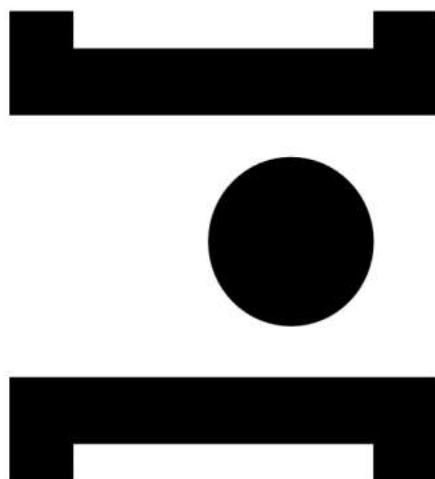


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**GRAVIDEZ ATIVA ENQUANTO PROMOTORA DO EMPOWERMENT FEMININO  
NO PÓS-PARTO**

**Relatório de Estágio**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Alba Díaz Herrera

**Orientação:**

Professora Conceição Santiago

dezembro, 2025

**Corpo forte, mente serena, vida plena.**  
*Porque o movimento também é uma forma de empoderamento.*

— *Elaboração própria*

## **Agradecimentos**

Quero expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que tornaram este caminho possível. Em primeiro lugar, à minha professora orientadora, Conceição Santiago, pelo acompanhamento próximo, pela paciência e pela dedicação, que foram fundamentais para mim neste processo de estágio.

Meu mais sincero agradecimento as orientadoras nos diferentes hospitais de Espanha, pela sua disponibilidade, proximidade e compromisso com a minha formação.

Também à universidade de Santarém, por abrir as portas a estudantes de diferentes países e culturas, promovendo sempre a integração internacional e criando um ambiente académico diverso e enriquecedor.

Às minhas colegas de mestrado Carolina, Jéssica, e Marina, obrigada por me acolherem desde o primeiro dia, por me ajudarem a integrar-me e por apoiar nas dúvidas do dia a dia.

Ao meu namorado Jorge, por caminhar comigo em cada etapa, pelo apoio incondicional e por ser o meu pilar nos momentos mais exigentes.

Às minhas amigas Lorena e Natália, que mesmo à distância ouviram todas as minhas preocupações e nunca deixaram de estar presentes.

À minha família, obrigada por confiarem sempre em mim, por apoiarem a minha decisão de me especializar e por me acompanharem com serenidade e carinho ao longo desta experiência no estrangeiro.

À minha senhoria em Portugal, Maria Conceição, uma mulher excepcional, sempre disposta a ajudar e a tornar a minha vida mais fácil durante a minha estadia; a sua generosidade deixou uma marca muito especial.

Agradeço profundamente tudo o que aprendi com a cultura portuguesa. Levo comigo experiências, aprendizagens e recordações que guardarei com muito carinho. Portugal será sempre uma casa para mim, um lugar ao qual sei que terei sempre razões para voltar.

**Finalmente, vou realizar um sonho: especializar-me em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.**

## Acrónimos e siglas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologist*  
APA – *American Psychological Association*  
APP – Ameaça de Parto Prematuro  
CAP – Centro de Atenção Primária  
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro  
CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
CPP – Contacto pele com pele  
CRP – Cardiorrespiratório  
CTG – Registo Cardiotocógrafo  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
DIU – Dispositivo Intrauterino  
DMG – Diabetes Mellitus Gestational  
DST– Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EBSCO/EBSCOhost – *Elton Bryson Stephens Company / Elton Bryson Stephens Company Host*  
EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
EpS - Educação para a saúde  
ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
HCC – Concentração de Cortisol no Cabelo  
HRQoL – *Quality of Life*  
IBCLC – *International Board Certified Lactation Consultant*  
IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém  
JBI – *Joanna Briggs Institute*  
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*  
MeSH – *Medical Subject Headings*  
MPS – Modelo de Promoção da Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PIE – Projeto Individual de Estágio  
QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde  
RCCUU – Rastreo / Cribado  
RCIU – Restrição do crescimento intrauterino  
REPE– Regulamento do Exercício Profissional  
RN – Recém-Nascido  
RPM – Ruptura Prematura das Membranas  
ScR – *Scoping Review*  
SMO– Saúde Materna-obstétrica.  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
TP – Trabalho de Parto  
SWEP – *Study Water Exercise Pregnant*  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UNICEF– Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
VISEM –Violência Sexual contra a Mulher  
WHO – *World Health Organization*

## Resumo

A prática de exercício físico durante a gravidez, adaptada às condições individuais da mulher e com adequada monitorização traz benefícios para saúde e bem-estar materno-fetal. O presente relatório de estágio descreve e reflete o processo de aprendizagem na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de Grau Académico de Mestre. O interesse especial na área da atividade física tornou pertinente a elaboração de um estudo sobre o exercício físico, como ferramenta de empoderamento e bem-estar integral das mulheres no pós-parto.

De modo a assegurar uma prática baseada na evidência, foi realizada uma Scoping Review, segundo orientações do Joanna Briggs Institute, em resposta à questão: *Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto?* Utilizaram-se bases de dados das plataformas EBSCOhost e PubMed, tendo sido incluídos 30 artigos.

Os resultados indicam que uma gravidez ativa constitui-se num fator decisivo para um pós-parto positivo, favorecendo a recuperação física, emocional e social da mulher. O exercício físico, aliado ao apoio social e à educação em saúde, fortalece a autoeficácia, a autonomia e o empoderamento feminino, consolidando-se como uma estratégia essencial de bem-estar integral. O enfermeiro especialista assume-se como facilitador no apoio e aconselhamento da mulher durante os processos de transição na gravidez e pós-parto, capacitando-as no controlo das suas vidas, tomada de decisões sobre a sua saúde e papéis que assumem, promovendo experiências positivas para a mulher.

**Palavras-chave:** Empoderamento feminino; Exercício físico; Gravidez; Pós-parto

## Abstrac

Physical exercise during pregnancy, adapted to the individual conditions of the woman and with adequate monitoring, brings benefits to maternal and foetal health and well-being. This internship report describes and reflects on the learning process in the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing with a Master's Degree. A special interest in the area of physical activity made it pertinent to conduct a study on physical exercise as a tool for the empowerment and overall well-being of women in the postpartum period.

In order to ensure evidence-based practice, a Scoping Review was conducted, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute, in response to the question: *What evidence is available on the influence of physical exercise during pregnancy on female empowerment in the postpartum period?* Databases from the EBSCOhost and PubMed platforms were used, and 30 articles were included.

The results indicate that an active pregnancy is a decisive factor for a positive postpartum period, favouring women's physical, emotional and social recovery. Physical exercise, combined with social support and health education, strengthens self-efficacy, autonomy and female empowerment, consolidating itself as an essential strategy for comprehensive well-being. The specialist nurse acts as a facilitator in supporting and counselling women during the transition processes of pregnancy and postpartum, empowering them to take control of their lives, make decisions about their health and the roles they assume, promoting positive experiences for women.

