tornaram-se fundamentais na medida em que facilitaram a diminuição da ansiedade e o estabelecimento de uma relação empática entre a parturiente e a “parteira”, imprescindíveis para a evolução do TP, considerando a todo o momento a individualidade de cada parturiente/casal.

A par da dilatação e extinção do colo uterino, também as contrações uterinas se revelaram um indicador da evolução do TP, podendo ser avaliadas através de monitorização da CTG, com a colocação de sonda externa – tocodinamómetro – no fundo

uterino. As contrações uterinas são exibidas no gráfico sob a forma de sino e podem ser caracterizadas pela sua frequência (3 a 4 em 10 minutos, na fase ativa; entre 4 a 5, no período expulsivo), intensidade (leve, moderada ou intensa), duração (45 a 90 segundos, na fase ativa) e tônus basal (pressão na cavidade amniótica no intervalo das contrações – entre 5 a 10 mmHg). Em todas as situações em que os valores excediam os valores padrão descritos, consideradas como estando além da nossa atuação como EESMO, eram reportadas ao obstetra de serviço e efetuada a sua referência, já que faz parte das nossas competências referenciar para outros profissionais situações fora do nosso alcance.

No caso da monitorização CTG, de acordo com as recomendações da NICE (2014), executou-se de forma intermitente para avaliar o bem-estar fetal nas gravidezes consideradas de baixo risco, por se apresentar potencialmente desagradável para a grávida devido à limitação dos seus movimentos (importantes para o alívio da dor e promoção de conforto à parturiente). Assim, sempre que possível e de acordo com cada situação, a monitorização era mantida intermitentemente.

A monitorização contínua intraparto considera-se muitas vezes oportuna devido a proporcionar a vigilância de várias parturientes e fetos por cada EESMO, permitindo ainda a avaliação simultânea e contínua da variabilidade fetal, da frequência cardíaca fetal (FCF) e da contratilidade uterina. É aconselhada, igualmente, nas recomendações da NICE (2014), em casos de suspeita de sepsis ou corioamnionite, temperatura corporal igual ou superior a 38°C, HTA severa (igual ou superior a 160/110 mmHg), administração de oxitocina, sangramento vaginal ou presença de mecónio no LA. Nos protocolos da sala de partos do HPH, as recomendações de monitorização contínua verificavam-se também em situações de parturientes com cesariana anterior, amniotomia e analgesia epidural.

Todavia, a indicação do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2001) é de que a cardiocografia contínua intraparto deve ser realizada, exclusivamente, em gestações de elevado risco de morte perinatal, encefalopatia neonatal ou paralisia cerebral, ou durante o trabalho de parto induzido e/ou conduzido com oxitocina. Nesta perspetiva, a cardiocografia contínua não deve ser mantida rotineiramente durante o TP, salvo em situações específicas como gestações de alto risco, indução do TP, na presença de líquido amniótico com mecónio e aquando da observação de anormalidades na auscultação fetal intermitente (bradicardia, taquicardia ou desacelerações).

O traçado cardiocográfico pode classificar-se como tranquilizador, não tranquilizador e patológico. Os cardiocogramas tranquilizadores ou normais exprimem-se através de características como: frequência cardíaca fetal (FCF) basal entre os 120 e os 160

bpm, variabilidade normal ( $> 5$  bpm e  $< 25$  bpm), ausência de desacelerações e presença de acelerações pontuais.

Os traçados patológicos estão associados, muitas vezes, a casos de asfixia, deterioração fetal causada por situações como: compressão grave do cordão umbilical, descolamento prematuro da placenta, hemorragia feto-materna, insuficiência útero-placentária, atraso do crescimento intrauterino, infecção fetal e hiperestimulação uterina. Estes apresentam-se com FCF basal  $< 100$  bpm ou  $> 180$  bpm, variabilidade reduzida ou nula, padrões periódicos de mau prognóstico (desacelerações tardias, desacelerações variáveis graves) ou presença de padrão sinusoidal. Em casos em que se verificavam este tipo de traçados, houve oportunidade para avaliar os efeitos de medidas que pudessem reverter o estado e promover o bem-estar materno-fetal, no sentido de detetar situações de sofrimento fetal irreversível, em que a realização do parto se tornaria emergente.

Como também já foi referenciado, o registo no partograma da presença de SGB positivo é pertinente, até pelas implicações que pode ter para o RN. Para Moreira et al. (2013), a prevenção da doença neonatal por SGB é também alvo de crescente atenção e atuação dos profissionais de saúde, pelas importantes taxas de morbilidade e mortalidade, especialmente em RN prematuros. Devido à implementação de medidas profiláticas maternas intraparto, tem sido notória a redução na doença neonatal precoce por SGB. Por sua vez, Graça (2010) reitera que, no RN, o SGB pode causar sépsis, pneumonia, meningite e infeções focais como mielite, artrite séptica ou celulite. A infeção neonatal precoce ocorre durante a primeira semana de vida, sobretudo nas primeiras 72h, sendo a principal via de infeção o contacto com o trato genital materno durante o parto. Por sua vez, a infeção neonatal tardia ocorre depois da primeira semana, podendo surgir até aos 90 dias de vida. Na maioria dos recém-nascidos, a meningite é a principal manifestação clínica de infeção tardia apesar da taxa de mortalidade ser relativamente baixa (2% nos RN de termo). Nesta situação, a infeção já não é transmitida pelo contacto com o trato genital materno, mas sim através de uma transmissão nosocomial. Segundo o protocolo do serviço, realizava-se a administração de Penicilina G, como antibiótico de primeira linha, ou ampicilina (numa dose inicial de 2g e de 1g de 4/4 horas até ao parto). Caso a parturiente referisse alergia à penicilina, optava-se pela clindamicina ou eritromicina. A administração antibiótica atendia a casos de grávidas com um RN anterior com infeção por SGB; grávidas com bacteriúria com SGB na presente gravidez; sempre que se verificasse cultura positiva para SGB na presente gravidez (exceto se cesariana eletiva, na ausência de trabalho de parto ou rutura de membranas); não havendo conhecimento sobre a colonização de SGB (cultura não

realizada, incompleta ou resultado desconhecido), na presença de TP com menos de 37 semanas, ocorrência de febre intraparto ou rutura de membranas superiores a 12h.

Relativamente à amniotomia, vulgo rutura artificial de membranas, o procedimento gera alguma controvérsia por se revelar um procedimento invasivo que ainda suscita algumas questões, na medida em que se revela uma intervenção favorável para a progressão do TP. O protocolo do serviço referia que a rutura artificial das membranas pode ser feita entre os 4/5 cm de dilatação uterina, logo que se verifique progressão do TP e não existindo risco de complicações materno-fetais. Durante o percurso do estágio, registou-se a possibilidade de realização deste procedimento sempre que estivessem reunidas as condições necessárias – não apenas as condições do colo uterino, de acordo com o protocolo, como já foi referido, mas também a apresentação fetal bem apoiada, no sentido de evitar a ocorrência de prolapso do cordão umbilical e não havendo qualquer indício de sofrimento fetal. Antes da realização deste procedimento, a parturiente era devidamente informada sobre a intervenção e as suas vantagens e riscos, bem como tratava-se de uma intervenção indolor, quer para si, quer para o feto. Poderia, porém, sentir algum desconforto aquando da introdução da pinça de Herff. Reunidas as condições de assésia, com a mão esquerda, mantinha-se a pressão no fundo uterino com o objetivo de manter a apresentação apoiada e com a mão direita introduzia-se a pinça até chegar às membranas, realizando-se uma pequena rotação com o objetivo de proceder à rutura. Em seguida, a apresentação era mobilizada ligeiramente para permitir a saída do LA, de forma a evitar o prolapso do cordão. A FCF foi alvo de atenção antes e após o procedimento, sendo comum uma taquicardia transitória, e também para excluir a possibilidade de prolapso do cordão umbilical, que se traduz em desacelerações da FCF. A avaliação e registo das características do LA (cor, cheiro e quantidade), bem como da temperatura corporal da mulher, mostraram-se dados importantes na manutenção do bem-estar materno-fetal. Após a realização do procedimento, o mesmo era registado no partograma, indicando a hora e as características do LA. Posteriormente, a monitorização cardiotocográfica contínua era mantida com o objetivo de diagnosticar qualquer sinal de sofrimento fetal. Se o LA se apresentasse tingido com mecónio, a referenciação ao obstetra e neonatologista de serviço era imediata, assim como a preparação do material para realizar o procedimento de aspiração aquando do período expulsivo.

Neste estágio, de um modo geral, foram sempre colocadas em prática intervenções com vista à promoção de um parto eutócico, sendo o objetivo principal o bem-estar materno-fetal.

No decorrer da primeira fase do TP, intervenções que promovessem o conforto assumiram sempre a prioridade, tais como o incentivo à deambulação, pelos inúmeros benefícios para a mãe e para o feto e, também, na progressão do TP. Em conjugação com a deambulação, as parturientes eram também incentivadas à prática de exercícios na bola de parto, com o objetivo de promover o relaxamento e alongamento muscular para minimizar a dor materna, proporcionar uma melhor circulação materno-fetal, bem como potenciar a descida do feto no canal de parto. Tivemos, no entanto, o cuidado de respeitar o que a literatura refere nos casos em que a mulher está sob efeito de analgesia epidural e/ou apresente rutura de membranas e a apresentação não esteja encravada. Nestes casos, não devem-se ser adotadas posições de verticalização pelo risco de queda e probabilidade aumentada de prolapso do cordão umbilical.

Outra medida de conforto, solicitada muitas vezes pelas parturientes, foi a ingestão de líquidos. Sendo as práticas no campo de estágio suportadas em recomendações que referem que a restrição hídrica ou alimentar durante o parto, não se apresentava como uma situação para favorecer a sua progressão, neste contexto, durante a fase latente do TP, a parturiente, caso fosse seu desejo, poderia ingerir líquidos ou até mesmo realizar leves e pequenas refeições. Durante a fase ativa, permitia-se que a mesma ingerisse líquidos claros. De acordo com a OE (2012), a parturiente, se desejar, pode ingerir durante todo o trabalho de parto líquidos claros no sentido de favorecer a progressão do trabalho de parto e promover o bem-estar materno e fetal. Por sua vez, a APEO (2009) argumenta que os principais riscos apresentados pelas instituições que defendem a ingestão hídrica e de alimentos durante o trabalho de parto são as complicações anestésicas e consequentes sequelas caso seja necessária uma anestesia geral, perante uma situação de emergência. No entanto, esta teoria já pode ser refutada, uma vez que, atualmente, a anestesia regional (epidural e subdural) é mais utilizada que a geral, mesmo em situações de cesariana de emergência, encontrando-se a mulher acordada, consciente, capaz de proteger as vias áreas. Ademais, o facto de a parturiente poder gerir a ingestão de alimentos sugere-lhe uma maior sensação de autocontrolo, à medida que o trabalho de parto progride, pela ingestão de pequenas quantidades de líquidos, evitando a ingestão de alimentos sólidos (Lowdermilk e Perry 2008).

Todas as intervenções veem como fator essencial o apoio emocional prestado, maioritariamente, pela pessoa significativa para a mulher no decorrer do TP, assim como para a evolução do TP. Como descrevem Hodnett e Davies (2002), o suporte durante o trabalho de parto e nascimento inclui o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de

conforto, assim como o aconselhamento e informação da mulher. A participação na tomada de decisões, as explicações informadas e atendimento às expectativas pessoais da grávida, são algumas das intervenções que permitem “empoderar” a parturiente. A confiança, a comunicação eficaz e um relacionamento entre os profissionais de saúde e as grávidas é importante para o desenvolvimento de uma experiência de parto positiva. O suporte prestado à mulher pode levar a uma redução na duração do trabalho de parto, a uma diminuição das complicações de intervenções cirúrgicas e obstétricas, a um aumento da autoestima e satisfação e, conseqüentemente, a uma maior colaboração por parte da parturiente. Desta forma, um dos principais focos de atenção durante o estágio na Sala de Partos prendeu-se com o suporte físico, emocional e psicológico à mulher em TP, pelos comprovados benefícios.

Terminado o primeiro período do TP, inicia-se o período expulsivo, considerado como o segundo estágio, que pode variar entre os 45 e os 60 minutos nas nulíparas e os 15 e os 20 minutos, nas múltiparas, período compreendido desde a dilatação completa do colo uterino (dez centímetros) até à expulsão do feto, ou seja, o nascimento. Este estágio, por sua vez, pode ser dividido em três fases: a fase latente, de descida e transição. Surge como um acontecimento em que o esperado é que seja o mais fisiológico possível, não associado a complicações, resultando da força eficaz exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade, em alguns casos, e pelos esforços expulsivos favoráveis ao desenrolar do trabalho de parto (APEO, 2009). Numa primeira fase, houve oportunidade para assegurar privacidade e proporcionar um ambiente tranquilo para a parturiente, promovendo o conforto e o bem-estar.

A fase latente entende-se como o período em que a apresentação fetal vai descendo na cavidade pélvica e rodando para uma posição anterior, na presença de contrações. Neste momento, a parturiente não apresenta necessidade constante de realizar esforços expulsivos, sendo aconselhada a repousar com o intuito de repor energias para os esforços expulsivos, quando a mesma sentisse necessidade de puxar. Relativamente aos esforços expulsivos, podem ser precoces, consoante ocorram imediatamente antes ou logo após a dilatação total; ou tardios, quando a mulher sente realmente vontade de puxar e a apresentação fetal se encontre no nível do II ou III do plano de Hodge (Amorim et al., 2010). Por se considerar mais saudável, as mulheres foram incentivadas a puxar mais tardiamente. As parturientes eram aconselhadas a puxar da forma que lhe fosse mais conveniente com vocalizações e gemidos, se assim o entendessem, e respirações entre os puxos (NICE, 2014). Quando a parturiente se

encontrava sob efeito de analgesia epidural, verificou-se a necessidade de orientação no que se refere ao momento de iniciar os esforços expulsivos.

Na fase da descida, a parturiente apresenta uma forte necessidade em exercer esforços expulsivos, devido à pressão exercida pela apresentação sobre o pavimento pélvico. Nesta fase, a mulher concentra a sua atenção nos esforços expulsivos, procurando adotar a posição mais confortável para a execução dos mesmos. Para além de informação sobre a adoção de posições favoráveis para o bem-estar fetal, instruções sobre técnica respiratória foram também ministradas à parturiente. Na última fase deste estágio, a fase de transição, a apresentação encontra-se à vulva e os esforços expulsivos tornam-se mais eficazes para a expulsão do feto.

De acordo com o protocolo do serviço, na realização do parto estariam pelo menos dois profissionais: um responsável pela realização do parto e outro pelos cuidados ao RN. Na execução do parto com técnica asséptica, tornava-se então necessária a utilização de touca, sapatos, máscara cirúrgica, bata e luvas esterilizadas, bem como os respetivos campos, que fazem parte de um *kit* de material irrecuperável. No mesmo sentido, eram colocados campos cirúrgicos na parte inferior da região pélvica e abdominal da mulher, para além de proteções esterilizadas nos membros inferiores. De seguida, promovia-se a higienização e a antissépsia da região perineal.

Concomitantemente à avaliação da progressão fetal, a monitorização cardiotocográfica contínua foi mantida para avaliação da FCF, com o objetivo de despistar possíveis sinais de sofrimento fetal e apenas era desligada após o nascimento do RN. No mesmo período, a parturiente era encorajada a realizar esforços expulsivos durante as contrações e instruída a recuperar a força entre as mesmas, através de técnica respiratória, recorrendo a respiração lenta e profunda.

As condições do períneo eram avaliadas à medida que se avançava para o coroamento da cabeça fetal, com o intuito de avaliar a necessidade de execução de episiotomia mediolateral esquerda em casos de eminência de laceração perineal e vaginal, de macrosomia fetal e de RN prematuros, no sentido de diminuir o risco de lesão cerebral. De acordo com as recomendações da ACOG (2006), a episiotomia não deve ser realizada por rotina, mas por indicação materna ou fetal com o objetivo de minimizar a ocorrência de lacerações maternas graves ou facilitar partos mais difíceis, que necessitem de um maior grau de intervenção. Assim sendo, o recurso à episiotomia deve ter em consideração a especificidade de cada situação.

No decorrer do estágio, os partos executados, na sua maioria, não comportaram a prática de episiotomia (Anexo II). Em alguns casos em que não foi realizada, registaram-se algumas lacerações perineais ou vaginais, sobretudo de 1º e 2º grau, atingindo apenas a pele ou a estrutura muscular perineal. Após a decisão de realização ou não de episiotomia, a saída da cabeça do RN era auxiliada com movimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca com a proteção do períneo de forma a proteger os tecidos maternos e reduzir a dor no período pós-parto (Manobra modificada de Ritgen).

Logo após a saída da cabeça, era executada palpação a nível cervical com o objetivo de despistar presença de circulares do cordão umbilical. Esta era uma situação que ocorria com alguma frequência, tratando-se maioritariamente de circulares cervicais em que se verificava a possibilidade de o cordão ser desenrolado. Registaram-se escassas situações de circulares mais apertadas, em que se procedeu à laqueação prévia do cordão.

Em seguida, o movimento de restituição e rotação externa era auxiliado, e realizada a libertação do ombro anterior e em seguida o ombro posterior, protegendo sempre o períneo, com a mão direita. Posteriormente, era executada a extração do corpo do feto.

Após o nascimento, a hora era confirmada e registada, realizando-se a higiene do nariz e da boca do RN com compressas no sentido de permeabilizar a via aérea. Era também avaliado, em simultâneo, o índice de Apgar ao primeiro minuto de vida. Se o RN se encontrasse estável, era colocado sob o abdómen materno. Seguidamente, era clampado o cordão umbilical e incentivados o acompanhante e/ou a mãe a procederem à sua laqueação. No que diz respeito à clampagem do cordão umbilical, o momento em que realiza este procedimento diverge segundo o protocolo de cada instituição. Vários estudos têm identificado vantagens da clampagem tardia, isto é, da clampagem do cordão quando este deixa de pulsar. Na literatura, são muitas as referências que indicam que executar a clampagem tardia do cordão umbilical fornece tempo suficiente para que ocorra transfusão placentária que aporta ao recém-nascido cerca de 30% de volume sanguíneo adicional e até 60% mais de eritrócitos, os quais, ao serem destruídos por hemólise, aumentam em cerca de 50 mg de ferro as reservas do bebé.

Durante o período de estágio, no que diz respeito a redução do risco de hemorragia, a clampagem do cordão executou-se, na maior parte das vezes, calmamente e sem urgência. Caso necessário, era colhido sangue do cordão para criopreservação das células estaminais, assim como o respetivo tecido, bem como para determinação do grupo sanguíneo fetal.

A avaliação do RN após o nascimento é imperativa para a facilitação da sua adaptação à vida extrauterina. Deste modo, a realização de aspiração suave das vias aéreas, a estimulação táctil através de massagem e a manutenção da temperatura corporal

(envolvendo o RN num lençol aquecido), até ao contacto pele a pele com a mãe, mostravam-se intervenções convenientes após o nascimento, promovendo a Ligação Mãe/Filho e permitindo a redução de situações de diagnóstico de risco de hipotermia.

Para além destes procedimentos, era sempre efetuado despiste de situações de dificuldade respiratória como a possível existência de adejo nasal, cianose perioral, tiragem ou gemido expiratório. Cerca de 1% dos recém-nascidos necessitam de manobras de reanimação diferenciadas, sofrendo alguma asfixia grave ao nascer; outros, incapacidade de estabelecerem uma respiração eficaz nos primeiros minutos de vida, sendo a sua adaptação cardiorrespiratória extrauterina anormal. Por este motivo, a avaliação do Índice de Apgar estabelece-se como uma excelente forma de avaliar a adaptação extrauterina, incluindo a avaliação de parâmetros como: frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio; frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica; tónus muscular, pelo grau de flexão e movimento das extremidades; irritabilidade reflexa, pela resposta do RN à estimulação táctil; e pela cor da pele. Cada item seria pontuado de 0, 1 ou 2, consoante a avaliação ao 1º, 5º e 10º minuto de vida.

Estabilizado o RN, surgia então a necessidade de proceder à sua pesagem, medição e identificação. Em seguida, era executada a antissépsia do coto umbilical com álcool a 70° e realizada a profilaxia de hemorragia por deficiência de vitamina K e da conjuntivite neonatal. O banho não era efetuado nestas primeiras horas, para evitar perdas de calor, pelo que apenas se procedia à limpeza do excesso de sangue ou LA resultantes do TP com compressas. Após estes procedimentos, o RN era colocado, despido, sobre o tórax da mãe, coberto por um lençol aquecido, proporcionando o contacto pele a pele entre o RN e a mãe e potenciando-se a Ligação Mãe/Filho.

Em consonância com este contacto pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida era respeitada como sendo uma das medidas para a qualificação dos Hospitais Amigos dos Bebés, pela UNICEF. Como recomendação da OMS, é uma das estratégias prioritárias da Sala de Partos do HPH, para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Aliás, como defendem Will et al. (2013), este comportamento aumenta a produção de oxitocina, o que provoca a contração uterina, reduzindo a hemorragia materna, e estabiliza a temperatura, glicemia e frequência respiratória do RN. De acordo com todas estas vantagens, e pela estimulação do reflexo de sucção do RN que se encontra mais ativo na primeira hora de vida, o contacto físico entre mãe e filho, visto como vital, com o objetivo de estabelecer e permitir a continuidade do vínculo entre ambos, por um lado, e estimular a produção de leite por outro. Cabe ao EESMO, a informação sobre as

vantagens do aleitamento materno e ao mesmo tempo o apoio na adaptação do bebê à mama, potenciando assim a Ligação Mãe/Filho (ICN, 2011) já referenciada.