**Keywords:** Female empowerment; Physical exercise; Pregnancy; Postpartum.

**INDICE**

<b>Introdução</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Enquadramento teórico e concetual</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. Scoping Review</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.1. Análise e discussão dos resultados da Scoping Review à luz da prática clínica em contexto de estágio</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2. Considerações éticas</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1. Caracterização dos contextos de estágio.</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2. Análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em estágio.</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2.1. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade.</b> 29	
<b>3.2.2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério.</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Ginecologia e na Gravidez Patológica.</b> .....	<b>41</b>
<b>3.2.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos</b> .....	<b>48</b>
<b>Considerações finais</b> .....	<b>65</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da Unidade De Investigação Do IPSantarém</b> ....	<b>76</b>
<b>ANEXO II: Visita guiadas para pais.</b> .....	<b>78</b>
<b>ANEXO III: Escola do país.</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXO IV: Curso “VPH: rastreio e prevenção”</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXO V: Curso “novas estratégias no tratamento da menopausa”</b> .....	<b>87</b>
<b>ANEXO VI: Curso “assistência médica urgente a mulheres vítimas de violência sexual”</b> 89	
<b>ANEXO VII: Curso “mobilidade da bacia durante o parto”</b> .....	<b>91</b>
<b>ANEXO VIII: Curso “sutura perineal”</b> .....	<b>93</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE I: Projeto Individual de Estágio.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE II: Scoping Review (ScR) .....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE III: Guião de questionários semiestruturados.....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE IV: Consentimento Informado .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE V: Síntese do Registo de Atividades .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE VI: Atividades finais de conclusão do estágio – (15h tipologia Seminário) ..</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE VII: Seminário Educação Maternal.....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE VIII: mudanças da gravidez.....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE IX: educação materna pre-parto.....</b>	<b>188</b>
<b>APÊNDICE X: educação materna parto.....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE XI: Exercício físico durante a gravidez .....</b>	<b>208</b>
<b>APÊNDICE XII: Slides da apresentação de defesa do relatório.....</b>	<b>212</b>
<b>APÊNDICE XIII: Proposta para Trabalho de Campo .....</b>	<b>225</b>

## Índice

### Lista de tabelas

<b>Tabela 1. <i>Mnemónica PCC.</i> .....</b>	<b>17</b>
<b>Tabela 2. <i>Estratégia pesquisa.</i>.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabela 3. <i>Cursos de educação materna</i> .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 4. <i>Registo de técnicas em UCC</i> .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 5. <i>Funções de EEESMO na consulta de HPV.</i> .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 6. <i>Funções de EEESMO na consulta de gravidez no hospital.</i> .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 7. <i>Partos assistidos segundo o Hospital.</i> .....</b>	<b>64</b>

### Lista de figuras

<b>Figura 1. <i>PRISMA 2020 Diagram Flow.</i>.....</b>	<b>19</b>
--	-----------

## Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), inserida no 2º ano do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Esta Unidade Curricular decorreu de 18 de setembro de 2024 a 11 de julho de 2025, num total de 1106 horas, das quais 1000 horas foram restritas à prática clínica em cinco contextos clínicos: Cuidados na Comunidade (150 horas), Puerpério (150 horas), Gravidez Patológica (150 horas), Ginecologia (50 horas) e Sala de Partos (500 horas). As restantes 40 horas foram para trabalho de campo, 36 horas de orientação tutorial e 30 horas de seminário. O percurso formativo teve por base os objetivos de aprendizagem previstos na Unidade Curricular e os objetivos específicos para cada contexto clínico, visando o desenvolvendo de conhecimentos e de competências técnicas, científicas e relacionais, necessárias às intervenções autónomas e interdependentes na prestação de cuidados especializados em ESMO. Para isso, foi essencial orientar a minha prática pelos princípios éticos e legais que regem a prática de Enfermagem, pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). Os cuidados desenvolvidos nos diferentes estágios decorreram em Espanha sob a supervisão e orientação da docente Conceição Santiago e de Enfermeiras Especialistas. Como documento organizador, foi elaborado no início do estágio, o projeto individual de estágio [PIE] (Apêndice I).

Este relatório tem, como objetivo geral, relatar e refletir sobre o percurso formativo desenvolvido para adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Para a obtenção do Grau de Mestre em ESMO é necessário o cumprimento dos requisitos e critérios estabelecidos pelos descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de estudos na elaboração do relatório de estágio. Estes requisitos incidem em cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão; a aplicação do conhecimento; a realização de julgamento/ tomada de decisões; a comunicação; e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2015). A apresentação e discussão pública do relatório de estágio, permite ao mestrando obter o grau de mestre, conforme o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (n.º 65/2018, 2018).

O tema deste relatório é a *gravidez ativa enquanto promotora do empowerment feminino no pós-parto*. Apesar das evidências sobre os benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto, a sua prática ainda é limitada por barreiras culturais, clínicas e sociais (Gil et al., 2016; Mottola et al. 2019; Musavi et al., 2024). O interesse especial na área da atividade física e bem-estar da mulher tornou pertinente a elaboração de um estudo sobre o exercício físico, como ferramenta de empoderamento e bem-estar integral das mulheres no pós-parto, tendo como objetivo geral analisar o exercício físico como promotor do empoderamento feminino no pós-parto nos cuidados de saúde materna e obstétrica, e com a finalidade que este contribua para a intervenção do enfermeiro especialista.

Na abordagem desta temática o presente relatório inclui duas estratégias metodológicas. A partir da questão de revisão *Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto?* foi realizada uma *Scoping Review* (ScR), segundo as orientações do *Joanna Brigs Institute* (2021) com o objetivo de mapear evidência disponível sobre o tema.

O exercício físico emerge não apenas como uma prática de promoção da saúde, mas como uma ferramenta de transformação social e de fortalecimento do protagonismo feminino ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Justifica-se, assim, a necessidade de investigar o exercício físico como uma ferramenta de empoderamento e de promoção do bem-estar integral das mulheres, bem como a importância de compreender as suas perceções e motivações. Este conhecimento permitiria fundamentar intervenções do EEESMO, mais personalizadas e eficazes na adesão da mulher ao exercício físico e que se encontra a vivenciar processos de transição que envolvem a gravidez e o pós-parto, contribuindo para a manutenção de padrões de atividade física favorecedores da saúde e do bem-estar ao longo da vida.

No entanto, não foi possível realizar o estudo, uma vez a comissão de ética emitiu um parecer condicional (ANEXO I) e as limitações temporais associadas à data de entrega do relatório de estágio não permitiram a sua concretização.

Este relatório encontra-se dividido em 4 capítulos, começando pelo enquadramento teórico e conceptual, onde são abordados os principais conceitos relacionados com a temática e o referencial teórico de Afaf Ibrahim Meleis, a *Teoria das Transições*, norteador da prática clínica e na abordagem à temática.

O segundo capítulo, dedicado à metodologia, descreve as etapas da *Scoping Review*, incluindo a análise e a discussão crítica dos resultados, articulando a evidência científica identificada com a experiência do investigador no contexto das práticas, bem como com o planeamento do estudo pretendido. No terceiro capítulo, apresenta-se uma

análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO, descrevendo e refletindo sobre as atividades relevantes realizadas. Por fim, são apresentadas as conclusões e as referências bibliográficas, sendo o texto complementado com apêndices e anexos.