É após o nascimento que se inicia o terceiro período do TP. Descrito como dequitação ou dequite e caracterizado pelo descolamento, descida e desprendimento da placenta e membranas fetais (Freitas et al., 2011), decorre desde da saída do feto até à expulsão da placenta e das membranas fetais. Os sinais observados neste período foram a contração firme do útero, saída súbita de sangue pelo intróito vaginal, aumento do cordão umbilical, visualização de um volume no intróito vaginal e sensação materna de puxo pela sua presença na vagina. Neste período, a parturiente era aconselhada a permanecer em decúbito dorsal, com a cama inclinada ou cabeceira baixa. Era solicitada a sua colaboração, sendo informada de que iria continuar a sentir algumas contrações uterinas, fundamentais para a expulsão da placenta.

Durante esta fase colocávamos a possibilidade de opção por uma de duas posturas de atuação distintas: ou uma abordagem passiva ou ativa, para um melhor domínio do terceiro estágio do TP. A abordagem passiva resume-se à expulsão natural da placenta através de esforços da mulher, não sendo administrada oxitocina endovenosa. Por outro lado, o método ativo implica a perfusão endovenosa de oxitocina, clampagem e laqueação do cordão umbilical após o nascimento e tração controlada do mesmo a partir do momento em que são evidentes os sinais de descolamento da placenta, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estágio e prevenir a hemorragia pós-parto (Begley et al., 2011). O método mais usado durante o terceiro período do TP era o ativo. Como já referido, executava-se a clampagem do cordão o mais tardiamente possível, devido às vantagens para o RN e por não diminuir a hemorragia materna (no caso de se for feito imediatamente após o nascimento); a administração de oxitocina executava-se com o objetivo de aumentar a contratilidade uterina no sentido de promover a descida da placenta e a diminuição da hemorragia. Nesse sentido, eram então colocadas 10 unidades de oxitocina em 500ml de soro polieletrólítico, em perfusão de 250ml/hora.

Seguidamente, era aplicada uma tração controlada do cordão umbilical, colocando uma pinça, no mesmo, junto à vulva e efetuada pressão na região supra-púbica para verificar a sua retração (sinal de Kustner) e possíveis sinais de descolamento da placenta (acima mencionados). Quando se observavam esses sinais, realizava-se uma pressão sobre o fundo uterino no sentido ascendente, no momento da contração uterina, e com a outra mão encaminhava-se o cordão em sentido descendente para facilitar a descida da placenta.

Estando perante a exteriorização da placenta, com as duas mãos, era feita a sua exteriorização com a ajuda; suavemente, torcendo-a de maneira a evitar risco de

fragmentação. No momento da extração, era identificado o mecanismo pela qual era expulsa: mecanismo de Duncan ou de Schultze (este segundo, o mais verificado). Posteriormente, era disposta num tabuleiro para ser examinada (forma, integridade dos cotilédones, achados anormais), tal como as membranas (presença dos dois folhetos completos) e o cordão umbilical (local de inserção na placenta, comprimento e número de vasos sanguíneos).

Após a verificação das características dos cotilédones e membranas da placenta, efetuava-se, através da realização de massagem uterina, a confirmação de que o globo de segurança de Pinard se constituía, no sentido de estimular a sua contratilidade e a expulsão de coágulos existentes na cavidade uterina ou no canal vaginal e vigiava-se a perda sanguínea - quando superior a 500ml, era dado conhecimento ao obstetra de serviço.

Posteriormente, eram inspecionadas a vulva e a vagina, para verificar a existência ou não de lacerações. No caso de integridade perineal, procedia-se a cuidados de higiene perineal, e a puérpera era auxiliada para se posicionar confortavelmente. Por sua vez, se fossem encontradas lacerações de 2º grau, procedia-se à sua correção. A puérpera era informada sobre o procedimento a realizar e, se não tivesse sido submetida a analgesia epidural, procedia-se a uma analgesia (local) complementar. Nos casos em que a dor era suportada, era apoiada a alterar o posicionamento para que os tecidos ficassem bem visíveis, como recomenda o RCM (2012) relativamente à episiorrafia. Neste procedimento, para executar a episiorrafia, utilizou-se o fio Vicryl Rapid® 2/0, que consiste num multifilamento sintético e de absorção rápida. Como já referido, maioritariamente, as lacerações ou a episiotomia atingiam apenas a pele ou a estrutura muscular perineal, permitindo a prática da técnica de sutura por camadas iniciada interiormente na estrutura muscular e terminando na sutura cutânea, respetivamente.

Na maioria das experiências na sala de partos, duas horas após o TP, de acordo com o protocolado pelo serviço, as puérperas e os RN eram encaminhados para o internamento de Obstetrícia. Isto após avaliação dos sinais vitais maternos, do tónus e da posição uterinos, dos lóquios, do grau de dor, da eliminação urinária e, por fim, da reação à excisão do cateter da analgesia epidural. Em relação ao RN, era verificada a sua identificação e a presença de pulseira eletrónica, por questões de segurança. Eram avaliados parâmetros do RN relacionados com a sua cor, o choro, a reatividade a estímulos e a iniciação alimentar.

No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados, na transferência da puérpera e do RN, eram reportados à colega do serviço de internamento o índice obstétrico,

antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, entre outros), características e hora da ruptura de membranas, tipo de analgesia realizada, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto/ presença de ferida cirúrgica/lacerações, posição uterina e características dos lóquios, início e tolerância da dieta, eliminação urinária, identificação e dados antropométricos do RN, avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada. Acrescia ainda a estas informações, algum outro dado relevante verificado.

Procedendo agora uma breve reflexão sobre a descrição das atividades desenvolvidas – da atividade diagnóstica e das intervenções delineadas para fazer face aos diagnósticos de enfermagem -, estamos conscientes de que dificilmente esgotaríamos toda a dimensão da experiência vivenciada. Tomamos algumas opções que nos pareceram assumir maior relevância para enfatizar este percurso formativo, de forma a podermos afirmar que os objetivos foram atingidos, bem como a aquisição de novos saberes e competências adquiridas. Muito gratificante.

### **1.3 Transição Para a Parentalidade: Cuidados Após o Nascimento e o Autocuidado no Pós-parto**

Vários autores descrevem o puerpério como a fase de recuperação após o parto, apesar de o período de recuperação não ter uma determinação unânime. Para a OE (2014), o puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe, que começa imediatamente após o nascimento do bebê e se prolonga nas seis semanas que se seguem ao parto. Já Rezende e Montenegro (2013) descrevem que o puerpério, também denominado sobreparto ou pós-parto, como o período de tempo que sucede ao parto e, sob o ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação.

Embora o caráter gradual e progressivo assumido por essas manifestações torne o puerpério um período de demarcação temporal imprecisa, é aceitável dividir o período que se sucede ao parto em pós-parto imediato, do 1º ao 10º dia; pós-parto tardio, do 10º ao 45º dia; e pós-parto remoto, além do 45º dia. Alguns estudos assumem, ainda, como pós-parto os 12 meses posteriores o parto.

De acordo com estas orientações, tornou-se fundamental focalizar o objetivo das intervenções, no período do puerpério imediato, na promoção da saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2010).

O nascimento de um filho regista-se como um marco histórico que implica grandes mudanças na vida de uma família. Apresenta-se como um processo irreversível, que exige uma adaptação da mulher ao novo papel, às exigências dos cuidados ao RN e às alterações fisiológicas a que está sujeita após o parto, bem como alterações na vida do casal/família. É, assim, nesta fase, que se mostra possível o diagnóstico de Adaptação à Parentalidade e a delimitação de uma intervenção diferenciada no acompanhamento do casal e da família, dotando-os de estratégias para a preparação e adaptação à parentalidade, não esquecendo o necessário respeito pela sua cultura e projetos de vida individuais.

De acordo com o regulamento de competências do EESMO (OE, 2010), assumimos um papel preponderante perante a promoção da saúde da mulher e do RN no período pós-natal. O diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN durante o período pós-natal permite acautelar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde dos mesmos durante este período. Felgueiras e Graça (2013) descrevem que no pós-parto as mulheres com maior resiliência apresentam melhor ajustamento à maternidade e atitudes mais positivas. A contribuição da resiliência para o cuidar em enfermagem é pertinente, porque pode orientar a tomada de decisões e a determinação de prioridades. Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria encontram-se numa posição privilegiada entre os profissionais de saúde para a promoção da resiliência, uma vez que estabelecem, desde o início da gravidez, um contacto próximo com as grávidas, que se prolonga durante o puerpério.

Durante o período de estágio, a conceção do puerpério como um período em que os cuidados especializados se materializam de forma mais palpável, bem como a aplicabilidade das suas práticas, tornou-se, efetivamente, patente, nomeadamente em relação à promoção do bem-estar materno e do RN, prevenção e tratamento de situações de risco e promoção da Adaptação à Parentalidade (ICN, 2011).

Para Campos et al. (2008) , o puerpério do parto vaginal em mulheres sem patologia associada, é fisiológico e encontra-se associado a um conjunto mínimo de complicações. No acolhimento à puérpera e ao RN no serviço, era importante a referência ao TP no que implica de alterações e complicações que possam ter surgido com a mãe e/ou

com o bebê e a informação sobre a primeira oportunidade de amamentação do RN, bem como a eficácia da mesma.

Aquando da chegada ao internamento, em relação à puérpera, era essencial a avaliação de parâmetros relacionados com a condição física, como: os sinais vitais, a presença de globo de segurança de Pinard e a respetiva perda hemática e a dor. O primeiro levante era efetuado quando a puérpera desejasse e na presença de um enfermeiro, sendo recomendado pelo protocolo do serviço um período mínimo de repouso de seis horas após o parto vaginal com execução de analgesia epidural e doze horas na cesariana, após tolerância alimentar. Nesse caso, a puérpera era incentivada ao levante e à deambulação frequente. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), para que o levante ocorra em segurança, é essencial a avaliação dos sinais vitais durante o mesmo, bem como a vigilância de sintomas e sinais de lipotimia, vigiando o risco de hipotensão e objetivando a diminuição do risco de queda.

A realização de pequenos exercícios no pós-parto imediato era instruída à puérpera no sentido de melhorar a oxigenação, diminuindo a possibilidade de diagnóstico de Potencial de Risco no Processo Vascular (ICN, 2011) e abordando o foco de atenção “Fazer Exercício”, definido pelo ICN (2011, p.53) – *“realizar trabalho físico e voluntário dos sistemas musculoesquelético e respiratório para a melhoria da forma física, mobilidade e força”*. Durante este período de repouso, a puérpera era incentivada a mobilizar os membros inferiores de forma a promover uma perfusão sanguínea adequada dos mesmos.

Como no período pós-parto imediato, a mulher se encontrava dependente no Autocuidado, por indicação de repouso no leito, manteve-se a prestação de cuidados de higiene parcial no leito, sendo a puérpera instruída da importância dos cuidados perineais e da sua frequência diária, como atividade na prevenção do risco de infeção.

Quanto à avaliação da involução uterina, procedia-se à verificação da altura uterina. No final do terceiro período do TP, o útero encontrar-se-á aproximadamente na linha média, cerca de dois centímetros acima do nível do umbigo. Após as primeiras doze horas, o fundo uterino verifica-se por palpação, aproximadamente, um centímetro acima da cicatriz umbilical. À medida que o processo de involução vai ocorrendo, o fundo uterino tende a descer na cavidade pélvica um a dois cm em cada 24 horas (Cunningham et al., 2012). Eram, também, estas informações eram prestadas às puérperas.

Para além das intervenções inerentes à nossa vigilância como EESMO, o aconselhamento e incentivo das puérperas para a realização da massagem no fundo do útero para estimular a sua involução revelaram-se de extrema importância. É de referir que a revisão uterina e massagem suave no fundo do útero após o parto contribuem para o

sucesso da involução e prevenção de complicações. Como referem as recomendações do NICE (2006), apesar do desconforto e dor causados, surgem com o objetivo de maior remoção de coágulos, que interferem com a capacidade de contração e involução uterinas, já que podem causar situações em que ocorre sub-involução, sendo que o útero não consegue retomar ao seu estado anterior à gravidez. Estas alterações podem indicar infeção, retenção de restos placentares, trauma do trato genital ou trauma cervical, alterações da coagulação ou atonia uterina, como acrescenta Graça (2010).

Também a distensão da bexiga pode causar dificuldades no processo de involução uterina, situação que desenvolve deslocação do útero, dificultando o seu tónus normal. Neste caso, a puérpera era incentivada à ingestão hídrica para facilitar a eliminação vesical e evitar a presença de infeções urinárias. Nesse sentido, as recomendações do NICE (2006) afirmam que, após o parto, a mulher deve urinar espontaneamente dentro de 6 a 8 horas, sendo que as primeiras micções devem ser documentadas, pelo risco de ocorrer uma distensão da bexiga e conseqüente risco de retenção urinária com deslocação uterina impedindo a sua contração.

Em situações mais complicadas, verifica-se incapacidade de o útero contrair adequadamente, revelando-se, nestes casos, atonia uterina. Em caso de atonia do útero, o sangue existente dá lugar a coágulos, os vasos sanguíneos do local da placenta não ocluem, provocando a hemorragia. Deste modo, pode afirmar-se que a causa mais comum de hemorragia excessiva após o parto é a atonia uterina. Nestes casos, segundo o protocolo do serviço, a equipa médica era imediatamente informada, realizava-se massagem uterina de forma contínua e eram administradas 10 unidades de oxitocina, por via endovenosa. E, posteriormente colocavam-se em perfusão 40 unidades de oxitocina em 500 ml de soro fisiológico a 125 ml/h. Após avaliação de estabilidade hemodinâmica da puérpera, a monitorização dos sinais vitais da mesma era premente. No entanto, se esta situação se mostrasse irreversível após todos estes procedimentos, a puérpera era encaminhada com urgência para o bloco operatório no sentido de reverter esta complicação e evitar casos mais graves que podem culminar na realização de uma histerectomia.

Intervindo na presença de hemorragia, urge a manutenção de um bom tónus uterino e a prevenção da distensão vesical, como já referido. A avaliação do globo de segurança de Pinard, com o objetivo de vigiar a perda de sangue uterina e as características dos lóquios são, também, muito importantes para verificação e avaliação do risco de hemorragia. A perda hemática pode classificar-se como abundante, moderada, ligeira ou escassa, sendo importante informar as puérperas das alterações das características dos

lóquios ao longo dos primeiros dias do puerpério. Estas alterações podem referir-se à coloração e ao fluxo dos mesmos. Assim, nos primeiros dias apresentam-se com cor vermelho vivo (lóquios hemáticos) e podem coexistir pequenos coágulos; 3 a 4 dias após, apresentam-se de cor rosada ou acastanhados (lóquios sero-hemáticos), diminuindo de fluxo; passados aproximadamente 10 dias do parto, o fluxo tingir-se-ia de amarelado a branco (lóquios serosos), com características semelhantes até mais de 14 dias. Para além da coloração, o cheiro dos lóquios é um dos aspetos relevantes, pois tendo um cheiro *sui generis* e sempre que este se apresente alterado, é de considerar, visto apresentar possibilidade de diagnóstico de possível risco de infeção.

Para além da avaliação destes parâmetros, e também no sentido de diagnosticar situações de instabilidade hemodinâmica como resultado de perda sanguínea abundante, foram também avaliadas as características da pele e mucosas da puérpera, a frequência respiratória e cardíaca, o débito urinário e o estado de consciência. Em caso de alteração de algum destes parâmetros e segundo protocolo do serviço, eram realizadas análises clínicas com o objetivo de diagnosticar possíveis complicações e de tomar medidas para a sua correção. Como referem Cunningham et al. (2012), é também fundamental perante uma perda sanguínea pós-parto mais abundante retificar a integridade do canal de parto, averiguar a presença de hematomas vaginais ou vulvares e a possibilidade de retenção de restos placentares, no sentido da sua resolução imediata.

Outro dos parâmetros de referência, que pressupõe avaliação neste período, por parte do EESMO, é a evolução da cicatrização das feridas cirúrgicas provocadas por episiotomia ou lacerações, ou abdominal, no caso de parto distócico por cesariana. A avaliação das mesmas, assim como a informação às puérperas de possíveis sinais de infeção, foram procedimentos implementados durante o período do estágio, atendendo aos diagnósticos de Ferida Cirúrgica abdominal, Ferida Perineal e/ou Laceração (ICN, 2011). O Risco de Infeção estabelece-se como mais um diagnóstico por presença de ferida. Esta pode estar associada às feridas presentes, como mencionado, ao risco de retenção urinária, a retenção de fragmentos placentares ou a mastite.

É inquestionável que a melhor solução passa sempre pela prevenção, sendo focada a atenção nos cuidados de higiene pessoal e hospitalar. Também neste tocante, as puérperas foram incentivadas a manter uma higiene pessoal regular, bem como a higiene perineal, com substituição de penso com frequência, para manter a ferida seca e limpa, bem como a lavar as mãos com frequência. Por outro lado, no caso de ferida cirúrgica abdominal, segundo protocolo do serviço, o penso só deveria ser executado caso estivesse descolado, repassado ou caso a puérpera exprimisse desconforto, com vista a uma

diminuição no risco de infecção. Todavia, a execução do tratamento de penso realizava-se antes da alta hospitalar.

Observada a presença de ferida, independentemente do tipo e localização, a maioria das mulheres referia a presença de Dor (ICN, 2011) nos primeiros dias após o parto. Nesse sentido, eram implementadas intervenções com o intuito da diminuição desse desconforto, através de medidas não farmacológicas, como por exemplo, a aplicação de gelo local, instrução sobre o decúbito lateral ou a utilização de uma almofada na posição de sentada. Paralelamente a estas medidas, no caso de existir prescrição de analgesia, esta era administrada, principalmente nos casos de partos por cesariana, situações em que se demonstrou como a medida de alívio da dor mais eficaz.

Uma outra situação muitas vezes diagnosticada após o parto vaginal é a incontinência urinária, resultado da diminuição do tônus muscular e do estiramento dos tecidos do assoalho pélvico, durante a gestação e o parto. Nesse sentido, as puérperas foram informadas e instruídas para a prática de exercícios para o fortalecimento desta musculatura no período pós-parto, exercícios de Kegel, a iniciar logo que possível.

À eliminação intestinal comprometida também foi atribuída relevância e, dado o desconforto que pode provocar, foram sugeridas às puérperas medidas (recomendadas pelo NICE, 2006) como a ingestão hídrica adequada, uma alimentação rica em fibras e a deambulação, medidas estas que ajudam também na prevenção de obstipação nesta fase.

A utilização de cinta pós-parto foi um tema questionado pelas puérperas, quanto à sua aplicação, vantagens e desvantagens se apresentarem como questões controversas. O seu uso era deixado ao critério da puérpera, sendo informada de que somente é aconselhada após a primeira dejeção depois do parto.

Relativamente aos cuidados ao RN, durante o internamento, os pais foram instruídos a prestar cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical e a manter precauções de segurança. Outros temas abordados, individualmente, com atenção à especificidade de cada casal e de acordo também com os conhecimentos e habilidades dos pais, foram: interpretação do choro e técnicas para acalmar o bebé (potenciando a comunicação e a vinculação mãe-filho), o ciclo de sono e período de vigília do RN, consultas de vigilância, vacinação do RN, estimulação sensorial, etapas do desenvolvimento, cuidados de higiene geral e antisepsia do coto umbilical.

A segurança e prevenção de acidentes também foram abordadas através de informação aos pais sobre questões de risco, como: queimaduras (confirmar sempre a temperatura do banho que deve rondar os 37°C, por exemplo); risco de asfixia (não

posicionar o recém-nascido em decúbito ventral, colocar a roupa do berço ao nível do tronco da criança, não deitar o RN na cama entre os pais); risco de queda (não deixar a criança sozinha numa cama ou no mudador de fraldas, levantar e fixar sempre a grade do berço, travar sempre o carrinho de passeio quando parado, apertar os cintos de segurança da cadeira de transporte); síndrome de morte súbita (deitar a criança para dormir em decúbito dorsal, com cabeça lateralizada).

No caso de dúvidas e questões acerca dos cuidados com o RN, a ULSM dispunha de um projeto com a designação Bem-Me-Quer, que contava com uma linha telefónica de apoio para as puérperas/casais.

Ainda relativamente aos cuidados com o RN, registaram-se no decorrer deste estágio diversas situações de icterícia fisiológica. Esta é uma alteração que surge, aproximadamente, entre o terceiro e o quinto dia de vida. Segundo os Consensos de Neonatologia (2013), é definida como a coloração amarela da pele e das escleróticas e quase todos os RN apresentam valores de bilirrubina na circulação sanguínea superior a 1 mg/dl. Quando este valor atinge os 5 mg/dl, torna-se visível nas escleróticas e na pele. Para a avaliação da bilirrubina sérica, era necessário colher a amostra através da punção do calcâneo do RN e (sendo uma técnica com algumas implicações, a prevenção de complicações parte da execução da mesma). Para proceder à colheita da amostra, o calcâneo era limpo com álcool, imobilizado o pé do RN e puncionada a zona lateral mais proeminente do calcanhar com uma lanceta automática para diminuir a dor. Após a colheita, era realizada pressão local e colocação de penso.

No caso da presença de icterícia entre as primeiras 24 horas de vida e os dias seguintes, as suas características eram avaliadas, bem como o bem-estar global do RN, com especial atenção à hidratação e agilidade do mesmo (NHS, 2004). De acordo com o designado pelo NICE (2014), a evolução da icterícia é céfalo-caudal, sendo significativa uma icterícia visível nos membros. Os sinais e sintomas da icterícia descrevem letargia, falta de apetite e urina escura, sinais que foram despistados. Segundo os Consensos de Neonatologia (2013), para o tratamento da hiperbilirrubinemia (que resulta na manifestação de icterícia), existem opções como a fototerapia, exsanguino-transfusão e outros tratamentos farmacológicos. A fototerapia foi a intervenção mais usada durante o estágio, na medida em que se mostra segura e eficaz na redução da BT, prevenindo a sua neurotoxicidade (Sociedade Portuguesa de Pediatria - SPP, 2013).

O aparelho utilizado em campo de estágio para a realização de fototerapia foi o Bilibed®, que apresenta luz fluorescente, com berços abertos. Apresenta a vantagem de permitir que os RN permaneçam com as mães, contribuindo para o estabelecimento de

vínculo afetivo mesmo durante a terapia. Durante ou após a realização deste procedimento, foi avaliada a possível presença de efeitos colaterais da fototerapia, descritos pela SPP (2013) como exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia.

No que se refere ao aleitamento, para o desenvolvimento e promoção do aleitamento materno, foi projetada a iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés”, em 1992, pela OMS em conjunto a UNICEF, baseando-se em dez medidas promotoras. Também as intervenções adotadas durante o estágio permitiram desenvolver estratégias para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, fazendo face ao diagnóstico Amamentar. Seguindo esta linha de ideias, foi definido um conjunto de informações a transmitir às puérperas sobre as vantagens da prática do aleitamento materno, tanto para a própria como para o RN: da importância de amamentar sempre que o RN o queira; incentivar o aleitamento materno, a não ser que haja algum tipo de contraindicação médica; promover o alojamento conjunto; encorajar a não oferecer tetinas ou chupetas até que a adaptação do RN à mama esteja estabelecida; informar sobre a linha SOS Amamentação do HPH, disponível 24 horas, bem como da existência de espaços próprios nos Centros de Saúde da ULSM, designados por Cantinhos da Amamentação.

As puérperas foram assistidas na adaptação do bebé à mama, para facilitação do reconhecimento de uma pega correta, para além da transmissão de informação sobre uma postura correta e confortável para as mesmas, promovendo assim uma amamentação eficaz e prevenindo problemas nos mamilos (NICE, 2014). Em diversas situações, também os sinais de fome foram referidos à puérpera/casal, para que a sua perceção e diminuição da ansiedade relacionadas com esse tema fossem colmatadas. As puérperas foram também informadas sobre questões da diferente composição do leite materno durante a mamada, não existindo um período bem estabelecido sobre a sua duração, sendo que as próprias deveriam permitir que o bebé esvaziasse uma mama até ao fim e só depois deveriam oferecer a outra (Levy e Bértolo, 2008), dependendo assim a duração da mamada da vontade do bebé.

No sentido de prevenir dificuldades resultantes da presença de mastite, mais frequentes no internamento, situações como ingurgitamento mamário, maceração e/ou fissura mamária, foram despistados, para uma resolução eficaz. As mulheres foram informadas de estratégias para prevenção da dor e/ou tratamento de mamilos dolorosos, estratégias essas como: a posição e a colocação do bebé à mama; verificação dos sinais de uma boa pega; não lavar os mamilos com sabão; não interromper a mamada, ou se necessário, colocar um dedo entre a boca do bebé e o mamilo para dissipar o vácuo.

A presença de ingurgitamento mamário emerge quando o leite materno não é extraído em quantidade suficiente. As mamas ficam tensas, quentes e dolorosas, tornando-se difícil para o bebê a extração adequada de leite. Por conseguinte, as puérperas foram informadas dos benefícios de alimentar o RN em livre horário, da posição correta para colocar o RN para mamar e da pega correta à mama. Aquando da presença desta dificuldade, as mulheres eram incentivadas à aplicação de calor húmido e à extração manual de leite e/ou extração com bomba elétrica, até que o mamilo e a aréola ficassem mais moles para depois oferecer a mama ao bebê. Nestes casos, deveriam continuar a retirar o leite com a frequência necessária até as mamas ficarem mais confortáveis e até a tensão mamária desaparecer.

A atividade sexual no pós-parto constituiu-se como outro dos aspetos importantes abordados durante o internamento. Nesse sentido, foram fornecidas informações às mulheres sobre a sexualidade e o uso de contraceptivo que se prenderam com o agendamento da consulta de revisão de puerpério, entre a quarta e a sexta semana após o parto, bem como a abordagem de diferentes métodos de contraceção. O reinício da atividade sexual foi aconselhado após a quarta semana pós-parto, momento em que a hemorragia deverá ter cessado e a ferida cirúrgica ou laceração perineal está já cicatrizada.

No final do período de internamento, inicia-se a preparação da alta hospitalar, um processo de continuidade que tem início aquando da entrada da mulher e do RN no serviço de obstetrícia, sendo que as intervenções e informações prestadas durante o internamento visam a promoção de conhecimentos e habilidades da mulher/casal a nível dos cuidados ao RN, bem como os cuidados consigo própria.

Relativamente à vigilância da saúde do RN nas primeiras semanas de vida, os pais foram informados sobre a realização do diagnóstico precoce, entre o terceiro e o sexto dia de vida, segundo agendamento com o Centro de Saúde da área de residência, bem como do agendamento de consulta médica nas duas primeiras semanas de vida.

Uma das principais questões das puérperas aquando da alta hospitalar foi a prática de exercício físico no pós-parto, especialmente o momento ideal para o seu início. Apresentou-se, com efeito, como um tema que suscitou particular interesse e se encontra, no terceiro capítulo, desenvolvido através de uma revisão integrativa da literatura.

Relativamente a essas questões, Ko et al. (2013) afirmam que, devido ao breve período de internamento que se segue ao parto, os enfermeiros concentram-se, principalmente, nas informações às novas mães sobre a amamentação e cuidados com o períneo. Seis semanas após o parto, 75% das mulheres anseiam por receber informações sobre o exercício no pós-parto e dieta. No entanto, estas instruções não são fornecidas

durante as consultas no pós-parto. Deste modo, o período de internamento e a alta hospitalar constituíram momentos com especial relevância para o esclarecimento de dúvidas em relação ao exercício físico e na aplicação de conhecimentos científicos para prestar informação às puérperas.

De acordo com esta temática, Martins et al. (2011) argumentam que os exercícios no pós-parto podem ser iniciados logo após o nascimento do filho, embora devam ser realizados de forma gradual e, em caso de parto por cesariana, os exercícios abdominais deverão ser realizados apenas no final do primeiro mês após o parto, sendo as puérperas informadas nesse sentido. Muitas puérperas podem apresentar alterações de humor, o que compromete a sua qualidade de vida e a capacidade de se cuidar e cuidar do seu próprio filho. A realização de exercícios contribui para melhorar a autoestima e o ânimo, para o desenvolvimento das atividades quotidianas e melhores condições para o retorno corporal às condições pré-gravídicas. Exercícios da musculatura pélvica também foram esclarecidos, os exercícios de Kegel, no sentido da prevenção da incontinência urinária, como já antes mencionado.

Após a alta hospitalar, a eficácia das informações prestadas durante o período pré-natal e no internamento, bem como a avaliação do processo de adaptação, revelam-se questões emergentes e que apontam para uma clara necessidade de acompanhamento no pós-parto. A visita domiciliária faz parte integrante desse acompanhamento após a alta e permite a continuidade de cuidados à puérpera e ao RN, o que possibilitará melhores resultados no processo de adaptação à parentalidade.

Também a consulta de enfermagem no pós-parto pode determinar diagnósticos e, com base neles, contribuir para um plano de cuidados ou de intervenções de enfermagem na área obstétrica, com foco (também) na realização de exercícios físicos (Martins et al., 2011). Na preparação do regresso a casa seguimos a perspectiva de Cochrum (2015) em que os profissionais da área da obstetrícia devem comunicar informações às suas utentes no início do ciclo de gravidez e continuar a fornecer informação após a gravidez, através de contactos periódicos por telefone, *e-mails* e em grupo. Fornecemos o contacto dos seu Centro de saúde para que se pudessem Registrar, neste âmbito, nos cursos de recuperação pós-parto como uma mais-valia para esse contacto e partilha de experiências em grupo.

Durante o estágio, no internamento, a promoção da Adaptação à Parentalidade foi uma das principais preocupações, como se pode constatar através das atividades e intervenções desenvolvidas e que neste relatório se encontram registadas .

Fazendo uma retrospectiva em como este estágio decorreu, diríamos que estamos perante a certeza de que não foram poupados esforços para que as competências pudessem ser atingidas. Estamos conscientes que não esgotamos, na descrição, toda a vivência experienciada neste processo de cuidados! Seguimos um caminho de busca sistemática, de interrogações e na procura de respostas, que nos permitisse garantir, de uma forma adequada e pertinente, a resposta às puérperas e famílias, no que concerne às necessidades em cuidados potenciadores do bem-estar das mães, casal, família e Recém-nascido.

Também não descrevemos no corpo do relatório as dificuldades sentidas e também nem sempre a forma como as superamos. Não pelo facto de considerarmos que o nosso desempenho fosse apenas um contínuo de conquistas. Mas reconhecemos que a atividade diagnóstica, o pensamento crítico e reflexivo a que recorriámos como imprescindível para a operacionalização do pensamento na ação, foi mobilizado permanentemente ,num processo de cuidar tão gratificante, que temos a certeza que o seu reflexo nas práticas, ajudou não só a que a mulher / casal e família a serem mais autónomos nas suas decisões , não apenas pelo processo de comunicação com eles estabelecido , mas também pelo tipo de práticas emancipatórias, cujo reflexo se sentia , na verbalização de maior segurança para enfrentar o seu processo de transição, face ao desafio que coloca a chegada de um novo ser .

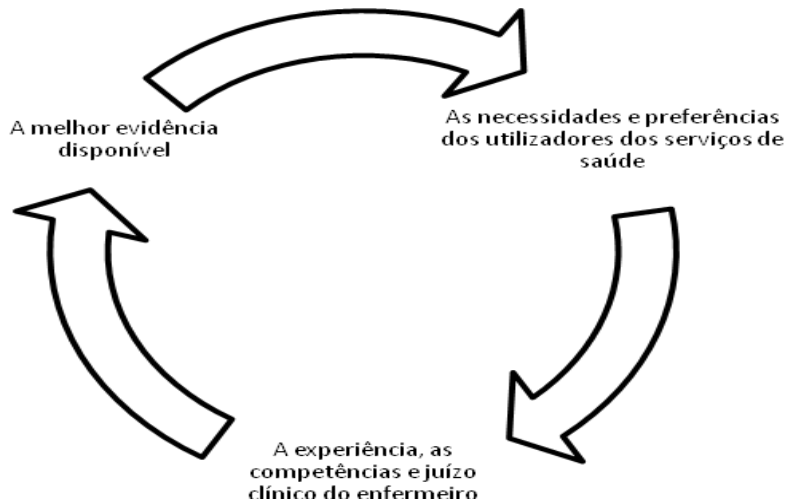
## **2. O EXERCÍCIO FÍSICO COMO ESTRATÉGIA PARA A RECUPERAÇÃO DA MULHER NO PÓS-PARTO**

Ao longo do estágio sentimos que emergiam dúvidas e questões, aparentemente problemáticas, e para as quais nem sempre encontrávamos uma resposta satisfatória, através dos conhecimentos existentes. Consideramos, então, que o recurso à busca sistemática de evidências científicas era a estratégia que se revelava mais coerente para dar resposta, de forma mais eficaz, não só ao desenvolvimento de competências como também para garantir a qualidade dos cuidados. Pois, tal como preconiza a (OE, 2015), a prática baseada na evidência é a mais amplamente aceite e deverá ser praticada.

Nesta perspetiva, assumimos as orientações dadas pelo International Council of Nurses (ICN, 2012) de que a Prática Baseada na Evidência é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como permite dar resposta às preferências dos utentes, no contexto do cuidar. Esta refere-se a factos (atuais ou afirmados) a serem utilizados para apoiar uma conclusão. Também, que o uso de uma abordagem baseada na evidência nos permite desafiar e sermos desafiados para a prática, mantendo-nos responsáveis e, também, que esta nos permite rever, constantemente, a nossa prática e procurar formas mais eficientes e eficazes, para permitir o acesso aos cuidados e promover o bem-estar dos utentes.

É, neste contexto, tendo em conta as questões colocadas pelas puérperas, em relação aos benefícios do exercício físico para a recuperação pós parto, durante este período de estágio, que surgiu a necessidade de procurar respostas às questões que se centraram não só na problematização das práticas, em geral e, de uma forma particular, sobre a importância do exercício físico como estratégia para a recuperação no período pós-parto. O recurso aos elementos que suportam uma Prática Baseada na Evidência preconizados pelo

ICN,(2012), tal como se apresenta na Figura 1, constituíram o eixo estruturante do nosso percurso, ao longo do estágio, para problematizar as práticas.



**Figura 1: Elementos de uma Prática Baseada na Evidência**

Fonte: adaptado de ICN (2012)

Também o desenvolvimento de competências de investigação foi uma razão para optarmos pela realização de uma revisão integrativa da literatura, no sentido de experienciar e demonstrar como podemos ser consumidores e produtores de resultados de investigação, de forma a garantir cuidados de qualidade e contribuir para o bem-estar da mulher, casal, recém-nascido e família rumo a uma transição saudável para a parentalidade.

## **2.1 A Problemática em Estudo**

A literatura revela que ao longo dos anos, o desenvolvimento do conhecimento tem exigido outros olhares, por parte dos profissionais de saúde, acerca do processo de maternidade. Nomeadamente, sobre o período de gravidez, parto e pós-parto ou, mais

especificamente, sobre a preparação do parto e para a recuperação da mulher no pós-parto.

As recomendações sobre a atividade física para a saúde pela (OMS, 2011) englobam a prática em adultos saudáveis, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. No que concerne às grávidas e puérperas, há necessidade de uma tomada de precauções extra, pelos profissionais de saúde, em virtude de estas apresentarem características e necessidades específicas de exercício físico em relação ao processo de maternidade.

Após o parto e findas as alterações anatómicas e funcionais da gravidez, começa o lento processo de reversão considerado, tradicionalmente, com duração de seis semanas. O processo de involução completo é gradual e inclui processos de restauração complexos, em parte, pelas alterações persistentes associadas à gestação (Artal et al., 1999). Este período é, por vezes, designado por puerpério ou quarto trimestre de gravidez.

Este período é marcado por uma grande vulnerabilidade emocional para a mulher e sua família, por este ser um período de transição. Implica profundas alterações ao nível físico, psicológico e sociológico. As mudanças que ocorrem, embora normais, são distintas, à medida que os processos fisiológicos relacionados com a gravidez regridem.

Apesar de o puerpério, tradicionalmente, ter a duração de 6 semanas, este varia de mulher para mulher. As perspetivas sobre o puerpério variam de autor para autor: Lowdermilk e Perry (2006), alude ao período pós-parto como o intervalo compreendido entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não grávido. Para Martins et al. (2011), consiste num período cronologicamente variável, com manifestações evolutivas pós-parto, de recuperação do organismo da mulher, com grandes modificações corporais e também psico-emocionais. Ainda sobre o puerpério, Cunningham et al. (2012) afirmam que é o intervalo que engloba as primeiras semanas subsequentes ao parto. Assim, a duração desse “período” não é exata, embora a maioria dos autores considere que varia entre 4 a 6 semanas.

Nesta perspetiva, Doran e Davis (2011) refere que os profissionais de saúde estão numa posição única para alertar para os benefícios e importância da atividade física, sendo que os resultados da prática de exercício físico, nesta fase da vida da mulher, podem ser aplicados no contexto dos cuidados de saúde primários, como uma estratégia de saúde pública rentável para promover a atividade física. Nesta atividade devem incluir os pais, iniciando a intervenção no pré-parto e continuando-a de forma estruturada no pós-parto.

Por conseguinte, esta é uma das competências dos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia; oferecer estratégias baseadas no exercício físico, para que a

mulher no período pós parto supere as dificuldades, sendo que o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica é o profissional que está numa posição privilegiada, por ser o profissional mais próximo da mulher/família no período puerperal.

A realização desta revisão integrativa da literatura tem como objetivos não só **problematizar uma prática segura de exercício físico, para as mulheres no período pós-parto**, como também, **contribuir para a implementação de projetos, nos cuidados de saúde primários, que visem a promoção da auto-estima e aceitação da própria imagem corporal**. Pois, com muita frequência, no período de estágio do Autocuidado Pós-parto e Preparação para a Parentalidade fomos questionados, pelas puérperas, relativamente aos locais que ofereciam a possibilidade de praticar o exercício físico para a recuperação pós-parto, face aos hipotéticos benefícios para a saúde física e mental.

Em síntese, tendo por base esta problemática, pretendemos questionar as potencialidades do exercício físico para a recuperação da mulher no pós-parto.

## 2.2 O Método

A nossa opção pela revisão integrativa da literatura foi com base nas características deste método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo assim um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (Ercole et al., 2014).

Para Mendes et al. (2008), consiste num método de revisão extremamente amplo, uma vez que permite incluir literatura teórica e empírica, assim como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa), possibilitando aumentar a profundidade e a abrangência das conclusões da própria revisão e, por isso, gerador de uma fonte de conhecimento atual e global sobre o problema identificado.

Embora existam diversas definições e descrições das etapas da revisão integrativa, entre si não divergem acentuadamente. Segundo Souza et al. (2010), as seis etapas da

revisão integrativa da literatura definem-se como: elaboração da questão, busca ou amostragem de literatura, colheita de dados (recolha de dados nos artigos selecionados), análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. De acordo com estas diretrizes, à presente revisão integrativa, a questão de partida resulta em:

**Quais as potencialidades do exercício físico para a recuperação da mulher no pós-parto?**

Após a primeira etapa concluída, com o objetivo de obtermos um nível de evidência tão vasto quanto possível, foi realizada uma pesquisa através do motor de busca EBSCOhost nas bases de dados eletrónicas Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature) MEDLINE e na Nursing Reference Center, destinada à seleção de estudos entre janeiro de 2010 até final de Março 2016.

Foram definidos, então, os critérios de inclusão no estudo: acesso ao texto integral, transcrito na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, apresentando no seu título ou resumo as palavras-chave relativas à presente investigação (pós-parto, exercício físico, recuperação pós-parto, cuidado pós-natal) e baseando a pesquisa, essencialmente, nos descritores *postpartum* AND e OR *physical exercise*.

## **2.3 Os Resultados**

Da pesquisa realizada nas bases de dados EBSCOhost com os descritores *postpartum* AND e OR *physical exercise* resultaram 128 artigos. Após a análise do título, consideramos relevantes para esta investigação 45 deles. Pela análise do conteúdo do resumo dos artigos, foram selecionados 29. E, finalmente, foram excluídos 13 estudos devido a um reduzido nível de evidência. Resultaram, por conseguinte, na integração desta revisão 16 artigos: seis ensaios controlados randomizados, duas revisões sistemáticas, dois ensaios clínicos, um ensaio clínico não aleatório, um estudo quasi-experimental, um estudo descritivo, uma revisão narrativa da literatura, um estudo correlacional, um relatório de comité de peritos.

A avaliação do nível de evidência de cada artigo foi apoiada pela pirâmide de Lewin (2008). Encontrando-se no topo da pirâmide o maior nível de evidência (nível I), correspondente a revisões sistemáticas, o nível II, logo abaixo, é concedido aos ensaios clínicos singulares; o nível III a estudos quasi-experimentais; o nível IV a estudos não experimentais; o nível V a estudos de caso e revisões narrativas da literatura; e, na base da pirâmide, o nível VI, que se refere à opinião de peritos da área.

Identificada a evidência, a próxima etapa foi avaliar se existe a necessidade de considerar uma mudança na prática. O ICN (2012) refere que a questão poderá não ter sido suficientemente bem respondida ou que a evidência não seja forte o suficiente para o enfermeiro se sentir suficientemente confiante para agir.

Este processo é frequentemente referido como avaliação crítica e em relação à prática baseada na evidência refere-se à revisão do valor académico dos dados e o contexto onde estes vão ser aplicados. São três os aspetos principais (Figura 2) a considerar, em simultâneo, sendo que as respostas às questões num dos domínios terão consequências noutra domínio.



**Figura 2: Os três aspetos da avaliação crítica**

**Fonte: adaptado de ICN (2012)**

Os artigos seleccionados apresentam-se na disposição de uma tabela (Tabela 1), no Anexo I. Conclui-se assim, a quarta etapa da revisão integrativa da literatura: a análise crítica dos estudos incluídos.

## 2.4 A Discussão

A discussão dos resultados corresponde à quinta etapa da realização de uma revisão integrativa da literatura. Nesta etapa, Souza et al. (2010) salientam que, a partir da interpretação e síntese dos resultados, se comparam os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, será possível delimitar prioridades para estudos futuros.

Da presente discussão de resultados, emergem diversos fenômenos relacionados com a prática de exercício físico no pós-parto, que vão sendo descritos ao longo deste subcapítulo. Tratando-se o período pós-parto de um momento marcante na vida das mulheres, de acordo com Gaston e Gammage (2010)<sup>1</sup>, as exigências físicas da gravidez e os cuidados a prestar a um recém-nascido colocam em destaque as necessidades de saúde e bem-estar. É também nesta perspectiva que a OMS recomenda acompanhamento da mulher até aos seis meses no pós-parto. Já Amorim Adegboye e Linne (2013) consideram recomendável aumentar a definição do período pós-parto para um ano, na medida em que muitas alterações fisiológicas ocorridas devido à gravidez permanecem até um ano após o parto, tais como a duração do aleitamento materno. Também Zourladani et al. (2015) suportam a ideia de que o corpo da mulher sofre alterações assinaláveis após o parto, independentemente do tipo de parto, e que pode levar até um ano para que essas alterações estejam controladas.