Este relatório foi elaborado segundo as normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém e as normas da *American Psychological Association* (APA) sétima edição (2020).

## 1. Enquadramento teórico e concetual

Durante o período da gravidez, múltiplos estudos comprovam que a prática regular de exercício físico traz numerosos benefícios: diminui o risco de diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez e pré-eclâmpsia; melhora a capacidade cardiorrespiratória; facilita o controlo do peso gestacional; diminui a incidência de cesarianas e partos prolongados; melhora a saúde mental, reduzindo os sintomas de depressão e ansiedade, e favorece o sono e o bem-estar geral. No entanto, a prática deve ser adaptada e monitorizada, evitando o esforço excessivo e considerando as condições individuais de cada gestante (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Barakat Carballo, 2019; Mottola et al., 2019; Santos-Rocha, 2020; WHO, 2020).

No que se refere ao puerpério, também denominado de pós-parto, este corresponde ao período que se inicia imediatamente após o parto e que, de acordo com a World Health Organization (WHO), e se estende de forma convencional até aproximadamente seis semanas, ou 42 dias (WHO, 2022). Do ponto de vista clínico, este período é habitualmente subdividido em diferentes fases: *puerpério imediato* (primeiras 24 horas após o parto), *puerpério precoce ou mediato* (até ao 7.º-10.º dia) e *puerpério tardio*, que se prolonga até às seis semanas pós-parto. Durante as fases iniciais, o organismo da mulher é submetido a profundas transformações fisiológicas, incluindo a involução uterina, a recuperação progressiva dos sistemas cardiovascular e metabólico, bem como importantes reajustes hormonais, emocionais e psicossociais. No período de pós-parto tardio caracteriza-se pela continuidade dos processos de recuperação física, hormonal, emocional e social da mulher, incluindo a reorganização da identidade materna, o ajustamento dos vínculos afetivos, a retoma gradual da função sexual, o restabelecimento do equilíbrio do pavimento pélvico e a consolidação de comportamentos promotores de saúde, como o autocuidado e a prática regular de atividade física, considerados determinantes para

a saúde materna a médio e longo prazo (ACOG, 2020; WHO, 2022).

Para além deste enquadramento clássico, a evidência científica acumulada ao longo da última década tem vindo a demonstrar que os processos de adaptação materna se estendem muito para além do puerpério tardio. Neste sentido, documentos internacionais desenvolvidos pela World Health Organization em colaboração com a UNICEF já defendiam a necessidade de prolongar o acompanhamento da díade mãe-bebé para além das seis semanas pós-parto, recomendando uma vigilância contínua que pode estender-se até aos 24 meses de vida da criança. Estas orientações foram posteriormente consolidadas nas recomendações mais recentes da OMS, que reconhecem explicitamente a persistência das adaptações fisiológicas, emocionais, nutricionais e sociais da mulher ao longo do período pós-natal alargado. Este entendimento enquadra-se no modelo de *continuum of care*, segundo o qual o cuidado em saúde materna deve ser concebido como um processo contínuo e integrado, e não limitado a fases temporais rígidas (WHO & UNICEF, 2021; WHO, 2022). Em consonância com esta perspetiva, embora com um enfoque temporal distinto, o American College of Obstetricians and Gynecologists propõe que o pós-parto seja entendido como um processo contínuo, e não como uma consulta isolada às seis semanas, salientando a importância de um acompanhamento estruturado ao longo das primeiras doze semanas para responder às necessidades físicas, emocionais, sexuais e funcionais da mulher (ACOG, 2020).

A literatura científica recente em saúde mental perinatal sustenta que o período pós-parto deve ser compreendido como uma fase prolongada de adaptação emocional e identitária, que se estende muito para além das seis semanas tradicionalmente associadas ao puerpério. Estudos contemporâneos descrevem a transição para a maternidade como um processo de *matrescência*, caracterizado por profundas mudanças psicológicas e sociais, frequentemente acompanhadas por sentimentos ambivalentes e por uma vivência de perda ou luto pela identidade prévia à maternidade (Orchard et al., 2023; Athan et al., 2024). Evidência empírica, baseada em estudos observacionais e longitudinais, indica que dificuldades emocionais no pós-parto, como sintomas de ansiedade, depressão e stress, podem emergir ou persistir ao longo do pós-parto tardio, mesmo em mulheres sem sintomatologia precoce, verificando-se que estes sintomas não diminuem necessariamente com o passar do tempo, podendo manter-se ou surgir de forma tardia ao longo do primeiro ano pós-natal (Robbins et al., 2023; Míguez & Vázquez, 2023). Estes achados reforçam que a adaptação emocional materna se estende muito para além do puerpério tradicional, sustentando a necessidade de enquadrar o pós-parto como uma fase ampliada, na qual os processos de adaptação emocional e reconstrução

identitária justificam um acompanhamento continuado e integrado da saúde mental materna.

As recomendações atuais do *American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG, 2022) indicam que, no pós-parto tardio, as atividades físicas mais adequadas incluem exercícios de baixo impacto (caminhada, ioga, natação), fortalecimento do pavimento pélvico (Kegel, hipopressivos, pilates), exercícios com resistência moderada, utilizando-se faixas elásticas ou cargas leves e exercícios aeróbicos progressivos, como bicicleta, dança ou corrida leve (ACOG, 2020; Mottola et al., 2019; WHO, 2022). Organismos internacionais como a WHO recomendam acumular pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada nesta fase. Porém, independente da modalidade, o retorno ao exercício deve ser progressivo e adaptado às condições individuais, complementada com hidratação e uma alimentação equilibrada e evitando o esforço excessivo, e sempre sob supervisão profissional, especialmente se houver complicações no parto (WHO, 2022). O acompanhamento adequado e o estímulo à prática de exercícios seguros são fundamentais para favorecer a recuperação integral, prevenir disfunções físicas e psicossociais e promover a recuperação completa do organismo materno (ACOG, 2020; Lesser et al., 2023; WHO, 2022).

A prática do EEESMO alicerça-se no cuidado especializado, atualizado e ético à mulher, ao recém-nascido, ao casal e à família, considerando a díade mãe-bebê e o seu contexto sociocultural, promovendo a sua saúde e satisfação e a qualidade dos cuidados prestados. Cuidar da mulher em todas as etapas do ciclo reprodutivo, considerando os aspetos de saúde e de doença no contexto familiar e comunitário, deve reconhecer a mulher como agente ativo do seu próprio processo, respeitando o seu ambiente, dignidade e autodeterminação, bem como promover a cooperação com outros profissionais de saúde sempre que necessário (Regulamento n.º 391/2019).

A prestação de cuidados pelo enfermeiro especialista em SMO tem por objetivo ensinar e promover o exercício físico como componente essencial das intervenções de autocuidado durante a gravidez e também no período pós-parto, incentivando uma recuperação física e emocional saudável. Desde a primeira consulta, deve avaliar com a mulher a prática de atividade física existente, as suas preferências, barreiras pessoais e ambientais, de forma a promover a continuidade e segurança da prática ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal (Direção General de Saúde, 2015).