A capacidade aeróbica e a força das mulheres diminuem no período pós-parto imediato. Além disso, as queixas físicas, como dor nas costas, problemas emocionais, incluindo aumento da ansiedade, e as limitações funcionais relacionadas com os cuidados ao bebê, atividades diárias do agregado familiar e do trabalho, são comuns após o nascimento, e tendem a aumentar ao longo do tempo. Martins et al. (2011) referem que as adaptações anátomo-fisiológicas contribuem bastante para as dificuldades enfrentadas pela puérpera no que toca ao seu próprio corpo, sendo as mais evidentes no abdómen, períneo, glúteos e região lombar. Acrescentam, ainda, que a puérpera tem, frequentemente, dificuldades em lidar com estas alterações físicas, podendo causar-lhe medo, insegurança e ansiedade.

---

<sup>1</sup> Os resultados mencionados no texto são relativos aos estudos publicados nos artigos selecionados para o estudo.

No puerpério imediato, o contacto com o exercício físico revela-se crucial pelo que as primeiras 48 horas de puerpério são fulcrais para a execução de exercícios de respiração, para os músculos abdominais e circulação. Esses exercícios melhoram a circulação, tonificam suavemente os músculos abdominais e ajudam a relaxar. Após o parto, as paredes abdominais estão flácidas, sendo possível verificar-se diástase dos músculos reto-abdominais. A sua recuperação ocorre numa média de seis semanas, tendo grande importância neste período o início de exercícios específicos, que podem ser orientados pelo enfermeiro obstetra (Baracho, 2003 cit. por Martins et al., 2011). Estes devem ser planeados de acordo com o tipo de parto, a disposição e o interesse da puérpera, com início no primeiro ou segundo dia após o parto sem muito esforço e, a partir desta fase, mantidos de acordo com a situação de puerpério de cada mulher.

O *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2014) define atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela contração do sistema músculo-esquelético. Exercício será, então, toda a atividade física que consista em movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, praticados para melhorar um ou mais componentes da aptidão física. Segundo as recomendações do ACOG (2015), após o nascimento de um filho, a mulher deve praticar pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada por semana, que poderão ser divididos na prática de 30 minutos de exercício em 5 dias da semana ou em sessões menores de 10 minutos ao longo de cada dia.

A atividade aeróbica caracteriza-se pela atividade em que se movimentam grandes músculos do corpo de forma rítmica e a atividade de intensidade moderada significa movimento suficiente para aumentar a frequência cardíaca e começar a transpirar. Exemplos de atividades aeróbicas de intensidade moderada incluem caminhada rápida e andar de bicicleta numa superfície plana. Os exercícios aeróbicos de baixo impacto têm o objetivo de proporcionar tonificação cardiovascular e muscular, sem o risco de lesão para um indivíduo, devido à intensa pressão sobre articulações, tendões e músculos (Ryan et al., 1998). A importância relativa de fortalecimento e flexibilidade para atividades de vida diárias requer a sua inclusão numa rotina de exercícios (ACSM, 2006). O ACOG (2015) descreve a atividade de intensidade vigorosa como atividade em que é difícil falar sem parar para respirar. Se antes da gravidez há seguimento de um programa de exercícios de intensidade vigorosa, pode ser possível retornar aos exercícios regulares logo após o nascimento do bebé, com certificação médica. Exemplos incluem correr, saltar à corda e nadar.

Além dos músculos abdominais, que padecem com a gravidez, mostra-se também útil o exercício físico que englobe vários outros músculos. Os membros inferiores podem

apresentar edemas e dores decorrentes da gestação e das alterações ocorridas também no pós-parto. Dentre as mais preocupantes estão as alterações tromboembólicas e, neste caso, podem ser feitos exercícios que ajudem no retorno venoso e melhorem as dores e edemas, sendo de grande utilidade a orientação adequada pelo profissional de saúde (Martins, et al., 2011).

Também as regiões lombar e glútea sofrem alterações biomecânicas durante a gestação, mudando o ângulo da postura. É comum as grávidas apresentarem uma postura errada para minimizar as dores lombares, o que no pós-parto pode ter uma influência negativa quer nos cuidados da puérpera ao RN, quer com o seu corpo, para além das consequentes dores lombares. É muito importante a correção destas posturas, com exercícios que possam fortalecer esta região, para minorar o desconforto músculo-esquelético. Todas as alterações vivenciadas pelas puérperas podem interferir negativamente na sua qualidade de vida, nos cuidados consigo mesma, na sua interação familiar e com o recém-nascido. Estas modificações não se devem apenas à gravidez por si só, mas também ao peso gestacional, que influencia nas modificações corporais no pós-parto, já que se durante a gravidez houve ganho de peso excessivo, por consequência, será mais difícil a sua perda. Estas alterações podem, também, ocasionar problemas lombares e desconforto músculo-esquelético no puerpério.

Quando dentro dos valores considerados padrão, o ganho de peso durante a gravidez é natural (Cochrum, 2015), saudável e contribui para o crescimento e desenvolvimento de um bebé saudável. As recomendações do ACOG (2013) em relação ao ganho de peso durante a gravidez variam entre os 12-18 quilogramas (Kg) para as mulheres com um índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional inferior a 18,5 Kg/m<sup>2</sup> e até 5-9 Kg para mulheres com um IMC superior a 30. O ganho de peso acima do recomendado pelo ACOG está intrinsecamente relacionado com níveis mais elevados de retenção de peso no pós-parto, bem como um aumento significativo de risco de obesidade depois da gravidez.

A retenção de peso no pós-parto é definida por Ko et al. (2013) como a diferença entre o peso no pós-parto e o peso pré-gravidez. Essa retenção é um dos indicadores mais significativos da mudança de peso a longo prazo. No pós-parto pode ser determinada por vários fatores, incluindo o baixo *status* socioeconómico, a paridade e o alto IMC antes da gravidez. No entanto, o ganho de peso excessivo durante a gravidez é o mais forte preditor de retenção de peso no pós-parto. Além disso, o período pós-parto pode estar relacionado com um aumento da ingestão de alimentos e uma diminuição da atividade física (Amorim Adegboye e Linne, 2013). Também fatores comportamentais têm sido identificados como

preditores da retenção de peso. A autoeficácia, por sua vez, foi positivamente relacionada com a perda de peso por Ryan et al. (2011).

Um estudo realizado em 2011 (Ko et al., 2013) durante a gravidez de 120 mulheres revelou que estas mulheres mantiveram mais de 6% do peso em seis meses pós-parto, comparativamente com o seu peso pré-gravidez. Huang e Dai (2007), que seguiram 602 mulheres, concluíram que as condições de excesso de peso e obesidade aumentaram de 18,27% entre os indivíduos na pré-gravidez para 27,57% em seis meses após o parto. Seis meses após o nascimento, 61,3% excedeu as recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) a nível de peso, em pelo menos 1 Kg, e 24,6% ultrapassou este nível em mais de 5 kg (indicando tendência a desenvolver obesidade).

Deste modo, verifica-se que o aumento dos índices de obesidade em países desenvolvidos, em todo o mundo, está correlacionado com o aumento de doenças como a síndrome metabólica, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e ósseas, enumerando apenas algumas. Comparativamente com os homens, as mulheres são mais propensas a sofrerem de problemas de saúde e diminuição da qualidade de vida devido à obesidade. Um ano após o parto, 14 a 20% das mulheres retêm 5 kg ou mais do peso ganho durante a gravidez, o que aumenta o risco de desenvolver problemas de saúde (Nascimento et al., 2014). Para aquelas que já apresentavam um peso para além do considerado saudável na fase pré-gravidez, durante e após a mesma, a retenção de praticamente qualquer peso poderá agravar o risco de diabetes tipo 2, cancro do endométrio, doenças cardiovasculares, artrite, hipertensão arterial, osteoartrite e colesterol elevado. De sublinhar, ainda, que também a criança pode ser afetada.

A este propósito, foi estabelecida por Cochrum (2015) uma associação entre um aumento do IMC aos 3 anos de idade e a tentativa materna para perder peso seis meses após o parto no período subsequente. Relatórios sobre a retenção de peso após o parto revelam níveis de retenção de 3 a 7 Kg em 2 semanas após o parto (2,7 a 5 Kg em 4 meses) e até 3,6 Kg num ano.

A prevalência de excesso de peso e obesidade atingiram drásticas proporções mundiais e têm um impacto significativo nos custos dos cuidados de saúde (WHO, 2009 citado por Nascimento et al., 2014). Globalmente, a média do IMC do sexo feminino teve um aumento de 0,5 kg/m<sup>2</sup> por década, entre 1980 e 2008.

O risco de as mulheres se tornarem obesas ou com excesso de peso é ainda maior quando o ganho excessivo de peso gestacional e/ou retenção de peso no pós-parto ocorre em gravidezes sucessivas, para além de que as mulheres que mantêm uma quantidade considerável de peso após o parto apresentam um maior risco que o mesmo aconteça em

gestações posteriores, como referem Amorim Adegboye e Linne (2013). A retenção de peso no pós-parto pode ser um problema de saúde potencialmente grave, especialmente em mulheres sedentárias, já com excesso de peso ou obesas.

Assim, o retorno ao peso pré-natal no prazo de seis meses, após o parto, foi identificado como promotor de resultados de controlo de peso mais positivos para a mãe e a criança do que a perda de peso que continua para além dos seis meses. Estima-se que as mulheres que voltam ao seu peso pré-gravidez por volta de seis meses têm um menor risco de excesso de peso 10 anos depois. Nesta perspetiva, o exercício tem sido sugerido como uma possível iniciativa para a perda de peso no período pós-natal. É, portanto, sugerida uma intervenção precoce baseada na dieta pós-parto e exercício, a fim de reduzir o ganho de peso gestacional de uma forma segura, eficaz e oportuna. Contrariamente, em combinação com escolhas/hábitos alimentares inadequados, supõe-se que a falta de atividade física e um aumento de comportamentos sedentários têm um papel importante no desenvolvimento de excesso de peso e obesidade (WHO, 2009). E para a maioria das mulheres, a gravidez e o período pós-parto são geralmente associados com uma redução no nível da atividade física.

Para mulheres sem acompanhamento nos cuidados, o aumento do IMC foi de até 80% maior relativamente às mulheres que receberam acompanhamento no pós-parto, o que aponta para a assunção de um papel fundamental por parte dos profissionais de saúde no pós-parto no que tange ao reforço da capacidade de as mulheres autogerirem a perda de peso gestacional após o parto. Ainda mais quando é do conhecimento geral os desafios cada vez maiores que as mulheres, em particular em países desenvolvidos, enfrentam para gerir o seu peso no pós-parto e ao longo do tempo. A autogestão após o parto é mais do que um fenómeno fisiológico, é um processo que requer envolvimento e gestão ativa (Ryan et al., 2011).

As mulheres mostrar-se-ão mais envolvidas em comportamentos para gerir o seu peso, se estiverem bem informadas sobre a auto-gestão do peso (por exemplo, se entenderem a relação entre ingestão calórica, a atividade, o exercício, e peso) e seguirem consistentes crenças de saúde. Há, por isso, necessidade de aprenderem a usar os recursos que têm disponíveis, começando por pedir e aceitar o apoio de familiares e amigos e aprendendo a colaborar ativamente na auto-gestão de peso.

O ano seguinte ao nascimento de uma criança é marcado por múltiplas prioridades concorrentes com o tempo e a atenção de uma mulher. Por isso, o objetivo pode não ser uma crença, mas sim uma capacidade crítica ou adquirida enquanto aprende a

autorregular-se. Segundo Amorim Adegboye e Linne (2013), ajudar a definir estratégias para o retorno ao peso pré-gestacional também é importante para as mulheres com peso considerado normal, que ganharam peso excessivo durante a gravidez. Numa pesquisa, foi registado que 90% das mulheres entrevistadas estavam insatisfeitas com o seu peso no pós-parto e 71% tentavam, ativamente, evitar aumento de peso (Ko et al., 2013).

Para a maioria das mulheres, o início da perda de peso conduzida por um programa de atividade física deve começar com uma reintrodução gradual ou aumento da intensidade e duração do exercício e pode começar dentro de alguns dias após o parto. Os benefícios da atividade física na população em geral são bem conhecidos, mas o exercício físico é tão benéfico durante o período pós-parto como é em outros momentos da vida de uma mulher. Meio saudável para contribuir para um aumento do gasto energético e proporciona, ainda, uma série de outros benefícios para a saúde. O ACSM (2014) refere que o treino de resistência tem sido repetidamente identificado como um método para manutenção ou melhoria da massa corporal magra, podendo ser útil como um componente de perda de peso juntamente com uma dieta focada na restrição energética moderada e um regime de exercícios aeróbicos.

Além de contribuir para a perda de peso, o exercício durante o período pós-parto foi assinalado como fator-chave para a promoção da saúde, e estreitamente relacionado com uma melhor qualidade de vida e melhoria da autoestima, com repercussões a nível físico, nomeadamente a melhoria do condicionamento cardiovascular, menor perda óssea induzida pela lactação, menos incontinência urinária de esforço e redução de sintomas de depressão pós-parto. Além disso, auxilia e acelera a recuperação do tónus muscular pós-parto (Haruna et al., 2013).

Neste período, fisiologicamente, as mulheres parecem apresentar diminuição da capacidade aeróbica, em comparação com o período anterior à gravidez, visto que a resistência muscular é conhecida por diminuir no pós-parto. Neste sentido, a resistência muscular dos membros superiores e abdómen aumenta também significativamente com o exercício físico. O exercício demonstrou beneficiar tanto a mãe como o bebé, a acrescentar ao facto de que a prática de exercício por parte da mãe pode incentivar hábitos de atividade física regular nos seus filhos. De notar, porém, que a resistência e exercícios aeróbicos podem retardar a perda óssea durante a lactação, sem diferença na perda de peso, bem como programas de treino físico parecem melhorar o bem-estar psicossocial das mulheres no pós-parto, mas não encontraram uma diferença significativa em termos de peso (Nascimento et al., 2014).

Exercícios de extensão da coluna vertebral, por sua vez, previnem dores nas costas; já o treino abdominal melhora a distensão abdominal e obstipação e a execução de respirações profundas e relaxantes aumenta a circulação sanguínea e alivia o *stress* físico e mental.

Sendo, tal como vimos, o exercício físico identificado como um meio para a redução de peso para a melhoria global da saúde, deverá ser limitado apenas pelo profissional de cuidados de saúde e o processo natural da recuperação pós-parto (Cochrum, 2015). A investigação epidemiológica sugere que a atividade física pode ser associada a uma redução dos sintomas de depressão e a uma sensação geral de bem-estar (*United States Department of Health & Human Services*, 2000 cit. por Ko et al., 2013), contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida e estimulando a autoestima. Deste ponto de vista, não só a saúde física beneficia com a prática de exercício físico no pós-parto, mas também a saúde mental é favorecida, na medida em que suscita sentimentos positivos e reduz a taxa de depressão. O exercício foi associado ao aumento do nível de serotonina, ajudando assim a aliviar os sintomas depressivos leves.

Na literatura de Haruna et al. (2013) encontra-se a referência a autoestima como tratando-se da ligação para explicar a relação entre depressão e imagem corporal, com a baixa de estima associada a uma atitude negativa do corpo. Muitas novas mães são confrontadas com uma lacuna entre a aparência real do seu corpo após o parto e o que esperam do seu peso no pós-parto e das mudanças corporais. Um estudo anterior sugeriu que a satisfação com o corpo pela própria mãe se agravou a partir de 1 a 9 meses pós-parto, e que a insatisfação corporal foi associada a indicadores de menor saúde mental. Outro estudo da intervenção demonstrou que adolescentes grávidas que participaram num programa de exercícios aeróbicos mostraram uma diminuição significativa nos sintomas depressivos ao longo do tempo e um aumento da autoestima. Estes são, assim, motivos que nos levam a acreditar na importância dos profissionais de saúde, quer no que se refere ao encorajamento destas mulheres para a prática regular de exercício físico, bem como a sua monitorização.

A falta de conhecimento sobre os problemas de saúde mental é um problema preocupante em todos os grupos étnicos. As mulheres são mais conscientes dos benefícios físicos e sociais associados ao exercício do que da contribuição que pode ter para a sua saúde mental. Não obstante, em 2007, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomendou a prática de exercício físico como uma estratégia não-farmacológica para melhorar problemas de saúde mental no pós-parto.

As mulheres fisicamente ativas após o nascimento do seu bebê desfrutam de vários benefícios para a sua saúde e para a sua aparência. Os benefícios de saúde incluem o aumento da força e condicionamento físico, melhoria da saúde óssea e a prevenção da perda da densidade óssea associada à lactação, melhoria do humor e autoestima, redução da incidência de depressão pós-parto, melhoria na resposta de insulina após as refeições e incentivo à atividade física na criança. Quanto aos benefícios para a aparência, incluem o retorno à forma física pré-gravidez mais rapidamente, prevenção da obesidade ou excesso de peso, melhoria da saúde da pele e cabelo e melhoria da satisfação com a imagem corporal. Em relação ao regresso das puérperas ao peso corporal pré-gestacional, Ko et al. (2013) sugerem a perda de peso gradual de 0,5 kg por semana para mulheres lactantes.

Ao invés de apenas motivada pela preocupação com a autoimagem, a realização de atividade física durante a gravidez e a maternidade pode ser, ainda, resultado de uma preocupação real da mulher com a sua própria saúde e a do seu bebê e o desejo de dar ao seu bebê o melhor início de vida possível, isto a acrescentar ao facto de se tratar de uma prática benéfica para o parto e as exigências de cuidar de um novo bebê, como referem Doran e Davis (2011), sustentados na declaração *Sports Medicine Australia* (2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o ACSM emitiram recomendações baseadas em evidências que indicam que os efeitos benéficos do exercício na maioria dos adultos são indiscutíveis e que superam os riscos (ACOG, 2015). As rotinas de exercício podem ser retomadas gradualmente após a gravidez, desde que medicamente seguras, em cerca de 4 a 6 semanas após o parto, dependendo do tipo de parto e a presença ou ausência de complicações médicas ou cirúrgicas. Algumas mulheres, porém, são capazes de retomar a atividade física dentro de apenas alguns dias após o parto.

Sendo sugerido por Clapp (2002 cit. por Cochrum 2015, p. 49), como objetivo principal a obtenção de tempo e reconstrução de um sentido de controlo por parte das puérperas, desenvolveu outras recomendações para as primeiras seis semanas após o parto:

- “1) começar lentamente e aumentar gradualmente;
- 2) evitar a fadiga excessiva e desidratação;
- 3) apoiar e comprimir o abdómen e os seios;
- 4) parar para avaliar se existe dor;
- 5) parar o exercício e solicitar avaliação médica se existir hemorragia de sangue vivo brilhante mais abundante do que um período menstrual.”.

Por sua vez, o ACSM (2006) recomenda a realização de exercícios aeróbicos 3 a 5 vezes por semana durante 20 a 60 minutos em cada sessão. A intensidade do exercício deve chegar a 40-85% da reserva da frequência cardíaca. Já as diretrizes australianas para a atividade física, descritas por Doran e Davis (2011), são de 30 minutos de atividade física

moderada quase todos, se não todos, os dias da semana e as mulheres são incentivadas a atingir este nível de atividade física antes, durante e após a gravidez.

O ACOG (2015) relata que em 2008 o *Department of Health and Human Services* (DHHS) emitiu diretrizes de atividade física. Para as mulheres grávidas e puérperas saudáveis, recomenda pelo menos 150 minutos por semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (ou seja, o equivalente a caminhada rápida). O ACSM (2014) adiciona que 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ao longo da semana, durante e após a gravidez, podem ser realizados, repartidos em 30 a 60 minutos de exercício, cinco dias por semana. O exercício aeróbico de intensidade moderada não está limitado a, mas inclui andar rapidamente (5 quilômetros numa hora ou mais rápido), hidroginástica, ciclismo (< 16 quilômetros por hora), tênis, danças de salão e jardinagem. Mulheres saudáveis que já pratiquem atividade aeróbica de intensidade vigorosa ou grandes períodos de atividade podem continuar a fazê-lo durante e após a gravidez, desde que permaneçam saudáveis, sendo o volume e intensidade do exercício discutidos com o seu prestador de cuidados de saúde (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2011). O exercício vigoroso inclui, mas não está limitado a caminhada rápida, corrida, *jogging*, natação, tênis, dança aeróbica, andar de bicicleta (> 16 quilômetros por hora), saltar à corda, jardinagem exaustiva ou caminhadas com subidas ou com pesos. Recomendações específicas do ACSM (2014) sobre exercícios aeróbicos vigorosos incluem a prática de 20-60 minutos de exercício de intensidade vigorosa, três dias por semana (ACSM, 2014). Para as mulheres que iniciam um programa de exercícios no pós-parto para um plano de perda de peso ou para as que ainda recuperam do puerpério, dividir as sessões de exercício em segmentos de 10 minutos pode ser o método mais seguro e menos stressante de progressão de exercícios. Após o período de puerpério, as mulheres mais saudáveis podem começar e progredir gradualmente para as diretrizes de treino de resistência recomendadas para todas as mulheres saudáveis, conforme os conselhos dos seus profissionais dos cuidados de saúde. Atuais diretrizes da ACSM (2014 cit. por Cochrum, 2015, p. 51) para o treino de resistência incluem:

- *Treinar cada grande grupo muscular dois ou três dias por semana usando uma variedade de exercícios e equipamentos;*
- *Iniciar um programa de exercícios com intensidade muito leve ou leve;*
- *Realizar duas a quatro séries de cada exercício para melhorar a força e resistência;*
- *Para cada exercício, perfazer 8 a 12 repetições para melhorar a força e resistência, 10 a 15 repetições para melhorar a força, e 15 a 20 repetições para melhorar resistência muscular;*

- *A carga sustentada é baseada no volume de repetição. Para mais repetições, levantar um peso mais leve; para menos repetições, tentar levantar um peso maior.”.*

Para além das recomendações para a prática de exercício físico neste período da vida das mulheres, Nascimento et al. (2014) verificam que, em geral, houve uma tendência para as estratégias de intervenção de exercício supervisionado, sendo mais eficaz e resultando em perdas mais significativas de peso do que as estratégias de intervenção sem supervisão. Conclui-se, portanto, que o acompanhamento através de recomendações e supervisão da prática de exercício no pós-parto por parte de profissionais de saúde faz todo o sentido. No entanto, apesar de tais recomendações e os muitos benefícios do exercício, a maioria dos estudos apontam consistentemente para o facto de as mulheres se tornarem mais sedentárias depois de ter filhos do que antes da gravidez, com aproximadamente 60% das mães classificadas como inativas por Gaston e Gammage (2010). Vários relatórios indicam que o nível de participação em programas de exercício das mulheres diminui após o parto, frequentemente levando ao sobrepeso e à obesidade. A inatividade física é o quarto principal fator de risco para a mortalidade precoce em todo o mundo (WHO, 2010 cit. por ACOG, 2015). Por conseguinte, a diminuição da percentagem de mulheres inativas surge como uma prioridade.

Um dos principais fatores que conduzem a esta inatividade é a fadiga pós-parto, que se mostra como inibidor da atividade física neste período. É descrita por Ko et al. (2013) como uma esmagadora sensação sustentada de cansaço e diminuição da capacidade de trabalho físico e mental. Por sua vez, Ashrafinia et al. (2015) definem a fadiga pós-parto como o resultado da experiência tensa e esmagadora de cuidar de um recém-nascido, com efeitos negativos sobre a saúde da mãe, do recém-nascido e da família. Este fenómeno começa, muitas vezes, imediatamente após o parto e atinge a sua máxima severidade dentro de 36 horas. Em contraste com a crença de que é uma experiência temporária, a fadiga pós-parto pode durar por um período prolongado após o parto. Uma revisão da literatura de 2005 demonstra que mais de 80% das mães se queixam de fadiga no pós-parto. Dados indicam ainda uma incidência de fadiga pós-parto de cerca de 70% entre as mães que tinham dado à luz 1-2 meses antes.

A crescer ao desgaste provocado pelas alterações hormonais e os processos da gestação, do parto e no puerpério, Martins et al. (2011) referem que muitas mulheres se sentem sobrecarregadas por responsabilidades domésticas, questões conjugais e familiares, que alteram o seu estilo de vida e provocam fadiga e transtornos físicos e emocionais. Além disso, a redução de energia materna prejudica o sistema imunológico e o sistema nervoso central, tanto da mãe como da criança. Outros resultados indesejáveis e

potencialmente graves incluem o término da lactação, o comprometimento da relação sexual entre o casal, o desenvolvimento de *stress*, alterações de humor e um aumento do risco de depressão pós-parto. Portanto, é de extrema importância que uma solução eficaz para esta condição seja encontrada.

Mais uma vez, surge a atividade física e os seus benefícios nesta matéria. Reduções na fadiga física através do exercício foram parcialmente mediadas por reduções no *stress* e aumento do gasto energético relacionado com o exercício. Verifica-se que as mulheres mais frequentemente envolvidas em atividades físicas no pós-parto recuperam melhor da depressão (Ko et al., 2013). Acredita-se, por isso, que o exercício físico pode melhorar a depressão leve, ansiedade e sentimentos de desconforto (Haruna et al., 2013). Um pequeno número de mulheres sofre um episódio de depressão major durante os três primeiros meses no pós-parto, com início logo após o parto, podendo dificultar o início de um regime de exercícios. Assim sendo, como sugere Cochrum (2015), as recomendações de programa de exercícios para puérperas devem responder a essas barreiras. O ACOG (2015) refere-se à depressão pós-parto como um problema de saúde importante. A prevalência varia entre 3,5-33% em mulheres ocidentais, dependendo da definição, o diagnóstico e o tempo desde o parto. Numa meta-análise de 30 estudos com base apenas em entrevistas clínicas estruturadas, a prevalência pontual foi estimada entre 6,5 e 12,9%, incluindo tanto a depressão major como minor em vários momentos durante o primeiro ano pós-parto. O início da depressão durante este momento crítico interfere com a capacidade da mãe em reconhecer e responder ao choro do seu bebé, e dificulta o desenvolvimento da vinculação mãe-bebé. Algumas mulheres que experimentaram um episódio depressivo durante os três primeiros meses após o parto apresentam uma característica comum: a maioria desses episódios teve início logo após o parto.

Um fator de motivação para a prática de exercício físico surge então diretamente relacionado com a diminuição dos números de casos de depressão pós-parto. Também nesse sentido, Ashrafinia et al. (2015) observaram que a prática de exercício físico ao aumentar a motivação materna e a autoconfiança, no pós-parto, promove uma melhor prestação de cuidados ao bebé e ajuda as mães a desempenharem as suas funções de forma mais efetiva.

Não obstante todos os benefícios do exercício físico para a saúde anteriormente enumerados, a aparência é, frequentemente, um fator motivacional mais forte do que a saúde para a prática de exercício e adoção de uma alimentação saudável. Uma melhor compreensão do público, incluindo a maior atenção às variáveis de personalidade, é

essencial para desenvolver uma campanha eficaz. Em particular, a autoavaliação, um traço de personalidade que se refere ao processo pelo qual as pessoas regulam o seu próprio comportamento a fim de causar uma boa impressão aos outros, pela comumente designada “boa aparência”, foi referida para ajudar a determinar como os indivíduos em particular respondem a diferentes mensagens sobre o exercício físico.

A autoavaliação é especialmente aplicável durante a gravidez e o período pós-parto por várias razões. Em primeiro lugar, a insatisfação quanto à imagem corporal tende a um pico no período após o parto. O aumento de peso e o regresso à forma pré-gravidez estão entre as preocupações mais frequentemente expressas por mulheres no pós-parto. Em segundo lugar, a maternidade, como um conceito, é fundamental para a forma como as mulheres são definidas tanto pelos outros como por si mesmas. De acordo com O'Reilly (2004 cit. por Haruna et al., 2013), historiadoras feministas, a maternidade não é primariamente uma função natural ou biológica; pelo contrário, é específica e fundamentalmente uma prática cultural que é continuamente redesenhada em resposta à mudança de fatores económicos e sociais. A autoavaliação pode, em parte, explicar o desejo de ser percebida como uma "boa" mãe. Para Gaston e Gammage (2010), a investigação apoia a ideia de que a desejabilidade social pode ser ainda maior em amostras de grávidas em comparação com a população em geral. Por exemplo, o desejo das mulheres para serem saudáveis durante a gravidez e no pós-parto, bem como a sua preocupação com a saúde do seu bebé, também pode resultar, pelo menos em parte, de preocupações de como os outros as veem como mães saudáveis e cuidadosas. Mas é possível que durante a gravidez e a maternidade, a preocupação de uma mulher com a sua própria saúde e a do seu bebé substitua o seu desejo de causar impressão favorável sobre os outros. Nesta perspetiva, ambos os benefícios para a saúde e aparência podem ter potencial para criar crenças positivas sobre o exercício físico no pós-parto.

No tocante a estas alterações físicas e emocionais que ocorrem no período puerperal, como vimos, poderão ser minimizadas com adequada atenção de profissionais, conjuntamente com o fundamental apoio familiar para estimular a puérpera para a realização de exercícios físicos adequados, que propiciem diminuição de desconfortos e mais tranquilidade e segurança no pós-parto, tanto para se cuidar e cuidar do seu próprio filho (Martins et al., 2011). Outras pesquisas sustentam esta mesma tese, indicando que os companheiros e familiares de uma mulher influenciam fortemente o seu comportamento para o exercício no pós-parto. A adoção de estratégias por parte dos prestadores de cuidados de saúde, o cônjuge ou outros membros da família ou amigos, podem ajudar as mulheres no pós-parto a superar os obstáculos ao exercício e atividade física.



**Figura 3: Dimensões do contexto social da mãe que podem influenciar a prática de exercício físico**

**Fonte: adaptado de Row et al. (2013)**

Por seu lado, fatores sociais influentes variam entre fatores pessoais internos e externos, associados ao contexto de vida das mulheres no pós-parto (Figura 3). Também neste âmbito, parece ser possível conceber e realizar intervenções de exercício relevantes e eficazes, que oferecem um quadro de mecanismos que podem influenciar potencialmente um projeto bem-sucedido.

Alguns dos estudos revistos (Tabela 1) abordam também a preparação para o período pós-parto. A falta de preparação para este período está associada a fatores maternos adversos, incluindo sintomas depressivos no pós-parto, limitações funcionais e menor satisfação com os profissionais de saúde, como explicam Martin et al. (2014). Os resultados obtidos sugerem não só que a preparação e educação das mulheres para o parto e pós-parto são, por conseguinte, de notório relevo para a recuperação após o parto, bem como que uma preparação adequada para o período pós-parto requer que as mulheres tenham uma descrição mais abrangente do que podem encontrar, física e emocionalmente, durante as suas experiências no pós-parto.

O ACOG (2015) indica que o período pós-parto é o momento oportuno para obstetras e outros prestadores de cuidados obstétricos iniciarem, recomendarem e reforçarem um estilo de vida saudável. O apoio na retoma das rotinas de exercício físico ou na incorporação de novas rotinas de exercícios após o parto é importante para a adoção ou

consolidação de hábitos saudáveis ao longo da vida. Para Nascimento et al. (2014), o período pós-parto proporciona uma janela de oportunidades para iniciar intervenções de mudança no estilo de vida que encorajem comportamentos saudáveis, como atividade física e alimentação nutritiva. Estes comportamentos saudáveis adotados pela mãe podem contribuir para um estilo de vida mais saudável para a família como um todo e, por isso, devem ser encorajados pelos prestadores de cuidados de saúde. No entanto, é evidente, independentemente do momento e da duração, as intervenções de mudança no estilo de vida serão sempre eficazes na promoção da perda de peso entre as mulheres no pós-parto. Segundo Amorim Adegboye e Linne (2013), a dieta e o exercício são componentes de qualquer programa de perda de peso recomendado na população em geral.

Num estudo abordado por Cochrum (2015), uma restrição energética média de aproximadamente 613 quilocalorias (kcal) por dia, combinada com um programa de exercícios aeróbico e de resistência, resulta em perda significativa de peso em mulheres com excesso de peso durante a amamentação, sem efeitos deletérios sobre a densidade mineral óssea ou crescimento infantil subsequente. Juntamente com os benefícios de saúde adquiridos com o exercício, a adição de dieta é significativamente mais eficaz na manutenção da perda de peso em comparação com intervenções dietéticas isoladas. Portanto, a partir de uma perspectiva geral de saúde, um programa de dieta e exercício pode ser mais vantajoso.

Muitas mulheres poderão, no entanto, estar preocupadas com os efeitos do exercício sobre a lactação. O exercício durante a amamentação vem sendo indicado como promotor da aptidão cardiovascular, perda de peso, gasto de energia e bem-estar psicossocial em comparação com mulheres não ativas a amamentar. Portanto, é natural que uma mãe pretenda praticar exercício enquanto ainda amamenta o seu bebê. Tal como concluem Zourladani et al. (2015), a gordura corporal diminui significativamente com a prática de exercício físico. E esta diminuição pode ser atribuída ao facto de as mulheres amamentarem, uma vez que a lactação é bem conhecida por reduzir a gordura corporal, enquanto o exercício físico parece ter um efeito adicional.

Segundo o ACOG (2015), o exercício físico regular em mulheres lactantes demonstrou melhorar a aptidão cardiovascular materna, sem afetar a produção de leite, composição ou o crescimento da criança. As recomendações do ACOG (2015) para as mulheres a amamentar entendem que estas devem considerar a alimentação dos seus bebés antes do exercício, a fim de evitar o ingurgitamento mamário e devem garantir uma hidratação adequada antes de iniciar a atividade física.

Inúmeros estudos descritos por Nascimento et al. (2014) revelam que existe ligação entre o exercício físico e a amamentação. Constata-se que o exercício aeróbico realizado quatro a cinco vezes por semana durante 12 semanas não teve qualquer efeito adverso sobre o volume ou a composição do leite materno, aumento de peso do lactente ou nos níveis maternos de prolactina. Não se encontrou, também, diferenças significativas entre o peso e altura de crianças cujas mães participaram numa intervenção dietética e praticaram exercício aeróbico durante 45 minutos por dia, durante 4 dias por semana, mesmo com uma perda significativa de peso das mães de, aproximadamente, 0,5 kg por semana. Uma revisão anterior que relacionou exercício e aleitamento materno descobriu serem compatíveis. Os mesmos estudos mostraram que a prática moderada de exercício intensivo, apoiado por ingestão nutricional adequada, é associada a uma maior sensação de bem-estar, melhoria da aptidão cardiovascular, e não teve qualquer efeito negativo sobre a composição do leite materno, aceitação do leite pelos lactentes ou no crescimento da criança.

Antes, porém, uma restrição calórica moderada (500 kcal por dia), combinada com o aumento do exercício aeróbico, em 4 a 14 semanas no período pós-natal, resulta em perda significativa de peso, sem efeitos adversos no crescimento infantil (peso ou comprimento). Contrariamente, o decréscimo da atividade física e o aumento da ingestão calórica acima do normal, durante o período de amamentação, podem explicar por que algumas mulheres que amamentam não conseguem voltar ao peso pré-gravidez. Argumenta-se que a dose diária recomendada para mulheres que amamentam é mais alta e a necessidade de aumento de calorias para a produção de leite pode ser compensada pela redução da atividade física e da taxa metabólica basal em mulheres a amamentar (Amorim Adegboye e Linne, 2013).

Para as mães que pretendem exercitar ou treinar de forma mais vigorosa, Wright et al. (2002), citados por Cochrum (2015, p. 52), afirmam que a aceitação infantil do leite materno é semelhante tanto uma hora antes como uma hora após a prática de exercício materno, moderado ou máximo. No entanto, para essas mães, ainda reticentes quanto à compatibilidade entre exercício e amamentação, é sugerido:

- “1) Manter baixa a moderada intensidade de exercício (<13 repetições como valor de esforço percebido);*
- 2) Amamentar antes da prática de exercício extenuante;*
- 3) Armazenar o leite antes do exercício para consumo posterior;*
- 4) Esperar 60 a 90 minutos após o exercício antes de amamentar.”*

Para além dos efeitos da prática de exercício físico no que respeita à amamentação, alguns autores debruçaram-se sobre o efeito também no perfil lipídico e hormonal no pós-parto.

O enfermeiro obstetra pode orientar sobre exercícios pós-natais que ajudam a restabelecer o tónus dos músculos pélvicos, abdominais, lombares, glúteos e dos membros inferiores, contribuindo, pela sua atuação profissional, para aumentar a confiança da puérpera, eliminando, assim, barreiras para que possa pedir ajuda. O trabalho de profissionais de saúde, incluindo aconselhamento e acompanhamento, constitui-se como uma importante componente de apoio da mulher no seu contexto social, necessária para aumentar os níveis de atividade física. Intervenções para a prática de atividade física, isoladamente, podem promover melhorias, mas há necessidade da sua incorporação em estratégias multifacetadas da comunidade, incluindo cuidados infantis. Já para Felgueiras e Graça (2013), o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia deve estimular as potencialidades dos indivíduos, famílias e comunidades, para os ajudar a gerir as dificuldades e promover capacidades, habilidades e competências que os ajudem a ultrapassar os desafios.

Importa, cumulativamente, ter em consideração as circunstâncias e a influência ambiental e ecológica, uma vez que a intervenção não deve ser apenas focalizada nas características internas do indivíduo. Os processos de transição para a maternidade constituem-se uma área nobre da intervenção dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia. Estes profissionais devem reconhecer a importância das suas intervenções nesta transição e adequar a sua prática, de forma a promoverem a vivência de uma parentalidade saudável.

Os pais adaptam-se melhor quando os profissionais discutem as implicações e natureza das dificuldades com honestidade e demonstram sensibilidade para com a ansiedade dos pais. Devem também prestar particular atenção à imagem corporal, em que os resultados demonstram pior ajustamento, preparando antecipadamente as mulheres para as alterações da imagem e para a demora no regresso à silhueta anterior à gravidez. Neste âmbito, a relevância dos projetos de intervenção no pós-parto direcionados para a prática do exercício físico, que facilitem a recuperação física.

Sendo o papel do pai/marido/companheiro fundamental, este deve ser incluído nos cuidados de enfermagem, como parte integrante de uma tríade, como fonte de suporte e apoio fundamental na transição para a maternidade. A continuidade dos cuidados não só permite que as mulheres construam um relacionamento com os seus cuidadores, como

também oferece a garantia às mulheres que os prestadores de cuidados sabem das suas necessidades individuais e fornecem um aconselhamento adequado (Martin et al., 2014).

No seguimento do papel dos profissionais de saúde surgem estratégias de informação. Ryan et al. (2011), sobre o tema, referem que enquanto há fortes evidências de que o conhecimento, por si só, não resulta em mudança de comportamento de saúde, é contraintuitivo para supor que as pessoas podem efetivamente fazer mudanças nos seus comportamentos de saúde sem formação.

Algumas sessões de educação para a saúde, no pós-parto, são realizadas por um número de profissionais de saúde (por exemplo, nos estágios de enfermagem, enfermeiros de saúde pública na realização de visitas domiciliares no pós-parto, os conselheiros da amamentação), embora muitas dessas atividades educacionais incidam sobre aleitamento materno e cuidados com o bebé, ao invés do enquadramento físico, emocional e social das mulheres no pós-parto. Apesar de ser um período de grandes oportunidades no que diz respeito a mudança no estilo de vida, são encontradas lacunas durante o pós-parto em diversos estudos. Em particular, a abordagem do tema exercício-físico no pós-parto, com notáveis e inúmeros benefícios reconhecidos, surge então relegado para último plano, como última das preocupações, tanto pelas informações prestadas pelos profissionais de saúde (diretamente, o EESMO) como pela diminuição da sua prática pelas puérperas.

## **2.5 A Conclusão**

Ao longo da fase de pesquisa e elaboração desta revisão integrativa, os benefícios da prática de exercício no período pós-parto foram-se tornando cada vez mais evidentes. Não só os benefícios para a mulher (a nível físico e mental), mas também para o recém-nascido e família, contribuindo para um estilo de vida mais saudável para toda a família. E a este propósito, como mencionado, o EESMO adquire um papel crucial, na medida em que é da sua competência informar e orientar para a promoção desse estilo de vida.

No que tange aos benefícios do exercício físico, muito embora sejam abordados em diversos estudos, anteriormente referidos, torna-se importante uma abordagem mais incisiva sobre a sua prática no período pós-parto. Surge, assim, no decorrer deste processo, a necessidade de algumas recomendações sobre a prática de exercício físico neste período da vida das mulheres e a sua coexistência e compatibilidade com a amamentação, que não

deverá, tal como verificado, ser desaconselhada. Aliás, verificamos, pelo contrário, que a prática de exercício é benéfica durante a amamentação, sendo em todos os cenários da relação risco/benefício o benefício superior ao risco. Bem mais arriscada mostrar-se-á a inatividade física, que além de acarretar possíveis complicações no pós-parto, é referida como a quarta causa de morte pela OMS. A acrescentar às recomendações e supervisão da prática de exercício pelos profissionais, o apoio familiar é, sem dúvida, um grande aliado para evitar a inatividade no pós-parto.

Nesta perspetiva, compreende-se que a motivação para a prática, por parte da mulher, e o apoio familiar neste processo são fundamentais. Quanto à motivação, pode partir de informação útil, nas últimas semanas da gravidez, por parte dos profissionais de saúde, sobre a importância do exercício físico e dieta. A prática de exercício cumulativamente com uma dieta equilibrada traduzir-se-ão em maiores e mais eficazes benefícios no período pós-parto do que apenas o exercício físico. Esta associação pode mostrar-se, ainda, como uma oportunidade para novos estudos referentes à recuperação pós-parto.

A fadiga pós-parto é apontada como causa principal para a inatividade física neste período, surgindo como fator potenciador de depressão pós-parto, que pode ter início logo após o parto e perdurar por um longo período de tempo. Também neste contexto, com aconselhamento, por parte dos profissionais, de exercícios de relaxamento no pós-parto imediato, poderá ter menor impacto. São estas situações, assim como outros problemas de saúde mental, avaliadas como fatores que colocam em causa os cuidados da mulher ao RN e a si própria, para além do impacto negativo que poderão causar na autoestima e na autoimagem no pós-parto. A saúde mental da mulher é fulcral para o seu desempenho. Deste modo a Direcção Geral da Saúde (DGS, 2006 cit. por Graça et al., 2011) pretende dar mais ênfase à saúde mental da mulher durante a gravidez e após o parto, considerando que o suporte social e profissional pode ajudar ao sucesso nesta transição.