Nesta perspetiva, para a orientação do desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO e como suporte deste relatório, foi eleita a teoria de

enfermagem de Afaf Ibrahim Meleis, *a teoria das transições*. De acordo com esta teoria, os enfermeiros desempenham um papel fundamental como facilitadores do empoderamento durante transições como doença, maternidade ou envelhecimento, auxiliando as pessoas a se adaptarem, tomarem decisões informadas e fortalecerem a sua autonomia (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Afaf I. Meleis surgiu progressivamente ao longo das décadas de 1970 a 1990, como resultado do seu interesse em compreender como as pessoas experimentam e enfrentam mudanças significativas nas suas vidas, especialmente em contextos de vulnerabilidade e desigualdade de género. O seu trabalho combina uma perspetiva feminista, cultural e social, orientada para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas, especialmente das mulheres (Meleis, 2010).

No enquadramento desta teoria, os conceitos centrais do metaparadigma da enfermagem são compreendidos de forma integrada. A *pessoa* é entendida como um ser ativo, em constante interação com o seu contexto, que experiencia transições de natureza situacional, organizacional ou de saúde–doença. O *ambiente* engloba os contextos pessoais, sociais, culturais e estruturais que podem influenciar positiva ou negativamente a vivência dessas transições. A *saúde* é concebida como um processo dinâmico, resultante da capacidade de adaptação e integração das mudanças experienciadas, e a *enfermagem* assume um papel central no acompanhamento, facilitação e apoio às pessoas durante os processos de transição, promovendo respostas adaptativas e saudáveis (Meleis, 2010).

Para Meleis (2010), o empoderamento é um processo essencial. Concebe-o como a capacidade das pessoas de compreender, controlar e transformar as suas próprias condições de vida e saúde. A partir da sua abordagem, o empoderamento implica:

- **Reconhecer** as desigualdades estruturais que afetam especialmente as mulheres.
- **Promover** a autonomia e a participação ativa na tomada de decisões sobre a sua saúde.
- **Desenvolver** uma consciência crítica sobre as normas sociais e culturais que limitam a equidade.

Assim, o seu pensamento alinha-se com a enfermagem feminista e transcultural, promovendo uma visão holística da saúde centrada na justiça social, na equidade de género e na autodeterminação (Meleis, 2010).

A promoção da saúde consiste em capacitar indivíduos e comunidades para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorarem o seu bem-estar, numa

perspetiva de equidade e participação ativa (WHO, 2022). Em Portugal, esta visão está alinhada com o *Plano Nacional de Saúde 2021- 2030*, que reforça a importância da literacia em saúde, da participação comunitária e da adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2022). De forma semelhante, em Espanha, a *Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção do Sistema Nacional de Saúde* adota princípios próximos, centrando-se na ação intersectorial, na redução das desigualdades e na criação de ambientes que favoreçam comportamentos saudáveis ao longo do ciclo de vida (Ministerio de Sanidad, 2022). Ambas as abordagens partilham o enquadramento conceptual da Carta de Ottawa (1986), priorizando a capacitação das populações e a integração da saúde em todas as políticas. No âmbito da saúde materna, o empoderamento feminino reflete-se na capacidade das mulheres de aumentar o controlo sobre as suas vidas e de tomar decisões sobre a sua saúde e sobre os papéis que assumem (Abreha et al, 2020; Kabeer, 2002; Meleis, 2010; Mottola, 2019). Sendo fortalecido, graças a intervenções de apoio e educação que demonstraram benefícios consistentes, como a redução da duração do parto, a diminuição das cesarianas e uma recuperação pós-parto mais favorável, além de promover experiências positivas e enriquecedoras na transição para a parentalidade (ACOG 2020; Lesser et al., 2023; Ministério da Saúde, 2023; Uluoz et al., 2023).

No entanto, a transição para a maternidade não está isenta de condicionantes sociais e culturais (Meleis, 2010). A construção de papéis sob ideologias tradicionais pode levar muitas mulheres a relegar a sua satisfação pessoal, o que pode repercutir na sua qualidade de vida, autoimagem e autoestima (Gil et al., 2016; Musavi et al., 2024). Perante isso, o empoderamento feminino procura quebrar estereótipos, fomentar a autoconfiança e promover a autonomia (Abreha et al, 2020; Couture, 2019; Villarreal, 2011, citado por Castillo, 2024; Meleis, 2010), aspetos nos quais o exercício físico desempenha um papel fundamental (ACOG, 2020; Di Mascio et al. 2016; Mottola et al. 2019; Saligheh et al., 2017; Uluoz et al., 2023; WHO, 2020).

## 2. Metodologia

Neste capítulo apresenta-se o percurso desenvolvido. Numa primeira fase, foi realizada uma Scoping Review (ScR), que permitiu mapear a evidência científica existente sobre o fenómeno em estudo. Numa segunda fase, descreve-se o desenvolvimento do estudo qualitativo, realizado a mulheres que mantiveram uma gravidez e uma recuperação pós-parto ativa.

### 2.1. Scoping Review

A produção de conhecimento científico implica um processo organizado e intencional de recolha e análise de informação, orientado para a compreensão da realidade e para a resposta a questões específicas de investigação. Neste sentido, a investigação assume um papel central na construção e atualização do conhecimento, permitindo articular a reflexão teórica com a prática profissional (Reis, 2021; Minayo, 2011). De acordo com Fortin (2009) e Vilelas (2022), a investigação científica exige rigor metodológico, mas também capacidade de adaptação do método aos objetivos do estudo. Assim, a ScR foi adotada como estratégia metodológica por permitir uma abordagem sistemática e estruturada da literatura, adequada para mapear a evidência existente sobre o fenómeno em estudo e enquadrar o desenvolvimento das fases subsequentes da investigação.

A definição do tema de investigação surgiu da articulação entre a área da saúde materna e obstétrica, a experiência vivenciada nos diferentes contextos de estágio e as motivações pessoais enquanto futura profissional. A partir desta delimitação temática, procedeu-se à realização de uma ScR, com a finalidade de identificar, sistematizar e analisar a produção científica recente relacionada com o objeto de estudo, permitindo enquadrar teoricamente a investigação e sustentar a formulação da questão de pesquisa à luz da evidência disponível (*APÊNDICE II*).

Uma ScR consiste num tipo de síntese de evidência que tem como finalidade identificar, mapear e descrever de forma sistemática a extensão, a variedade e as características da produção científica existente sobre um determinado tema, independentemente do desenho dos estudos ou da origem das fontes incluídas. Este tipo de revisão é particularmente indicado quando o objetivo é clarificar conceitos, analisar a forma como a investigação tem sido conduzida e identificar lacunas no conhecimento disponível (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020).

A ScR desenvolvida neste estudo seguiu a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), uma organização internacional de referência na área da síntese

de evidência em saúde. De acordo com as orientações do JBI, este tipo de revisão permite uma abordagem estruturada e transparente da literatura, contribuindo para uma compreensão abrangente do fenômeno em estudo e para a fundamentação de investigações subsequentes (JBI, 2021).