As diferenças metodológicas dos estudos abrangidos dificultam a difusão dos resultados, visto que a limitação temporal de cada estudo, no que respeita ao início da prática e à prática de exercício no pós-parto, tem alguma variância. Do mesmo modo, variam as definições (principalmente a nível de definição temporal) do puerpério e período pós-parto, nos diversos estudos. No entanto, apesar das conclusões apuradas, parece-nos que a realização de mais estudos se revela necessária, não apenas porque a nível de recomendações para a prática de exercício físico no pós-parto a literatura não é extensa, mas principalmente no que diz respeito ao tipo de exercício aconselhado, intensidade, duração e frequência. Afigura-se, por isso, não haver ainda consenso quanto ao programa

ideal a aplicar e a dar a conhecer às puérperas. Enquanto esse programa não surge, porém, é importante que os enfermeiros (preferencialmente o EESMO), profissionais de referência para as mulheres neste período, estabeleçam um plano de cuidados que potencie a prática de exercício físico, adaptem as informações sobre os exercícios e os próprios exercícios a cada situação em específico, atendendo à individualidade de cada mulher/família, não descurando o seu contexto sociocultural. Só assim se conseguirão ganhos em saúde.

Por fim, a ideia transversal a todos os estudos analisados centra-se no papel dos profissionais de saúde. Graça et al. (2011) concluem que os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários se encontram em posição privilegiada para intervir.



### **3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

O estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto foca, essencialmente, a aquisição de competências do EESMO em cada domínio específico, como o próprio nome do estágio indica.

Com base nestas competências, o ponto de partida para a prática - durante o período de estágio – baseou-se num plano de ação estruturado com o objetivo de justificar e fundamentar as intervenções, tendo em conta a especificidade de cada caso, assim como o seu contexto, fundamentando-se a prática com a teoria adquirida, bem como as evidências atuais.

Estas competências (baseadas na Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, que objetivam a obtenção do título de EESMO), bem como os conhecimentos de que o EESMO hoje dispõe, coloca-o numa posição única de atuação em relação às mulheres e às famílias e as suas intervenções devem convergir para a unidade familiar enquanto foco de cuidados, tendo sempre em conta a unidade familiar e social em que se inserem, com o objetivo da promoção do seu bem-estar.

De forma a atingir os requisitos desta diretiva, foram prestados cuidados e vigilância a grávidas com e sem patologia associada, efetuado o número de partos exigido associado ao número de partos assistidos (como documentado no Anexo II) e prestados também cuidados a puérperas e RN. Simultaneamente, na prática dos cuidados foram respeitados os princípios presentes no regulamento das competências do Enfermeiro Especialista: princípios éticos, de responsabilidade profissional e legais.

Nos diversos serviços onde este estágio foi realizado, os cuidados à mulher, ao casal e à família foram prestados de acordo com a singularidade da pessoa (gravida, parturiente e puérpera) e o respeito pelas suas diferenças, tendo em conta a especificidade de cada situação.

Tendo por base a premissa de que a prática de enfermagem implica a multidisciplinaridade, o recurso a conhecimentos de outras disciplinas abordados durante este percurso formativo, em particular de algumas unidades curriculares, serviu para apoiar e aprofundar conhecimentos na nossa área. De igual forma, como anteriormente mencionado, focou-se a atenção em cada pessoa e na sua componente biopsicossocial e cultural.

Para além dos conhecimentos adquiridos com a teoria ao longo do percurso formativo, nos quais as experiências e práticas executadas se fundaram, estes tiveram por base evidências atualizadas, sempre com o objetivo primordial da promoção da saúde da mulher, do recém-nascido e da família.

No sentido de desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, para conseqüentemente aplicar a prática de cuidados a cada caso, durante o estágio, os momentos de discussão e partilha de informação entre a equipa e também entre a equipa de enfermagem e a equipa médica revelaram-se bastante enriquecedores – possibilitaram uma melhor problematização de cada situação em específico e a elaboração de um plano de intervenção mais adequado a cada mulher/casal/família. Nesse campo, para além da procura sistemática de evidências científicas para fundamentar a nossa atividade diagnóstica e delinear as intervenções de uma forma sustentada, a nossa prática encontrou-se também suportada pelos protocolos de enfermagem e médicos, existentes no serviço, permitindo, deste modo, uma atuação em conformidade com os problemas identificados e com maior eficácia para obter ganhos em saúde.

Toda esta envolvimento contribuiu para o estabelecimento de um elo entre a pesquisa e a prática profissional e, por sua vez, a capacitação como profissional, no quotidiano e contexto laboral e no futuro como EESMO, com vista à aquisição e validação de conhecimentos.

Na prática, comprovamos que o método de trabalho utilizado era o método individual. Em relação aos registos de enfermagem, os mesmos eram efetuados com recurso ao sistema SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), recorrendo à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) β2, que permite a uniformização dos diagnósticos e intervenções realizadas.

Para a realização deste estágio, com o objetivo de obter conhecimentos da mais atualizada literatura disponível, as horas dedicadas ao estudo e à investigação foram inúmeras, pois só dessa forma existe permanentemente a possibilidade de enriquecer conhecimentos e adquirir competências.

Durante este percurso, circunscrito temporalmente a aproximadamente dois anos, a responsabilidade pela autoformação contribuiu para o culminar deste grande passo com sucesso. A assiduidade e a adoção de uma atitude proativa permitiram a aplicação de conhecimentos na prática clínica e posterior reflexão. Estes fatores, associados à pesquisa atualizada de evidência científica, contribuíram para a justificação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Tal como em qualquer percurso, pelo caminho surgem pontos altos e baixos. Também neste, foram encontradas algumas dificuldades, como a necessidade de compatibilizar a exigente carga horária do estágio com o horário de trabalho, situação que, com paciência e enorme vontade de adquirir novos conhecimentos, foi sendo colmatada. A mesma situação, além de implicações no local de trabalho, influi na vida pessoal e nesse sentido a maior dificuldade foi conciliar o cansaço que daí advém com a atenção a uma filha de um ano de idade, que também ela exigia cuidados.

Por outro lado, a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, nessa altura, acabou por reduzir a possibilidade de um grande número de experiências. Como observado no Anexo II, a possibilidade de experiências e até o número necessário para atingir o título de EESMO estiveram num limite próximo dos mínimos. Esta situação só foi possível cumprir pela nossa dedicação e disponibilidade, assim como das equipas dos serviços onde decorreu o estágio.

Analisando ao pormenor cada etapa deste estágio, em cada unidade de cuidados, permitimo-nos considerar que os objetivos propostos foram atingidos e as competências pressupostas adquiridas. O segundo capítulo do relatório vai ao encontro do acima referido. Tendo por objetivo integrar os conhecimentos teóricos de investigação com uma problemática de interesse para os cuidados prestados pelo EESMO, neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura relativa às implicações da prática de exercício físico na recuperação da mulher no pós-parto. Surge, assim, a realização de um estudo sobre a problematização de uma área de interesse, que possivelmente facilitará algumas alterações na prática.

A formação em contexto de trabalho, o desenvolvimento de literatura baseada na evidência no contexto de trabalho e uma atitude inovadora, mostraram-se fundamentais na promoção de confiança no sentido de empregar os resultados das investigações na prática profissional.

Por fim, diríamos que este estágio, aliado à revisão da literatura baseada em evidências atualizadas, constituiu certamente mais-valias. Por um lado, no sentido de

acompanhar a crescente evolução da área da Saúde Materna e Obstetrícia e, por outro, no desenvolvimento de uma atitude impulsionadora enquanto profissional – o repensar e recontextualizar da prática, uma consciencialização da necessidade de atualização através das evidências mais consistentes e atuais para a excelência na prática de cuidados.

## CONCLUSÃO

Ao longo deste documento, encontra-se descrito, em diversos capítulos, o percurso efetuado no estágio profissionalizante, de modo a demarcar os vários domínios da nossa atuação, integrada na prática de cuidados de enfermagem especializados, bem como a abordagem de uma temática atual e com importância na atenção das puérperas: a prática de exercício físico no pós-parto.

O presente relatório reflete, assim, para além dos cuidados prestados ao longo deste estágio, também o processo de pesquisa e investigação, sob a forma de reflexão sobre as competências e a prática do EESMO. Considera-se esta prática como tendo por base os conhecimentos das ciências de enfermagem, aliadas à evidência científica consistente e recente, que nos permitiu a recontextualização de conhecimentos que contribuíram para o desempenho da prática e o desenvolvimento de competências. Nesta perspetiva, fazendo uma reflexão sobre como todo o processo de formação se desenvolveu, é-nos possível afirmar que o seu contributo foi muito importante para o nosso crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal.

Verificamos, também, que a investigação para a produção de conhecimento em enfermagem, através da problematização da prática, foi crucial para a prestação de cuidados de qualidade, para além de assentar no principal objetivo de satisfazer as necessidades dos nossos utentes, com o intuito, neste caso, da promoção do bem-estar na gravidez, parto e pós-parto, de modo a proporcionarmos vivências saudáveis e positivas no enquadramento da transição para a parentalidade.

Neste documento, não foi fácil abarcar a abrangência de todas as experiências vivenciadas no decorrer do estágio. Tivemos como principal objetivo realçar as situações em que a tomada de decisão gerou mais controvérsia ou questionamento, descrevendo, assim, as atividades mais relevantes. Alguns domínios implicaram, por isso, uma maior pesquisa/investigação no sentido de evoluir e melhorar nos cuidados prestados.

A melhoria e continuidade dos cuidados é uma das grandes preocupações documentadas neste relatório. Para além da qualidade na prestação dos cuidados, a individualidade de cada mulher/casal/família foi sempre considerada, para que, deste modo, o acompanhamento de cada caso prezasse pela qualidade e pela diferença. Uma abordagem aos casais e às suas famílias em diferentes contextos, atendendo às suas diferenças culturais e especificidades, implicaram o desenvolvimento de competências que incluem cada vez mais a necessidade de reformulação do acompanhamento prestado pelos EESMO. Tal leva-nos a reafirmar ser cada vez mais imperativa a investigação para o planeamento de cuidados de excelência, visto o EESMO se apresentar como um profissional de referência no contacto com a mulher/casal nesta etapa tão importante e tão delicada que é a transição para a parentalidade.

No presente estudo, salienta-se a questão do exercício físico no pós-parto. Ainda com algumas lacunas no campo do conhecimento científico, as intervenções do EESMO neste período efetuam-se de forma autónoma, fundamentalmente sustentada no conhecimento empírico e no bom senso dos profissionais, na medida em que este período não se encontra tão explorado como, por exemplo, o da gravidez ou trabalho de parto.

Refletindo, então, sobre a prática de exercício físico no pós-parto, foi realizada uma pesquisa através da seleção de artigos científicos no sentido de dar resposta à questão de partida. De acordo com os estudos avaliados e referidos neste relatório, verifica-se que a prática de exercício físico no pós-parto apresenta tantas ou mais vantagens que noutras fases da vida da mulher, isto, apesar de se tratar de um período, que como confirma a literatura, conhece várias definições e alguma controvérsia no tocante à demarcação da sua duração. Também as evidências sobre a recuperação da mulher no pós-parto não são unânimes, variando entre os seis meses a um ano após o parto e abrangendo alterações que implicam a adaptação da mulher a um novo contexto físico, emocional e social, adaptação esta que pode estar comprometida, muitas vezes, por sentimentos de ansiedade e insegurança relacionados com a imagem corporal no pós-parto, associada ao excesso de peso e decorrente do aumento de peso durante a gravidez.

Apesar da falta de consenso nas matérias referidas, é consensual que o exercício físico pode responder com eficácia à perda e manutenção do peso após o parto, implicando benefícios para a saúde materna e da criança, nomeadamente quando o regresso ao peso pré-gravidez se verifica nos primeiros seis meses pós-parto, como descrevem Amorim Adegboye e Linne (2013). Em alguns casos, a não adesão a esta prática resultará da fadiga pós-parto e limitação de tempo da mulher resultante da adaptação à nova rotina e à prestação dos cuidados ao bebé.

Nesse sentido, através da pesquisa realizada ao longo deste percurso formativo, reafirmamos o papel preponderante que o EESMO assume nesta fase, na medida em que a sua atuação pode fomentar e desenvolver comportamentos saudáveis nas mulheres de que cuida, informando e implementando planos de cuidados, com respeito pela individualidade e cultura de cada puérpera e informando, também, dos benefícios da prática regular do exercício físico. O EESMO poderá orientar na tomada de decisão por parte da mulher, estimulando ao exercício físico no pós-parto, de maneira gradual, não só com o objetivo da recuperação dos seus sistemas orgânicos, mas também do incremento da autoestima e autoconfiança da mulher (através do seu empoderamento), resultando em melhores cuidados desta para si própria, para o seu corpo e também nos cuidados com o seu filho.

A prática de exercício físico no pós-parto envolve grandes mudanças, nomeadamente no estilo de vida, de forma à obtenção de melhorias a longo prazo. O seu reinício, gradual, conforme tolerado, é aconselhável nas primeiras 48 horas após o parto, com enfoque em exercícios respiratórios e dos membros inferiores. As recomendações sobre o exercício no pós-parto, como por exemplo as do ACOG (2015), aconselham a prática de 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada, por semana. Segundo Ashrafinia et al. (2015) os exercícios de Pilates, introduzidos por Joseph Pilates no início do século XX, são considerados um bom método para acelerar a convalescença após a gravidez.

Este é um tema cada vez mais apelativo para as mulheres no período pós-parto e que desperta interesse para a ciência. Apesar disso, os estudos existentes apresentam-se bastante heterogêneos, tornando, ainda, difícil estabelecer conclusões seguras para a prática. As principais questões para a prática de exercício físico neste período surgem relacionadas com o tipo de exercício, intensidade, duração e frequência. Deste modo, serão necessários mais estudos de investigação para validar uma prática segura de exercício físico no pós-parto.

A revisão da literatura permitiu-nos averiguar esta realidade noutros países, visto que é, ainda, um tema pouco explorado em Portugal. Esta revisão contribuiu para um conhecimento mais lato na recontextualização de saberes, no que se refere aos benefícios da prática do exercício físico no período pós-parto.

A elaboração deste relatório tornou patente a constante necessidade de investigação e aprofundamento de conhecimentos para uma prática profissional consciente, efetiva e competente por parte do EESMO. Diríamos que este percurso formativo correspondeu a um período de crescimento e desenvolvimento pessoal e

profissional que no futuro não deixaremos cristalizar. O compromisso será, antes, procurar o caminho onde se exprima a renovação para prosseguir este percurso tão sinuoso e fascinante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) – *Committee Opinion N<sup>o</sup> 548* : Weight gain during pregnancy. Washington (DC) : ACOG, January 2013, Volume 121. p. 210-212. ISSN 1074-861X

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) – *Committee Opinion N<sup>o</sup> 650* : Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Washington (DC) : ACOG, December 2015, Volume 126. p. 135-142. ISSN 1074-861X

AMORIM, ADEGBOYE A.R.; LINNE, Y.M. – Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. (Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 7. Art. No.: CD005627

AMORIM, MR; PORTO, MF; SOUZA, AS. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Vol. 38, Nº11 (2010). p.583-591. ISSN 0100-7254

ARIAS, Betty; NELAS, Paula; DUARTE, João – Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas práticas obstétricas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 13 (2013). p. 66-71. ISSN 2182-3006

ARTAL, Raul [et al.] – O exercício na gravidez. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo : Manole, 1999. ISBN 85-204-0893-1

ASHRAFINIA, F. [et al.] – Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. *Singapore Medical Journal*. Vol. 56, Issue 3 (2015). p. 169-173. ISSN 0037-5675

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO) - *Iniciativa Parto Normal : Documento de Consenso*. Loures : Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-49-3

BORODULIN, Katja; EVENSON, Kelly; HERRING, Amy – Physical activity patterns during pregnancy through postpartum. *BioMedCentral Women's Health*. Vol. 9, Issue 32. (2009). p. 1-7. ISSN 1472-6874

BROWN, Mary Jane [et al.] – Motivating pregnant women to eat healthily and engage in physical activity for weight management: an exploration of routine midwifery. *Evidence Based Midwifery*. London: RCM. 2013

CAMPOS, D. A. ; MONTENEGRO, N. ; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina materno-fetal*. 2ª edição. Lisboa : Lidel, 2008. ISBN 978-972-757-467-4

CHRISTLEY, Yvonne; MARTIN, Caroline; MARTIN, Colin – Perinatal perspectives on chronic fatigue syndrome. *British Journal of Midwifery*. Vol. 20, Nº 6 (2012). p. 389-393. ISSN 2052-4307

COCHRUM, Robbie – Postpartum weight control and the contribution of exercise. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 30, Nº 1 (2015). p. 48-53. ISSN 0887-8625

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - *CIPE Versão 2: Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal : Ordem dos Enfermeiros. 2011. ISBN 978-92-95094-35-2

COSTA, A. [et al.] – Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção das puérperas. *Revista Rene*. Vol.12, nº3 (2011), p. 548-554. ISSN 2175-6783

CUNNINGHAM, Gary F. et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Porto Alegre : Mc Graw Hill, 2012. ISBN 978-0-07-149701-51

DIFIORE, Judy – *O guia completo para a boa forma física pós-natal*. São Paulo : Manole, 2000. ISBN: 85-204-0998-9

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. 2015

DORAN, F.; DAVIS, K. - Factors that influence physical activity for pregnant and postpartum women and implications for primary care. *Australian Journal Of Primary Health*. Vol. 17, Issue 1. (2011). p. 79-85. ISSN 14487527

DOWNE, S. [et al.] – What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 122. (2015), p. 529-539. ISSN 1471-0528

DOWNS, Danielle; DINALLO, Jennifer; KIRNER, Tiffany – Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Journal Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 36, Issue 1 (2008) p.54-63. ISSN: 1532-4796

DRITSA, Maria [et al.] – Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: results of a randomized controlled trial. *Journal Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 35, Issue 1 (2008) p.179-187. ISSN: 1532-4796

ERCOLE, Flávia; MELO, Laís; ALCOFORADO, Carla – Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME Revista Mineira de Enfermagem*. Vol. 18, nº1 (2014). p. 1-260. ISSN 2316-9389

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO – *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. 2012. Porto, Portugal

EVENSON, Kelly; BRADLEY, Chyrise – Beliefs about exercise and physical activity among pregnant women. *Patient Education and Counseling*. Vol. 79, Issue 1. (2009). p.124-129. ISSN 0738-3991

FELGUEIRAS, Marta; GRAÇA, Luis – Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, Nº 11 (2013). p. 11-84. ISSN 0874-0283

FREITAS, F. [et al.] – *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª edição. Porto Alegre : Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2472-2

GASTON, Anca; GAMMAGE, Kimberley – Health versus appearance messages, self-monitoring and pregnant women’s intentions to exercise postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 28, Nº4. (2010). p. 345-358. ISSN 1469-672X

GRAÇA, Luis; Figueiredo, Maria do Céu; CARREIRA, Maria Teresa – Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, Nº 4 (2011). p. 27-35. ISSN 0874-0283

GRAÇA, Luís M. - *Medicina Materno Fetal*. 4ª edição. Lisboa : LIDEL, 2010. ISBN 978-972-757-654-8

GROTH, Susan; DAVID, Tamala – New mother’s views of weight and exercise. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*. Vol. 33, Issue 6. (2008). p. 364-370. ISSN 0361-929X

HARUNA, Megumi [et al.] – The effects of an exercise program on health-related quality of life in postpartum mothers: A randomized controlled trial. *Journal Health*. Vol.5, Nº 3 (March 2013). p. 432-439. ISSN 1949-5005

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *CIPE Versão 2: Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Edição portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM) – *Midwifery Services Framework: Guidelines for developing SRMNAH services by midwives*. Netherlands : ICM, March 2015. p. 1-35

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Combater a desigualdade: da evidência à acção/ Closing the gap: from evidence to action*. Genebra : ICN. 2012. ISBN: 978-989-8444-09-7

JEFFCOAT, Heather – Postpartum recovery after vaginal birth: the first six weeks. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 24, Nº 3 (2009). p. 32-34. ISSN 0887-8625

KELLER, Colleen; ALLAN, Janet; TINKLE Mindy – Stages of change, processes of change, and social support for exercise and weight gain in postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 35, Nº 2 (March/April 2006). p.232-240. ISSN 1552-6909

KO, Yi-Li [et al.] – Community-based postpartum exercise program. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 22, Issue 15-16 (2013). p. 2122-2131. ISSN 1365-2702

LARSON-MEYER, Enette – The effects of regular postpartum exercise on mother and child. *Official Journal of International Federation of Sports Medicine: International SportMed Journal*. Vol. 4, Nº 6 (2003). p. 1-14. ISSN 1528-3356

LEWIS, Sally – *De novo em forma*. Lisboa : Selecções Reader's Digest , 2002. ISBN 972-609-340-6

LOWDERMILK, Deitra L. ; PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1

MACKIN, Deborah – *Retomar a forma depois da gravidez*. Porto : Civilização, 2003. ISBN 989-550-121-6

MARCEL, Cherie – Gestational weight gain: Interventions – Physical activity and diet counseling. *Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services*. 2015

MARTIN, Anika [et al.] – Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and Child Health Journal*. Vol. 18, Issue 3 (2014). p. 707-713. ISSN 1573-6628

MARTINS, Alessandra [et al.] - Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 29, nº1 (2011), p.40-46. ISSN 0120-5307

MENDES, A.; PAIVA, A.; LEAL, I. – The impact of home care nursing in puerpera difficulties. *International Conference Quality and its Perspectives, Care of the Woman and Child*. Pardubice: University of Pardubice. 2015

MERCER, R. - Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.34, nº4 (2004), p.456-464. ISSN 1365-2648