Assim, conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021) para a elaboração de uma ScR, numa primeira fase, é definida a questão de pesquisa, através da mnemónica PCC: P -Participantes; C- Conceitos; e C- Contexto, como se expõe na **Tabela 1**. A definição do PCC levou à questão de pesquisa: *Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto?* com o objetivo mapear a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto.

**Tabela 1-** Mnemónica PCC.

<b>Participantes:</b>	Mulheres grávidas e no pós-parto
<b>Conceitos:</b>	Exercício físico; empowerment; autoeficácia; saúde materna
<b>Contexto:</b>	Comunidade

A partir da mnemónica PCC, foram definimos os critérios de inclusão. Foram considerados para a pesquisa todos os tipos de estudos que incluíam como participantes mulheres com prática de exercício durante a gravidez e no pós-parto, que exploravam a influencia desta prática no empoderamento feminino e na saúde materna e desenvolvidos em contexto da comunidade, onde a mulher está inserida. Foram excluídos todos os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

A estratégia de pesquisa que tem como propósito identificar estudos publicados e não publicados, partiu de uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados via PubMed, e CINAHL e MEDLINE (via EBSCO) para identificação de artigos sobre o tema de interesse. Nos artigos relevantes, identificaram-se as palavras nos títulos e resumos e termos de indexação, para a realização de uma estratégia pesquisa final nas plataformas PubMed e EBSCOhost.

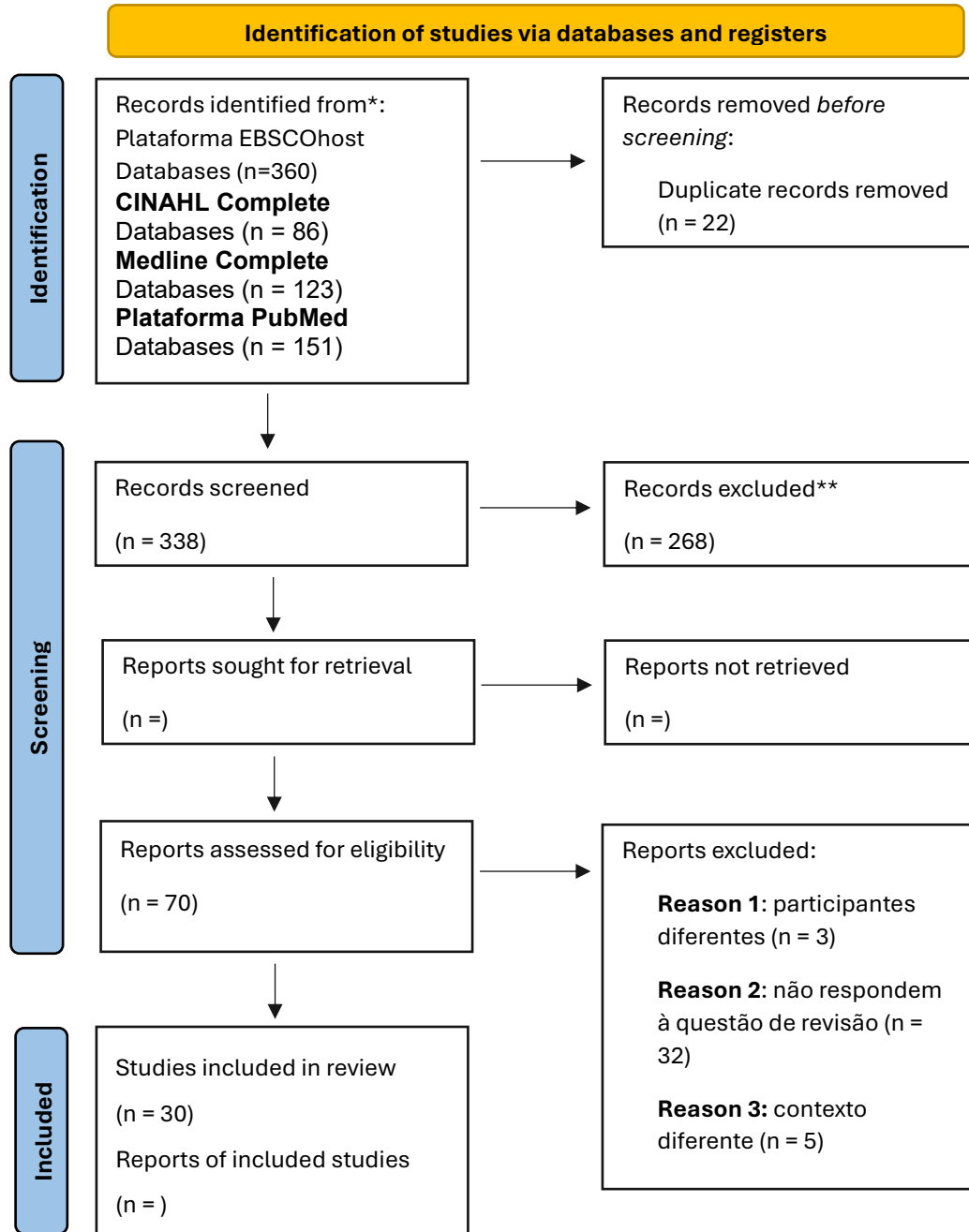
Foram incluídos na pesquisa todos os tipos de estudos, em português, inglês e espanhol, estudos realizados nos últimos 10 anos no friso cronológico de janeiro de 2015 a junho 2025, texto integral, resumo disponível e espécie humana (**Tabela 2**).

**Tabela 2- Estratégia pesquisa.**

Base de Dados		Limitadores específicos	Limitadores Universais
EBSCO host	CINAHL	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Prática baseada em evidência, Humano.	Texto completo; friso temporal da data de publicação: Janeiro de 2015 a Junho 2025.
	Medline	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.	
Pubmed		Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.	

Foram identificados e selecionados os descritores na plataforma MeSH Brower, tendo por base o PCC. Com a conjugação dos operadores booleanos “AND” e “OR”, depois de várias tentativas e combinações, sem contributos para a revisão, resultou a expressão de pesquisa: (*exercis\* OR "physical activity" OR "Physical Fitness"*) AND (*pregnan\* OR "Postpartum Period"*) AND (*"Empowerment" OR "Self Efficacy" OR "Quality of Life"*), realizada no mês de junho de 2025.

Após a pesquisa, foi feita a seleção dos estudos. Com o recurso ao fluxograma “PRISMA 2020 Flow Diagram” (*Figura 1*). Na primeira etapa do PRISMA, designada Identification, foram identificamos na plataforma EBSCOhost 209 artigos, na base de dados CINALH (n=86) e na MEDLINE (n=123) e 151 artigos na plataforma PubMed, totalizando assim 360 artigos. Posteriormente, foram rejeitados 22 artigos duplicados. Na etapa Screening, primeiro procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 338 artigos e foram eliminados 268 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão PCC previamente definidos, totalizando 70 artigos incluídos. Seguiu-se a leitura integral dos 70 artigos remanescentes e 40 foram excluídos: 3 pelos participantes, 5 devido ao contexto pouco específico da gravidez ou pós-parto, e 32 por não contribuírem para a questão de revisão desta ScR. A análise dos artigos, para avaliação de acordo com os critérios de inclusão para a revisão, foi realizada por 2 revisores independentes. Na última etapa, Included foram considerados os 30 artigos para a realização da presente Scoping Review.

**Figura 1- PRISMA 2020 Diagram Flow**

Foram incluídos 30 artigos para análise: estudos de natureza quantitativa (22), de natureza qualitativa (4), estudos de metodologia mista (3) e (1) revisão sistemática da literatura.

Não foi encontrado nenhum estudo feito em Portugal. Os estudos analisados foram realizados entre os anos de 2015 e 2025.

Seguidamente, efetuou-se a extração de dados dos 30 artigos, e análise detalhada dos mesmos, sendo que emergiram 4 temas principais:

- Benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto;
- Dificuldades sentidas e desigualdades percebidas;
- Pós-parto e empoderamento feminino;
- Barreiras na prestação de cuidados e estratégias de *coping*.

Os dados extraídos de cada artigo estão reunidos num documento de extração de dados, baseado no proposto pelo JBI, que pode ser consultado no *APÊNDICE II*. Nesse documento foi recolhido o título do artigo, o ano de publicação, os autores, o país de origem, o(s) objetivo(s) do artigo, os participantes, a metodologia, os resultados e os contributos para a questão de revisão.

A análise das evidências científicas demonstra que a prática de exercício físico durante a gestação exerce um impacto positivo profundo e multidimensional sobre a saúde das mulheres. A atividade física regular, especialmente quando supervisionada e adaptada ao período gestacional, está associada a melhores níveis de qualidade de vida, equilíbrio emocional, percepção de saúde e integração social. Esses efeitos consolidam o exercício como uma poderosa ferramenta de empoderamento feminino, ao fortalecer a autoeficácia, o locus de controle interno e a autonomia sobre o próprio corpo e processo reprodutivo.

A partir da visão global desta *ScR* pudemos concluir que uma gravidez ativa constitui, portanto, um fator determinante para um pós-parto positivo. Mulheres fisicamente ativas tendem a apresentar melhor recuperação física, emocional e social, menor vulnerabilidade psicossocial e maior percepção de bem-estar global. Intervenções que integram exercício físico e educação em saúde demonstram benefícios duradouros, e aumentando a confiança e satisfação corporal. Além disso, o apoio social e a presença de companheiras de exercício emergem como facilitadores relevantes para a adesão, a manutenção do comportamento ativo e o fortalecimento do empoderamento e da autoeficácia materna.

Contudo, a literatura ainda é escassa no que se refere a programas que integrem explicitamente o empoderamento como objetivo central das intervenções em saúde perinatal. Observa-se, portanto, a necessidade de desenvolver estratégias baseadas em evidências que promovam a autonomia, a tomada de decisão informada e a continuidade do comportamento ativo após o parto.

### **2.1.1. Análise e discussão dos resultados da Scoping Review à luz da prática clínica em contexto de estágio**

Com o objetivo de reforçar a validade do trabalho desenvolvido relativamente à temática em estudo, e enquanto se aguarda uma eventual aprovação por parte do comité de ética que permita a realização futura de um estudo empírico, procede-se à realização de uma análise reflexiva dos resultados obtidos na Scoping Review, articulando-os com a experiência profissional adquirida durante o período de estágio. Deste modo, à semelhança do que se prevê realizar futuramente com os dados provenientes de um eventual trabalho de campo, a presente análise organiza-se em função dos quatro eixos temáticos emergentes da ScR: benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto; dificuldades sentidas e desigualdades percebidas; pós-parto e empoderamento feminino; e barreiras na prestação de cuidados e estratégias de coping.

#### Benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto

A literatura científica demonstra, de forma consistente, que mulheres ativas antes da conceção têm maior probabilidade de manter níveis adequados de atividade durante a gravidez e de retomar o exercício mais precocemente no pós-parto (ACOG, 2020; Garland et al., 2019). Um ponto de partida essencial para interpretar os comportamentos posteriormente adotados, visto que a prática de exercício prévia é um dos preditores mais fortes de adesão à atividade física durante todo o ciclo gravídico-puerperal, influenciando positivamente não só a continuidade da prática, mas também a perceção de autoeficácia e a vivência do puerpério (Marín-Jiménez et al., 2022; Oviedo et al., 2018).

Campolong et al. (2018) e Kracht et al. (2024), mostram nos resultados dos seus estudos que, entre as mulheres que retomaram o exercício no pós-parto, os benefícios percebidos são amplos e multidimensionais. Destacam-se melhorias ao nível do bem-estar emocional, uma recuperação física mais rápida, maior energia, sensação de competência e uma regulação mais eficaz da carga mental. Estes resultados evidenciam que a prática de exercício não só apoia os processos de recuperação corporal, como também constitui um recurso fundamental para o equilíbrio emocional e para o bem-estar global ao longo do puerpério (Campolong et al., 2018; Kracht et al., 2024).

Sendo o período gestacional de muitas mudanças e desafios a superar, é compreensível que seja fácil perder a motivação para a prática de exercício físico. Assim, embora ocorram algumas interrupções pontuais, a adesão ao exercício tende a aumentar ao longo da gestação (Campolong et al., 2018; Xiang et al., 2023). No entanto,

este padrão não é totalmente linear: apesar de muitas mulheres se sentirem mais confiantes e seguras para continuar a prática nas fases mais avançadas da gravidez (Garland et al., 2019). Outro estudo, mostra um leve declínio no terceiro trimestre, sobretudo devido ao aumento das limitações físicas, da fadiga e do desconforto característicos desta etapa (Merkx et al., 2017).

No que diz respeito aos benefícios percebidos de uma gravidez ativa, destacam-se a preparação para o parto, a melhoria do estado de espírito, a redução de incómodos como a dor lombar e a fadiga, bem como a percepção de um melhor controlo do peso (ACOG, 2020; Santos-Rocha, 2020; WHO, 2020). Estudos mostram que sentir-se fisicamente preparada para o parto é uma experiência comum entre gestantes ativas (Faulkner et al., 2025), enquanto a atividade física contribui para melhor bem-estar emocional e menor stress (Budnik-Przybylska et al., 2020; Krzepota et al., 2018; Marín-Jiménez et al., 2022). Da mesma forma, o exercício ajuda a mitigar fadiga e desconfortos musculoesqueléticos (Haakstad & Kari, 2016; Kocsis et al., 2017) e apoia o controlo do peso gestacional (Halili et al., 2019). No conjunto, estes efeitos refletem um reforço da autoeficácia materna, apontada como um dos mecanismos centrais para a manutenção da atividade física na gravidez (Garland et al., 2019; Bendix et al., 2020).