MONTGOMERY, Kristen; SCHALLES, Lindsay; HATMAKER-FLANIGAN, Elizabeth – Experiences accompanying postpartum weight loss: benefits, successes, and well-being. *Health Care for Women International*. Vol. 34, Issue 7 (2013). p. 577-591. ISSN 1096-4665

MUDD, Lanay M. [et al.] - Health Benefits of Physical Activity during Pregnancy: An International Perspective. *Official Journal of the American College of Sports Medicine: Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 45, Issue2. (2013). p. 268-277. ISSN 0195-9131

NASCIMENTO, SL. [et al.] – The effect of physical exercise strategies on weight loss in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*. Vol. 38, Issue 5. (2014). p. 626-635. ISSN 1476-5497

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE - *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Londres: NICE Clinical Guidelines, 2007. ISBN 978-1-904752-36-3

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE - *Intrapartum care for healthy women and babies*. Londres: NICE Clinical Guidelines. 2014. ISBN 978-1-4731-0862-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica – *Recomendações para os cursos de recuperação pós-parto*. Lisboa : OE. 2014

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica – *EESMO: Livro de Bolso*. Lisboa : OE. 2015

O'TOOLE, Mary. [et al.] - Structured diet and physical activity prevent postpartum weight retention. *Journal of Women's Health*. Vol. 12, Nº10 (2003). p. 991-998. ISSN: 1931-843X

PHELAN, Suzanne [et al.] - 'Fit Moms/Mamás Activas' internet-based weight control program with group support to reduce postpartum weight retention in low-income women: study protocol for a randomized controlled trial. *Reproductive Health*. 2015, 16:59

POLLEY, B.A.; WING, R.R.; SIMS, C.J. – Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International Journal of Obesity*. Vol. 26. (2002). P. 1494-1502. ISSN 1476-5497

PRICE, Bradley B.; AMINI, Saeid B.; KAPPELER, Kaelyn – Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes – a randomized trial. *Official Journal of the American College of Sports Medicine: Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 44, Issue 12. (2014). p. 2263-2269. ISSN 0195-9131

REZENDE, Jorge de ; MONTENEGRO, Carlos - *Obstetrícia*. 12ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013. ISBN: 978-85-277-2229-2

RAWDIN, A. C. ; DUENAS, A. ; CHILCOTT J. B. – The cost effectiveness of weight management programmes in a postnatal population. *Journal Public Health: The Royal Society of Public Health*. Vol. 128, Issue 9. (2014). p. 804-810

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM) – Audit of midwifery practice. London: RCM. 2010

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM) – Audit of practice in postnatal care. London: RCM. 2015

RYAN, Polly [et al.] – Testing the Integrated Theory of Health Behaviour Change for postpartum weight management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 67, Issue9 (2011). P. 2047-2059. ISSN 1365-2648

ROW, Mary-Anthea [et al.] – Promoting positive postpartum mental health through exercise in ethnically diverse priority groups. *Journal Diversity and Equality in Health and Care*. Vol. 10 (2013). p. 185-195

SANTOS, Ângela – O EESMO nas UCCs: Realidade da UCC Mãos Amigas de Celorico de Basto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº13 (2013). p. 60-62. ISSN 2182-3006

SANTOS, F. - Vivências de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010. Tese de Pós-Graduação

SOLTANI, Hora – Pregnancy as a cause of obesity – myth or reality? - *Midwives Magazine*. London: RCM. 2008

SOMVANSHI, Nicole – Preventing postpartum weight retention. *American Family Physician*. Vol. 66, Issue 3. (2002). p. 380-384. ISSN 1542-4863

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*. Vol. 8, Nº 1. (2010). p. 102-106. ISSN 1679-4508

STEEN, Mary – Wellbeing and beyond. – *Midwives Magazine*. London:RCM. 2007

STRAPASSON, Márcia; NEDEL, Maria – Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 31, Nº 3. (2010). p. 521-528. ISSN 1983-1447

SZYMANSKI, Linda; SATIN, Andrew – Strenuous exercise during pregnancy: is there a limit? – *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 207, Issue 3. (2012). p. 179 e.1-179 e.6. ISSN 0002-9378

TRIPETTE, Julien [et al.] – Home-based active video games to promote weight loss during the postpartum period. *Official Journal of the American College of Sports Medicine: Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol.46, Issue3. (2014). p. 472-478

VAISBERG, Mauro [et al.] – *O exercício como terapia na prática médica*. São Paulo : Artes Médicas, 2005. ISBN: 85-367-0038-6

VAN DEN BERGH B.; SIMONS, A. - A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol 27, nº 2 (2009), p. 114-126. ISSN 1469-672X

VERDERI, Érica – *Gestante: Elaboração de Programa de Exercícios*. 2ª ed. São Paulo : Phorte Editora, 2009. ISBN: 978-85-7655-221-5

VIEIRA, Flaviana [et al.] - Diagnósticos de enfermagem de NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Vol. 14, Nº 1 (2010), p. 83-89. ISSN 1414-8145

WARD, Susan; HISLEY, Shelton - *Maternal-Child Nursing Care*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2011. ISBN: 978-0-8036-2813-7

WIEGARTZ, Pamela; GYOERKOE, Kevin – *The pregnancy and postpartum anxiety workbook*. Oakland : New Harbinger Publications, 2009. ISBN: 978-989-8075-16-1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva, Switzerland : WHO, 2011

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline – “Ela Enxerga em Ti o Mundo” : A experiência da maternidade pela primeira vez. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. Vol. 23, Nº 4 (2015). p. 959-972. ISSN 1413-389X

ZOURLADANI, A. [et al.] – The effect of physical exercise on postpartum fitness, hormone and lipid levels: a randomized controlled trial in primiparous, lactating women. *Archives of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 291, Issue 3 (March 2015). p. 525-530. ISSN 1432-0711

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

**(Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa)**



Título	Autores	Publicação	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
1) Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth (Review)	Amorim Adegboye AR, Linne YM	Cochrane Database of Systematic Reviews (2013)	Avaliar o efeito da dieta, exercício ou ambos para a redução de peso em mulheres após o parto. E, para, avaliar o impacto destas intervenções sobre a composição corporal materna, condicionamento cardiorrespiratório físico, o desempenho da amamentação e outros resultados maternos e infantis.	<b>Ensaio controlado randomizado</b>  Foram pesquisadas as bases Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register e LILACS. Incluindo na pesquisa ensaios clínicos controlados aleatórios e quasi-experimentais. A revisão de ensaios resultou em 14 estudos, com 12 estudos envolvendo 910 mulheres com excesso de peso após o parto, que contribuíram com dados para análise. Mulheres com o indicador comum de se encontrarem nos primeiros 24 meses após o parto.	As mulheres que se exercitaram não perderam significativamente mais peso do que as mulheres do grupo de cuidados diários habituais. As mulheres que participaram de uma dieta ou dieta mais exercício do programa perderam significativamente mais peso do que as mulheres do grupo de cuidados habituais. Não houve diferença na magnitude da perda de peso entre a dieta isolada e dieta mais exercício. As intervenções parecem não afetar negativamente o desempenho da amamentação.	Evidências a partir desta revisão sugerem que tanto a dieta e exercício juntos como apenas a dieta por si só ajudam as mulheres a perder peso após o parto. No entanto, pode ser preferível a perda de peso através de uma combinação de dieta e exercício já que traria benefícios também para o condicionamento cardiorrespiratório materno e preserva a massa corporal livre de gordura. Desempenhando um importante papel na prevenção da obesidade materna, mesmo a longo prazo. Visto que a prática de exercício, mesmo, isolada, melhora o condicionamento físico e cardiovascular. Enquanto a dieta por si só apenas reduz a massa corporal livre de gordura. Embora estes resultados necessitem de confirmação por mais estudos de alta qualidade metodológica. A dieta, exercício, ou ambos, parecem seguros para mulheres que amamentam. Infelizmente, os dados disponíveis são insuficientes para inferir riscos importantes ou outros potenciais benefícios para a mãe ou o bebê. Devido a vieses metodológicos de alguns ensaios, especialmente o reduzido tamanho da amostra, o número de estudos revisados para cada resultado, e a diversidade na natureza, duração e frequência das	I

						intervenções argumentam advertências na aplicação destes resultados encorajadores.	
2) The effects of an exercise program on health-related quality of life in postpartum mothers: a randomized controlled trial	Haruna M, Watanabe E, Matsuzaki M, Ota E, Shiraishi M, Murayama R, Yoshida M, Yeo S	Journal Health (Scientific Research Publishing Inc, 2013)	Avaliar a eficácia de um programa de exercícios pós-parto na saúde-relacionados com qualidade de vida e bem-estar psicológico	<b>Ensaio controlado randomizado</b>  Foram organizados dois grupos: o de intervenção (50 mulheres) e o de controlo (51 mulheres).  O grupo de intervenção participou em aulas com bola de exercícios (exercício semanal de 90 minutos, em quatro semanas) durante três meses após o parto. Este grupo foi comparado com o grupo de controlo durante quatro meses no pós-parto.  Foram utilizadas escalas para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, a auto-estima e a depressão pós-parto.	Na análise de covariância surge a indicação que a capacidade física e a vitalidade melhoraram significativamente no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo. Embora não houvesse diferenças significativas entre os grupos em relação à componente física e componente mental. A auto-estima aumentou no grupo de intervenção comparado com o grupo de controlo. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos a nível do indicador da depressão pós-parto.	Os autores deste estudo concluem que o programa de aulas de exercício no pós-parto aplicado a puérperas saudáveis contribuiu para a promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde e auto-estima.	I
3) The effect of physical exercise on postpartum fitness, hormone and lipid levels: a randomized controlled trial in primiparous, lactating women	Zourladani A, Zafrakas M, Chatzigiannis B, Papisozomenou P, Vavilis D, Matziari C	Archives of Gynecology & Obstetric (2015)	Avaliar o efeito de um programa de exercício físico que combina exercício aeróbico de baixo impacto, resistência e flexibilidade na aptidão física, níveis hormonais e lipídicos no pós-parto. Em primíparas a amamentar.	<b>Estudo controlado randomizado</b>  Foram organizados, aleatoriamente, dois grupos: o de intervenção (20 mulheres) e o de controlo (17 mulheres). O grupo de intervenção participou num programa de exercício aeróbico, de resistência e flexibilidade (exercício de 50-60 minutos, três vezes por semana) durante	Após a conclusão do programa de exercício físico as comparações entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo apresentam-se estatisticamente significativas em relação a alterações do volume de oxigénio, resistência muscular, flexibilidade e gordura corporal. Não houve diferenças significativas entre os dois grupos em alterações médias de níveis lipídicos e	A implementação de um programa de exercício de baixo impacto melhora a aptidão física das mulheres no pós-parto.  Embora não demonstre afetar os níveis de lipídios e níveis hormonais associadas à lactação.  Por isso, a implementação de um programa de exercício físico que combina baixo impacto aeróbico, resistência e exercício de flexibilidade	I

			<p>doze semanas. Os parâmetros foram avaliados no início do estudo e doze semanas mais tarde. Sendo os parâmetros divididos em três categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliação da aptidão física <ul style="list-style-type: none"> <li>. volume de oxigénio,</li> <li>. resistência muscular,</li> <li>. mobilidade articular,</li> <li>. gordura corporal;</li> </ul> </li> <li>- avaliação do perfil lipídémico <ul style="list-style-type: none"> <li>. triglicéridos,</li> <li>. colesterol total,</li> <li>. HDL,</li> <li>. LDL;</li> </ul> </li> <li>- avaliação dos níveis de hormonas relacionadas com a amamentação <ul style="list-style-type: none"> <li>. prolactina,</li> <li>. estradiol,</li> <li>. cortisol,</li> <li>. TSH,</li> <li>. T3 e T4.</li> </ul> </li> </ul>	hormonais.	<p>é viável no pós-parto. Especialmente para primíparas, mesmo estando a amamentar.</p>	
--	--	--	---	------------	---	--

<p>4) Factors that influence physical activity for pregnant and postpartum women and implications for primary care</p>	<p>Doran F, Davis K</p>	<p>Australian Journal of Primary Health (2011)</p>	<p>Avaliar os fatores que influenciam positiva ou negativamente a prática de exercício físico durante a gravidez e no período pós-parto</p> <p>- Explorar a atenção dada pelas mulheres ao exercício na gravidez e no pós-parto, incluindo as que experienciaram o diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG)</p>	<p><b>Ensaio clínico</b></p> <p>Foram aplicados questionários a mulheres grávidas (e a estas, o mesmo questionário 3 a 6 meses no pós-parto) e a mulheres que experienciaram nos 18 meses anteriores Diabetes Gestacional. Resultando num total de 72 questionários aprovados no final.</p> <p>Esse questionário era composto de questões fechadas em que as mulheres identificavam doze fatores que potenciam a prática de exercício físico durante e após a gravidez. E ainda, catorze fatores que impedem a prática do mesmo, no mesmo período.</p>	<p>Este estudo verificou que grande percentagem (72%) das mulheres do estudo não foram instruídas pelos profissionais de saúde que as acompanharam a desenvolver a prática regular e moderada de atividade física durante a gravidez nem depois do bebé nascer.</p> <p>Regista-se uma significativa diferença entre grávidas com diagnóstico de DG e grávidas que não tiveram diabetes na gravidez. As primeiras são mais aconselhadas sobre atividade física.</p> <p>Menos de 25% das mulheres envolvidas no estudo não prestam grande atenção à prática de exercício físico.</p>	<p>Todas as mulheres, durante a gravidez e no período pós-parto, deveriam ter na assistência por parte de um profissional de saúde um bom recurso para a identificação dos benefícios do exercício físico durante esse período e das barreiras para a prática do mesmo. E não só as mulheres com diagnóstico de Diabetes Gestacional. Esta pesquisa identificou que os prestadores de cuidados de saúde nem sempre fornecem conselhos sobre a atividade física e que esta poderia ser uma oportunidade perdida para influenciar mudanças no estilo de vida. O desafio para a atenção primária é a de abranger maiores oportunidades de atenção e desenvolver estratégias para apoiar as mulheres a participar na atividade física como um comportamento relacionado com a saúde e uma iniciativa de saúde pública de baixo custo para promover a saúde.</p> <p>Apraz concluir que o EESMO pode ter um papel preponderante no apoio à mulher tanto na gravidez como no pós-parto.</p>	<p>II</p>
<p>5) Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto</p>	<p>Felgueiras M, Graça L</p>	<p>Revista de Enfermagem Referência (2013)</p>	<p>Avaliar a relação entre a resiliência e o ajustamento à maternidade</p>	<p><b>Estudo descritivo</b></p> <p>Foi efetuado um estudo com uma amostra não probabilística com 106 mulheres que já tinham passado o terceiro mês após o parto. Foi utilizada escala para avaliar o ajustamento e as atitudes maternas. Sendo aplicado um</p>	<p>Resulta do estudo que a imagem corporal e os sintomas somáticos foram as subescalas que obtiveram uma apreciação mais negativa por parte da mulher. Enquanto a relação conjugal e as atitudes perante a gravidez e o bebé tiveram uma apreciação mais positiva.</p>	<p>No pós-parto as mulheres com maior resiliência apresentam melhor ajustamento à maternidade e atitudes mais positivas. A contribuição da resiliência para o cuidar em enfermagem é pertinente pois pode orientar a tomada de decisões e a determinação de prioridades. Os EESMO devem reconhecer a importância das suas intervenções</p>	<p>IV</p>

				questionário com 60 itens, divididos em cinco subescalas: imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebê.	Verifica-se a existência de uma correlação negativa entre o ajustamento à maternidade e as atitudes e as atitudes maternas e a resiliência.	nesta transição e adequar a sua prática, de forma a promoverem a vivência de uma parentalidade saudável. Prestando particular atenção à imagem corporal, onde os resultados apresentam um pior ajustamento. Sendo os projetos de intervenção no pós-parto, direcionados para a prática de exercício físico e que facilitam a recuperação física, bastante relevantes.	
6) Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue	Ashrafinia F, Mirmohammadali M, Rajabi H, Kazemnejad A, Haghighi K, Amelvalizadeh M	Singapore Medical Journal (2015)	Avaliar os efeitos dos exercícios de Pilates na fadiga materna no pós-parto	<b>Ensaio clínico randomizado</b> Neste estudo participaram 80 mulheres divididas, aleatoriamente, em dois grupos: o de intervenção (40 mulheres) e o de controlo (40 mulheres). O grupo de intervenção iniciou a prática de exercícios 72 horas após o parto. E realizaram exercícios de Pilates cinco vezes por semana (30 minutos por sessão), durante oito semanas. O grupo de controlo não realizou nenhuma atividade. O nível de fadiga foi avaliado - através de um instrumento de medida - no momento da alta hospitalar, quatro e oito semanas após.	Não existem diferenças significativas entre os dois grupos em relação à fadiga demonstrada 24 horas após o parto.  O grupo de intervenção apresenta níveis, significativamente, menores em relação à fadiga geral, cansaço físico, atividade reduzida, motivação reduzida e fadiga mental comparativamente com o grupo de controlo.  Em cada um destes sub-grupos, foram associadas grandes melhorias à prática de exercícios de Pilates.	Os resultados do presente estudo mostram que o exercício físico pode reduzir significativamente a fadiga materna no pós-parto.  Existindo, inclusivamente, estudos que indicam os benefícios dos exercícios de Pilates na saúde mental e física.  Já há vários anos que os exercícios de Pilates têm sido considerados uma ferramenta útil para a área da reabilitação.  Conclui-se que, subseqüentemente, para a recuperação pós-parto podem também ser um instrumento viável, a utilizar.	I
7) Promoting positive postpartum mental health through exercise in ethnically diverse	Row MA, Nevill AM, Young DB, Macedo EN	Journal Diversity and Equality in Health and Care (Radcliffe Publishing,	Explorar fatores relativos ao exercício para promover benefícios sobre a saúde mental no pós-parto em grupos	<b>Estudo clínico não aleatório</b> Os dados foram colhidos através de grupos focais e entrevistas a 25 mulheres, de uma amostra de conveniência,	Os resultados indicam que amplos fatores influenciam a prática de exercício no pós-parto em mulheres pertencentes a grupos, etnicamente diversos, e	A falta de clareza sobre o exercício adequado para as mulheres no pós-parto revela-se uma questão importante. Tipos de exercício que são conhecidos por terem movimentos específicos para a fase do pós-parto, e	III

priority groups		2013)	prioritários, em comunidades carentes de diversas etnias, do Reino Unido	<p>numa área com localização em vinte e cinco bairros prioritários, inseridos entre os 5% piores a nível de múltiplas carências em toda a Inglaterra. Os participantes foram utentes (pais), profissionais de saúde da comunidade e prestadores de serviços. Quatro categorias principais surgiram: o exercício pós-parto (que inclui o contexto e o ajustamento do exercício), crenças e valores (que refletia como as mulheres tomam decisões sobre saúde, no pós-parto), apoio e influência (que exploraram a independência, dependência e interdependência que moldaram relacionamentos e escolhas) e planeamento e recursos (que relacionadas com os aspectos práticos envolvidos na conceção, desenvolvimento e manutenção, e intervenções efetivas).</p>	<p>prioritários. Integrando considerações práticas e fatores sócio-cognitivos, tais como a competência dos exercícios e influências sócio-culturais. Estas influências incluem fatores familiares, religiosos e culturais relevantes para o exercício, saúde mental, a fase do pós-parto e promoção da saúde em geral. Os participantes não tinham grandes noções sobre a prática de exercício físico nem na sua aplicação no pós-parto. Assim como os profissionais de saúde não tinham como certas as informações a passar para a promoção do bem-estar e saúde mental. Todos os participantes, independentemente da cultura, acreditam que o exercício físico tem benefícios. Mas a sua prática depende das prioridades de cada mulher e do contexto em que está inserida. Os caucasianos envolvidos no estudo tinham mais experiências com exercício físico, anteriormente, mais poder económico e um melhor nível de educação. As mulheres africanas e do Caribe são bastante capazes de se envolver com os serviços de saúde. Enquanto as mulheres asiáticas e árabes não têm autonomia pessoal e</p>	<p>que muitas mulheres apreciam, tais como yoga e pilates, exigem uma investigação mais aprofundada. A formação do facilitador deve incluir o desenvolvimento de competências culturais para equipar os profissionais que trabalham com diversos grupos étnicos de mulheres. A incorporação de modelos de mudança de comportamento e estruturas de promoção da saúde poderiam ajudar a otimizar o sucesso. Os resultados deste estudo são encorajadores e indicam que o exercício pode ser visto como uma intervenção não-farmacológica adequada, tal como sugerido pelo NICE. Uma ampla gama de fatores influencia o exercício no pós-parto nas mulheres em diversos grupos etnicamente prioritários, e estes deveriam ser tidos em conta na conceção de intervenções futuras. As descobertas mostram uma combinação de considerações práticas ao longo de vários fatores sócio-cognitivos, mediados por influências socioculturais relevantes para a prática de exercício físico, a saúde mental, a fase do pós-parto e promoção da saúde em geral. Os fatores influentes variam entre fatores pessoais internos e fatores externos associados ao contexto das vidas das mulheres no pós-parto. Conclui-se que parece ser possível conceber e realizar intervenções de exercício que são efetivamente relevantes e oferecem um quadro de mecanismos que podem influenciar um projeto bem sucedido.</p>
-----------------	--	-------	--	---	---	--

					económica para proceder da mesma forma.		
8) Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra	Martins AB, Ribeiro J, Soler ZASG	Revista Investigación y Educación en Enfermería (2011)	Avaliar a utilidade de orientação dos exercícios físicos no período pós-parto pelo enfermeiro obstetra	<b>Revisão sistemática</b>  Com inclusão de 16 artigos, selecionados na base de dados LILACS, Scielo e PubMed e 15 livros e manuais.	Os resultados obtidos nesta revisão demonstram que o puerpério se verifica como um período de grandes alterações físicas e emocionais que podem ser minimizadas com adequada atenção de profissionais, sendo o enfermeiro obstetra o profissional de referência. Assim como a família tem um papel preponderante no apoio à puérpera.	Segundo a revisão existem ainda poucas publicações científicas sobre o assunto. Sendo o material bibliográfico obtido uma mais valia para a contribuição do fortalecimento das intervenções do enfermeiro obstetra. E ampliando o conhecimento sobre a temática desenvolvendo possibilidades de pesquisas nessa área.	I
9) Postpartum weight control and the contribution of exercise	Cochrum R	International Journal of Childbirth Education (2015)	Abordar as questões relacionadas com dificuldades na perda de peso no pós-parto.  Apresentar recomendações para as mães sobre como reduzir o peso de forma segura, rápida e permanente através da atividade física	<b>Revisão narrativa da literatura</b>  Contributos de vários estudos narrados ao longo do artigo, sobre o controlo de peso no pós-parto com recurso ao exercício físico, que se encontra dividido em sub-capítulos:  - perda de peso no período pós-parto;  - exercício durante o período pós-parto;  - estratégias para a iniciação de exercício físico no pós-parto;  - recomendações para a prática de exercício;  - orientações para o treino de		Conclui-se que a retenção de peso no pós-parto pode ser um problema de saúde potencialmente grave, especialmente em mulheres sedentárias já com sobrepeso ou obesas. O retorno ao peso pré-natal no prazo de seis meses foi identificado como promotor de resultados de controlo de peso mais positivos para as mães e as crianças do que a perda de peso que continua para além de seis meses. O exercício físico tem sido identificado como um meio viável para a redução de peso, juntamente com a melhoria da saúde global. E é limitado apenas pela aprovação do profissional de cuidados de saúde e o processo natural de recuperação. Os EESMO têm um papel fulcral no aconselhamento para a manutenção do peso a longo prazo não apenas através de uma intervenção de dieta	V