No período pós-parto, a evidencia revela que após retomarem o exercício físico no pós parto, as mulheres experienciam sobretudo melhorias de ordem emocional, destacando um aumento do bem-estar, da estabilidade do humor e da sensação de cuidado pessoal (Lesser et al., 2023; Uluoz et al., 2023). Segundo o artigo qualitativo de Meireles et al. (2020), a retoma da atividade física no pós-parto é frequentemente vivida como um “momento de redescoberta”, bem-estar e de “reconexão com o corpo”, embora a forma e o tempo de reintegração variem amplamente entre mulheres. As participantes do estudo descrevem o exercício como uma ferramenta para “recuperar controlo e identidade corporal” após a gravidez (Meireles et al. 2020). Esta perspetiva complementa o padrão descrito noutros estudos, que indicam que mulheres ativas antes da gestação tendem a manter níveis mais elevados de atividade durante a gravidez, apoiadas por maior confiança e autoeficácia (Garland et al., 2019; Szumilewicz et al., 2020), o que facilita uma transição mais fluida para a prática no pós-parto. Assim, apesar de existir uma tendência geral de continuidade entre o pré-parto, a gestação e o puerpério, os dados mostram que o regresso ao exercício é também moldado por fatores subjetivos e emocionais que tornam este processo altamente individual (Meireles et al., 2020; Lesser et al., 2025).

Portanto, os estudos, mostram de forma consistente, os benefícios físicos conjuntamente com os benefícios emocionais, reforçando a importância do exercício como ferramenta de equilíbrio global no pós-parto.

Tratando-se de uma temática em que aprofundei conhecimentos e que procurei integrar no cuidado às mulheres ao longo do estágio, faz-me sentido enquadrar a minha experiência. Os benefícios relatados pelas mulheres com as quais tive contacto durante o estágio alinham-se, de forma consistente, com a evidência encontrada. Como referiu uma das mulheres a quem prestei cuidados no puerpério, evidenciando a importância que atribuía ao movimento desde o início da gestação: *“Tinha lido numerosos estudos que falavam dos benefícios do exercício físico durante a gravidez, o parto e o pós-parto.”* Esta percepção reforça que a familiaridade prévia com o exercício e o conhecimento dos seus benefícios contribuíram para uma relação mais positiva e segura com a atividade física ao longo de todo o período gravídico-puerperal.

#### Dificuldades sentidas e desigualdades percebidas

A retomada do exercício não está isenta de dificuldades, sendo este processo condicionado por um conjunto de barreiras físicas, psicológicas e contextuais amplamente descritas na literatura. A falta de tempo e de energia surge como um obstáculo recorrente tanto durante a gravidez como no puerpério (Haakstad et al., 2018), o que evidencia que a dificuldade não se limita ao período pós-parto, mas se prolonga num continuum de exigências físicas e emocionais associadas à maternidade. Paralelamente, o cansaço persistente e o desconforto físico limitam a continuidade da prática de exercício (Newham et al., 2015), sugerindo que a recuperação corporal não ocorre de forma homogénea e que a percepção subjetiva de prontidão pode divergir das recomendações gerais.

A estas limitações soma-se a carga acrescida de cuidados familiares, que dificulta a reorganização da rotina diária para integrar o exercício físico (O'Brien et al., 2017). Este fator revela que a retoma da atividade física não depende exclusivamente da motivação individual, mas está fortemente condicionada por fatores estruturais e sociais, como a redistribuição das tarefas de cuidado e a disponibilidade de apoio externo. Estudos qualitativos como o artigo de Faulkner et al. (2025), que reúne experiências de mais de 400 mulheres, mostram que o cuidado intensivo ao bebé, a fadiga acumulada e a ausência de tempo próprio são motivos frequentes para adiar ou reduzir a prática de exercício no pós-parto. Além disso, segundo este mesmo estudo, a retoma da atividade física é marcada por sentimentos de insegurança e receio, incluindo o medo de voltar demasiado cedo, dúvidas sobre a capacidade do corpo para suportar

o esforço e preocupações com a imagem corporal, evidenciando que a autoconfiança e a percepção corporal desempenham um papel determinante no regresso ao movimento (Faulkner et al., 2025).

Contudo, emergem também relatos de desigualdades na distribuição dos cuidados e de dificuldades associadas à distância da família, fatores que, em alguns casos, se relacionam com maiores obstáculos à retoma da atividade física e a uma percepção acrescida de sobrecarga, aspetos amplamente reconhecidos na literatura como barreiras centrais à prática no período perinatal (Hong & Kim, 2025; Halili et al., 2019; O'Brien et al., 2017).

Paralelamente, descrevem pressões sociais frequentes, marcadas por expectativas rígidas sobre o papel materno e pelo receio de julgamento externo. Este tipo de pressão, amplamente documentado em estudos qualitativos (Lesser et al., 2025; Faulkner et al., 2025), condiciona tanto o tempo disponível como a autonomia das mulheres para cuidarem de si próprias. Ainda assim, os testemunhos revelam que a convicção nos benefícios do exercício e uma percepção elevada de autoeficácia podem atuar como elementos protetores, permitindo uma vivência mais segura e autónoma do movimento no pós-parto (Meireles et al., 2020).

Esta realidade tornou-se particularmente evidente durante meu estágio realizado na comunidade, onde foi possível observar como o cuidado diário dos filhos continua a recair maioritariamente sobre as mulheres, gerando uma sobrecarga que limita o tempo disponível para o autocuidado e para a prática de exercício físico. Em muitos casos, a reorganização da rotina revelou-se difícil não apenas pela fadiga acumulada, mas também pelas desigualdades na distribuição dos cuidados dentro do casal e pela ausência de redes de apoio próximas, o que reforça sentimentos de cansaço, insegurança e adiamento das próprias necessidades. Estas vivências permitiram perceber que o regresso ao movimento está profundamente condicionado por fatores relacionais e estruturais, e que promover a atividade física no pós-parto implica reconhecer estas desigualdades, valorizar o contexto comunitário e criar espaços onde as mulheres se sintam apoiadas, e acompanhadas.

#### Pós-parto e empoderamento feminino.

A evidência incluída na ScR pretenderá reforçar os elevados níveis de empoderamento esperados traz a realização dos questionários, mostrando que o exercício físico desempenha um papel decisivo na construção da autoeficácia e da sensação de capacidade, funcionando simultaneamente como meio de reconexão corporal e de recuperação da identidade materna no pós-parto (Garland et al., 2019;

Meireles et al., 2020). Para além destes benefícios, a prática física apoia o bem-estar emocional e a regulação da carga mental, aspetos que contribuem para maior autonomia e controlo pessoal (Kracht et al., 2024; Lesser et al., 2025; Rodríguez-Blanque et al., 2020).

Contudo, a literatura evidencia também fragilidades que condicionam este processo de autoeficácia, nomeadamente dificuldades na gestão do tempo, falta de energia e a necessidade de apoio externo para manter rotinas de autocuidado (Haakstad et al., 2018; O'Brien et al., 2017; Faulkner et al., 2025). Estas limitações relacionam-se diretamente com a qualidade do apoio social disponível, uma vez que o suporte do casal e da família se revela determinante para uma vivência mais estável e autónoma, reduzindo o risco emocional e favorecendo a continuidade da prática física (Hong & Kim, 2025; Halili et al., 2019).