				<p>resistência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dieta específica para o período pós-parto;</li> <li>- amamentação e exercício físico;</li> <li>- aplicação para profissionais.</li> </ul>		<p>isolada, mas combinada com um programa de exercícios apropriado. Além disso, deve salientar-se que a perda de peso deve ser gradual decorrendo a uma taxa de cerca de um quilograma por semana, por meio de uma dieta e déficit de energia induzida por exercício aeróbico de aproximadamente 500 quilocalorias. A primeira oportunidade para este aconselhamento será no início do ciclo de gravidez e continuar a fornecer esta informação pós-gravidez.</p>	
<p>10) The effect of physical exercise strategies on weight loss in postpartum women: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Nascimento SL, Pudwell J, Surita FG, Adamo KB, Smith GN</p>	<p>International Journal of Obesity (2014)</p>	<p>Avaliar a eficácia de modificação do estilo de vida através de ensaios de controlo que utilizam intervenções de exercício, com ou sem intervenção dietética, na perda de peso em mulheres durante o pós-parto.</p>	<p><b>Revisão Sistemática</b></p> <p>Realizada uma pesquisa de ensaios clínicos randomizados recorrendo às bases de dados: MEDLINE, Web of Science, EMBASE, CENTRAL / Cochrane and Physiotherapy Evidence Database.</p> <p>A meta-análise examinou os efeitos de intervenções de exercício físico, com ou sem intervenção dietética complementar, sobre a perda de peso durante o período pós-parto em comparação com o padrão habitual de cuidados.</p> <p>Foram realizadas análises para avaliar as diferenças nas intervenções do estudo e modalidades de exercício através de cinco subgrupos: duração da intervenção, a qualidade da metodologia de</p>	<p>A meta-análise incluiu todos os 11 estudos e encontraram uma diferença média perda de peso de 2,57 quilogramas. A análise dos subgrupos demonstrou que as intervenções mais eficazes na redução de peso em mulheres no pós-parto foram programas de exercícios com objetivos definidos, tais como o uso de monitores de frequência cardíaca ou podómetro e intervenção dietética intensiva combinada com exercício físico.</p>	<p>O período pós-parto proporciona uma janela de oportunidades para intervenções de mudança no estilo de vida que incentivam comportamentos saudáveis, tais como atividade física e alimentação. Estes comportamentos saudáveis adotados pela mãe podem contribuir para um estilo de vida mais saudável para a família como um todo. Por isso, devem ser encorajados pelos prestadores de cuidados de saúde.</p> <p>Sendo o EESMO um profissional de referência. Demonstra-se necessária uma avaliação mais aprofundada para a sustentabilidade e efeitos a longo prazo das intervenções em relação à mãe e à criança. A relação custo-eficácia das intervenções e sua viabilidade em termos de incorporação em contextos clínicos deve ser avaliada. Finalmente, estratégias podem ser desenvolvidas para melhorar a adesão e cumprimento destas intervenções ao nível do estilo</p>	<p>I</p>

				estudo, supervisão de intervenção de exercício, metas de intervenção de exercícios utilizados eo tipo de intervenção dietética. No total, 11 estudos preencheram os critérios de elegibilidade, com 769 participantes, 409 sob intervenção e 360 no grupo de controlo.		de vida.	
11) Health versus appearance messages, self-monitoring and pregnant women's intentions to exercise postpartum	Gaston A, Gammage KL	Journal of Reproductive and Infant Psychology (2010)	Comparar a eficácia de dois tipos de mensagens (saúde versus aparência) e o papel moderador do auto-controlo sobre as atitudes, normas subjetivas, controlo comportamental e intenção da prática de exercício físico após o parto em dois grupos de mulheres grávidas.	<b>Estudo controlado aleatório</b> Os participantes no estudo foram 218 mulheres grávidas, a partir dos 18 anos de idade, com idade gestacional compreendida entre o segundo e o terceiro trimestre. As mulheres preencheram um questionário demográfico e uma escala relativa ao auto-controlo. Foram facultados dois folhetos para lerem, descrevendo tanto os benefícios para a saúde como para a aparência do exercício no pós-parto. E em seguida, descreveram a intenção de praticar exercício no pós-parto através de atitudes, normas subjetivas, controlo comportamental.	A hipótese do estudo não foi suportada, o que sugere que o auto-controlo não modera a eficácia das informações relativas à saúde versus a aparência sobre a intenção, por parte das mulheres grávidas, para a prática de exercício físico no pós-parto.	Pesquisas anteriores já haviam confirmado a eficácia da informação através de folhetos para um reforço positivo do exercício físico. Tanto os benefícios para a saúde como para a aparência podem possuir um grande potencial para criar crenças positivas sobre o exercício no pós-parto. Mesmo na ausência de resultados definitivos quanto à sua eficácia, a informação impressa continua a ser uma das valências mais práticas para divulgar informações. Podendo ser utilizada por profissionais de saúde para informarem as mulheres sobre o exercício no pós-parto. Em comparação com outros meios de informação, possuem várias vantagens distintas: meio económico, fácil reprodução e transmissão de informações sobre uma variedade de tópicos, incluindo a saúde e exercício físico.  Há ainda muito por explorar sobre o tema.	I
12) Community-based postpartum	Ko Y, Yang C, Fang C, Lee M,	Journal of Clinical Nursing	Avaliar a eficácia de um programa de	<b>Estudo quasi-experimental</b>	As mulheres que realizaram o programa completo denotaram	Embora com a limitação em termos de tempo (apenas 12 sessões) e no	III

exercise program	Lin P	(2013)	exercício físico, para as mulheres no pós-parto, com objetivo de perda de peso, alívio da fadiga e evitar a depressão	Foi utilizado um método de amostragem de conveniência para recrutar 28 mulheres nos primeiros 2 a 6 meses após o parto. O programa de exercícios de Yoga e Pilates para o pós-parto, designado <i>“Yoga and Pilates Exercise Programme for Postpartum Woman”</i> foi concebido para este estudo e foi executado em sessões de grupo, uma vez por semana durante três meses (12 vezes no total). Cada sessão com duração de 60 minutos. De todas os participantes, 23 completaram o programa inteiro. A composição corporal e os níveis de depressão e fadiga dos participantes foram medidos antes e depois do programa para identificar as diferenças.	uma diminuição significativa no nível de depressão depois de participar no programa de exercícios. Não foi encontrada nenhuma diferença significativa ao nível de fadiga antes e depois do programa de exercícios. E foram observadas reduções significativas no peso corporal dos participantes, percentagem de gordura corporal e massa gorda após o programa de exercícios, o que contribuiu positivamente para a recuperação da sua figura anterior à gravidez.	número de puérperas, distribuídas em apenas um grupo. Mais pesquisas são necessárias sobre a adoção de um design experimental que contenha também um grupo de controlo. Além disso, o tamanho da amostra e a duração do exercício podem ser aumentados para melhorar a capacidade de generalização dos resultados. Estas atividades físicas beneficiaram a saúde física e mental das mulheres no pós-parto promovendo uma melhoria na sua qualidade de vida. A prática de exercício físico deve ser promovida junto às mulheres no pós-parto, inserida nas comunidades. Programas de exercício físico regular concebidos para as mulheres após o parto devem ser motivados nas comunidades contribuindo para desenvolver hábitos de exercício entre as mulheres no pós-parto.  Portanto, os autores do estudo encorajam mais especialistas de obstetrícia e ginecologia, e educação física a participar neste campo de pesquisa e apelam a uma maior formação de instrutores em exercícios para o pós-parto.	
13) Testing the Integrated Theory of Health Behaviour Change for postpartum weight management	Ryan P, Weiss M, Traxel N, Brondino M	Journal of Advanced Nursing (2011)	Confirmar a Teoria Integrada de Mudança de Comportamentos em Saúde, dentro do contexto de auto-gestão de peso no pós-parto, incluindo o impacto da etnia e	<b>Estudo correlacional</b>  A amostra inclui 250 mulheres no pós-parto utilizando dois estratos: etnia e classificação de peso antes da gravidez, 179 mulheres completaram o estudo nas duas etapas. Foi	O modelo com melhor ajuste inclui as variáveis de auto-eficácia, as expectativas de resultados, a influência social e apoio social ainda no internamento. E de auto-gestão no internamento e após	As mulheres na gravidez enfrentam crescentes desafios em gerir o seu peso no pós-parto. Existem estudos a comprovar que nos países desenvolvidos, as mulheres retêm peso após o parto e é acumulado em gravidezes múltiplas. A retenção de peso é preditiva de um aumento do	V

			classificação de peso	aplicado um questionário, durante o internamento no pós-parto imediato e quatro meses após o nascimento nos anos 2005 e 2006, avaliando conceitos a partir da Teoria Integrada de Mudança de Comportamentos em Saúde. Conceitos esses incluindo conhecimentos e crenças (auto-eficácia, a expectativa de resultado e congruência de metas), capacidade de auto-regulação, facilitação social (apoio social e influência social) e retenção de peso.	4 meses.  Este modelo de melhor ajuste foi testado em todas as análises posteriores.  Foram encontrados resultados significativos a nível da auto-gestão no internamento comparando com 4 meses mais tarde, e também da auto-eficácia. E a expectativa de resultado e a influência social comparando com a auto-gestão no pós-parto, e também entre a auto-eficácia e as expectativas de resultados.	peso corporal até 15 anos após o parto. Poucas pesquisas foram efetuadas sobre a auto-gestão do peso das mulheres durante a complexa transição fisiológica e psicossocial para o período pós-parto. O presente estudo acrescenta que a auto-gestão do peso corporal após o parto é mais do que um fenómeno fisiológico. É um processo que requer envolvimento e gestão ativa. O recurso à Teoria Integrada de Mudança de Comportamentos em Saúde é útil na elaboração de um plano de auto-gestão no contexto dos comportamentos de saúde. Suporta o impacto nas diferentes etnias. As diferentes relações entre conceitos em caucasianas e mulheres afro-americanas devem ser consideradas no planeamento de intervenções de auto-gestão de peso no pós-parto.	
14) Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery	Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell E	Maternal and Child Health Journal	Explorar domínios importantes de experiências pós-parto das mulheres, assim como as perceções das mães, obstetras / parteiras acerca do pós-parto  Investigar de que forma os cuidados, no pós-parto, podem potenciar a preparação das mulheres para o período pós-parto.	<b>Ensaio clínico de abordagem qualitativa</b>  Foram organizados quatro grupos com 45 mulheres no pós-parto (seis meses após o parto) e dois grupos com 13 clínicos de obstetria (duas parteiras e onze obstetras), num grande hospital escola de Nova Iorque. Todas as entrevistas aos participantes foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas utilizando a teoria fundamentada.	As mães não esperavam muitos dos sintomas físicos e emocionais que experienciaram depois do parto (o que é comum que são, a sua duração, a sua implicação e recursos para lidar com eles) e ficaram desapontadas com a falta de apoio por prestadores de cuidados durante este momento sensível da sua recuperação.  A falta de preparação após o parto foi associada aos sintomas físicos, limitações funcionais e sintomas	Os resultados deste estudo, consistentes com outros estudos, indicam que muitas mães não se sentem, adequadamente, preparadas para a experiência pós-parto. Estes resultados defendem que o levantamento de domínios centrados no paciente que definem a experiência pós-parto e integrar esses domínios no atendimento pode aumentar a preparação da mulher para a recuperação pós-parto e melhorar os resultados no pós-parto. Explorar os aspetos da recuperação pós-parto a partir das perspetivas das mulheres trata-se de um passo importante para	II

				<p>Foram identificados quatro temas principais: a falta de conhecimento das mulheres sobre a saúde no pós-parto e falta de preparação para a experiência do pós-parto, a falta de continuidade dos cuidados e ausência de cuidados maternos durante o período imediato do pós-parto, distanciamento entre prestadores e mães no pós-parto, e sugestões de melhoria.</p>	<p>depressivos.</p> <p>Existem diferenças entre as principais preocupações relativas ao pós-parto das mães e dos obstetras. No entanto, ambos concordam que a preparação durante o período da gravidez será bastante benéfica para a recuperação pós-parto. Uma preparação adequada para o período pós-parto requer que as mulheres tenham uma descrição, mais abrangente, do que podem encontrar física e emocionalmente durante as suas experiências pós-parto.</p>	<p>melhorar a assistência obstétrica centrada nas pacientes. Esta informação pode ser usada para melhorar as perspectivas dos prestadores de cuidados sobre o período pós-parto e recuperação após o parto. Além disso, os prestadores podem melhorar os seus recursos para preparar as mulheres para o período pós-parto e, finalmente, melhorar os resultados maternos. Sendo o EESMO um prestador de cuidados de referência e de proximidade com estas mulheres pode colaborar com elas na exploração de perspectivas e preparação para o parto e pós-parto. Sendo contributos importantes para a recuperação após o parto. Progredindo para uma melhoria nos cuidados a prestar.</p>	
15) Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period	Committee on Obstetric Practice	American College of Obstetricians and Gynecologists (2015)	<p>Expor recomendações sobre exercício físico na gravidez, bem como os seus benefícios e limitações</p> <p>Encorajar pesquisas adicionais para estudar os efeitos do exercício sobre os resultados específicos da gravidez e para esclarecer os métodos de aconselhamento comportamentais mais eficazes, bem como a intensidade ideal e frequência de</p>	<p><b>Relatório de comité de peritos</b></p> <p>O comité de peritos do ACOG opina sobre a prática de exercício físico na gravidez.</p> <p>A opinião sobre o assunto exercício físico na gravidez resulta em recomendações para profissionais de saúde da área da obstetrícia para o aconselhamento de grávidas.</p> <p>Recomendações sobre contra-indicações relativas e absolutas para a prática de exercício na gravidez.</p> <p>Prática de exercícios mais</p>		<p>Mesmo com todas as alterações anatómicas e fisiológicas da gravidez, o exercício físico denota benefícios para a maioria das mulheres. As mulheres sem complicações na gravidez devem ser encorajadas à prática de exercício físico antes, durante e após a gravidez. Os prestadores de cuidados obstétricos devem avaliar cuidadosamente as mulheres com complicações médicas ou obstétricas antes de fazer recomendações sobre a prática de atividade física durante a gravidez. A atividade física regular durante a gravidez promove a aptidão física e pode prevenir o ganho de peso gestacional excessivo. O exercício pode reduzir o risco de diabetes gestacional em mulheres obesas, pré-eclâmpsia e</p>	VI

			<p>exercício. Incentivar também pesquisas a nível dos efeitos da atividade física na saúde materno-fetal com o intuito de uma melhor base de evidências sobre o tema</p>	<p>seguros ou menos seguros para o período gestacional.</p> <p>Sintomas que devem descontinuar a prática dos exercícios.</p> <p>Recomendações sobre o exercício físico no período pós-parto reforçando comportamentos para um estilo de vida saudável.</p>		<p>cesarianas e melhora o bem-estar psicológico. O período pós-parto é um momento oportuno para os prestadores de cuidados obstétricos recomendarem e reforçarem comportamentos para um estilo de vida saudável, como a prática de exercício físico. Vários estudos indicam que a participação das mulheres em programas de exercício diminui após o parto resultando em excesso de peso. No entanto são necessárias pesquisas adicionais sobre a temática.</p>	
<p>16) Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes – a randomized trial</p>	<p>Price BB, Amini SB, Kappeler K</p>	<p>Medicine &amp; Science in Sports &amp; Exercise (2012)</p>	<p>Avaliar os benefícios e eventuais riscos da prática de exercício físico durante a gravidez, segundo um programa de <i>fitness</i> baseado nas guidelines, de 2002, da ACOG para a prática de exercício físico na gravidez</p>	<p><b>Estudo controlado randomizado</b></p> <p>Foram organizados dois grupos, aleatoriamente, com mulheres (com idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos de idade) inativas entre as 12-14 semanas de gestação. Em que um grupo permaneceu sedentário e um grupo realizou exercício aeróbio moderado 45-60 min, quatro dias por semana, até às 36 semanas de gestação. Trinta e uma mulheres de cada grupo completaram o estudo.</p>	<p>Comparando com as mulheres que permaneceram sedentárias, as mulheres ativas melhoraram a sua forma física e força muscular. Registando-se também no grupo de mulheres ativas um número significativamente menor de cesarianas e uma recuperação pós-parto mais rápida. As mulheres ativas não desenvolveram pré-eclâmpsia e não relataram lesões relacionadas com o regime de exercícios. Evidência científica relacionada com um estudo de coorte dinamarquês descreve que mulheres ativas tiveram um risco 40% menor de parto prematuro do que os não praticantes. Não houve diferenças entre os grupos na incidência de diabetes gestacional, dores músculo-esqueléticas durante a</p>	<p>Registou-se que mulheres, previamente sedentárias, que começaram a prática de exercício físico entre as 12 e as 14 semanas de gestação melhoraram o condicionamento físico e os resultados no parto. Assim como, ausência de casos de pré-eclâmpsia e baixa incidência da taxa de cesarianas.</p> <p>Mais investigação clínica é necessária para confirmar o potencial deste benefício. Mesmo assim será de todo oportuno, através de dados relevantes de evidência, que os profissionais de saúde informem dos benefícios notórios da prática de exercício físico na gravidez e no pós-parto para a promoção de melhores resultados obstétricos e neonatais.</p>	I

					<p>gravidez, a flexibilidade, a duração da gravidez, Apgar neonatal, tempo total do trabalho de parto, ganho de peso durante a gravidez, ou retenção de peso no pós-parto. O peso da placenta foi ligeiramente superior no grupo ativo, consistente com a evidência que o exercício aumenta o crescimento da placenta durante o início e em meados da gravidez.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

**Tabela 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa**

## **Anexo II**

**(Instrumento de registo de experiências de parto, utilizado na  
Sala de Partos, no decorrer do estágio)**



N.º	Data	Partos Executados		Partos Participados	
		Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
1	13/02/2013				X
2	26/02/2013				X
3	26/02/2013				X
4	26/02/2013		X		
5	26/02/2013	x			
6	28/02/2013		x		
7	02/03/2013				X
8	05/03/2013		x		
9	05/03/2013				X
10	05/03/2013		x		
11	08/03/2013	X			
12	08/03/2013		x		
13	08/03/2013	X			
14	10/03/2013				X
15	21/03/2013				X
16	21/03/2013				X
17	21/03/2013	X			
18	29/04/2013				X
19	29/04/2013	X			
20	29/04/2013	X			
21	02/05/2013		x		
22	03/05/2013				X
23	03/05/2013	X			
24	04/05/2013				X
25	07/05/2013				X
26	09/05/2013	X			
27	12/05/2013				X
28	12/05/2013				X
29	14/05/2013		x		
30	14/05/2013		x		
31	17/05/2013	X			
32	22/05/2013	X			
33	22/05/2013		x		
34	23/05/2013		x		
35	24/05/2013				X
36	24/05/2013	X			
37	24/05/2013				X
38	28/05/2013		x		
39	28/05/2013		x		
40	29/05/2013		x		
41	01/06/2013		x		
42	01/06/2013		x		
43	06/06/2013		x		

N.º	Data	Partos Executados		Partos Participados	
		Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
44	11/06/2013	x			
45	11/06/2013	x			
47	11/06/2013				X
48	11/06/2013		x		
49	09/07/2013				X
50	12/07/2013				X
51	17/07/2013	x			
52	19/07/2013		x		
53	22/07/2013				X
54	23/07/2013	x			
TOTAL		15	18	0	20

**Tabela 2: Instrumento de registo de experiência de parto, utilizado na Sala de Partos, no decorrer do estágio**