Em contraste, a perceção de apoio insuficiente, seja da rede próxima ou dos profissionais de saúde, constitui uma barreira clara ao autocuidado (Faulkner et al., 2025). A este quadro somam-se pressões sociais e normas de género que atribuem à mulher a responsabilidade quase exclusiva dos cuidados, limitando o tempo próprio, gerando culpa e dificultando a priorização do exercício (Lesser et al., 2025; Faulkner et al., 2025), frequentemente reforçadas por crenças culturais e tabus associados ao movimento durante a gestação (Guelfi et al., 2015).

Assim, os estudos convergem ao demonstrar que a falta de apoio, o julgamento externo e as expectativas tradicionais podem minar a autoeficácia e dificultar a retoma do exercício, mesmo entre mulheres previamente ativas. Ainda assim, a literatura mostra que viver uma gravidez ativa fortalece a confiança corporal, sustenta a motivação e consolida comportamentos que favorecem maior autonomia e resiliência no pós-parto, funcionando como um alicerce essencial para o empoderamento materno mesmo em contextos adversos.

Nesta perspetiva, o empoderamento materno pode ser entendido como um processo progressivo de reconstrução da identidade, em linha com a abordagem teórica de *Affaf Mileis*, que o conceptualiza como um movimento interno de tomada de consciência, autonomia e reposicionamento da mulher face às exigências do contexto. A prática de exercício físico assume, assim, um papel central enquanto espaço de reconexão corporal e de reafirmação do “eu” para além do papel de cuidadora. No entanto, esta vivência de empoderamento mostrou-se fortemente dependente do apoio social e das condições reais para o autocuidado, tanto na literatura como na experiência prática. Quando o suporte é insuficiente e as responsabilidades parentais recaem de

forma desigual, o exercício tende a transformar-se num desafio adicional, fragilizando o processo de empoderamento. Deste modo, promover o empoderamento materno implica ir além da prescrição de atividade física, reconhecendo a importância de contextos mais equitativos, de redes de apoio efetivas e da legitimação do cuidado de si como parte integrante da experiência da maternidade.

#### Barreiras na prestação de cuidados e estratégias de *coping*.

Com base na literatura analisada evidencia-se de forma consistente que o início ou a retoma do exercício no pós-parto depende fortemente da presença de apoio profissional qualificado. Diversas investigações mostram que a falta de aconselhamento estruturado gera insegurança, dúvidas e receio de realizar movimentos inadequados, levando muitas mulheres a adiar ou abandonar a prática (Faulkner et al., 2025). Estudos adicionais demonstram que a ausência de orientação reduz a adesão às recomendações, ao passo que o acompanhamento especializado atua como facilitador central para capacitar as mulheres na retomada progressiva do exercício (Halili et al., 2019; O'Brien et al., 2017). De igual modo, investigações qualitativas revelam que muitas mães procuram precisamente este tipo de apoio para compreender como ajustar o movimento às necessidades do pós-parto, valorizando programas conduzidos por profissionais capazes de transmitir segurança, clareza e confiança (Hong & Kim, 2025; Lesser et al., 2025). Neste contexto, a intervenção do EEESMO assume particular relevância ao oferecer acompanhamento especializado baseado na avaliação individual, na progressão gradual do exercício e na educação para o movimento seguro, facilitando uma retoma ajustada às condições físicas, emocionais e contextuais de cada mulher. Este tipo de intervenção contribui para reduzir a incerteza associada ao exercício no pós-parto e para reforçar a percepção de competência e autonomia, favorecendo a adesão e a continuidade da prática.

Estas dificuldades encontradas reforçam a importância de uma articulação interdisciplinar eficaz: após a avaliação inicial, a correta referenciação para profissionais capacitados em exercício físico torna-se essencial, sobretudo para mulheres que não dispõem de conhecimentos técnicos suficientes para retomar a prática de forma segura e adaptada ao pós-parto.

Contudo, a literatura ainda é escassa no que se refere a programas que integrem explicitamente o empoderamento como objetivo central das intervenções em saúde no pós-parto. Observa-se, portanto, a necessidade de desenvolver estratégias baseadas em evidências que promovam a autonomia, a tomada de decisão informada e a continuidade do comportamento ativo após o parto.

### 2.3. Considerações éticas

A enfermagem enquanto profissão é regulada por princípios éticos, descritos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (Ordem dos Enfermeiros, 2016), documentos normativos que determinam os deveres, responsabilidades e limites da atuação profissional, onde se inclui a área da investigação.

Compete ao enfermeiro, exercer a profissão de acordo com adequados conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2025a). Por sua vez, O EEESMO, deverá desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como garantir uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que diz respeito à realização de um trabalho de investigação, ao pesquisador, colocam-se exigências como o cumprimento dos princípios éticos decorrentes de estudos com seres humanos (Fortin, 2009; Vilelas, 2022). Assim, após aprovação da comissão de ética, seriam sempre mantidos, ao longo desta investigação, os princípios éticos norteadores como o respeito pela dignidade da pessoa humana, pela autodeterminação, pelo anonimato, pela confidencialidade, pela não maleficência e pelo direito à justiça e à equidade das participantes (Vilelas, 2022). Neste sentido, o questionário a ser aplicado contemplaria uma breve introdução informativa sobre a temática, os objetivos do estudo, informação sobre o garantir o anonimato e a confidencialidade relativamente às participantes e informação transmitida, de forma a salvaguardar a participação voluntária informada. A formalização da participação seria atingida com a assinatura do consentimento por parte das participantes. Após término do estudo, todos os dados recolhidos das participantes e que foram guardados pela investigadora seriam eliminados.

Contudo, a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética é um procedimento fundamental no garantir a conformidade com as normas éticas e institucionais. A falta desse parecer não permitiu o desenvolvimento do estudo, conforme descrito anteriormente. Porém, considerou-se importante evidenciar toda a produção desenvolvida pelo interesse em aprofundar a temática.

### **3. Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.**

#### **3.1. Caracterização dos contextos de estágio.**

Para prestar cuidados de qualidade à mulher/mãe/filho/família o enfermeiro especialista deve reger-se pelo Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, que menciona no artigo 4.º as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO); definindo que o enfermeiro deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, assim como, cuida da mulher em idade fértil inserida na comunidade. Além das competências específicas, o enfermeiro deve utilizar na sua prática de cuidados os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista expostos no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, são elas, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes referenciais normativos orientaram os objetivos e as atividades delineadas para concretização dos mesmos e que compõem o PIE (*APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”*).

Esta unidade curricular determina, ainda, um número mínimo de experiências exigidas, de acordo com o Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de agosto (Ministério da Saúde, 1987), e pelo Decreto-Lei n.º 15/92, de 4 de fevereiro (Ministério da Saúde, 1992) que dão cumprimento às disposições constantes da Diretiva n.º 80/155/CEE, de 21 de janeiro, posteriormente alterada pela Diretiva n.º 89/594/CEE, de 30 de outubro. A síntese das atividades desenvolvidas em estágio, encontram-se anexas a este relatório em documento próprio (*APÊNDICE V*).

O meu estágio teve lugar na Espanha a modo de Estância Formativa Externa (*APÊNDICE VI*). Realizei o estágio na cidade de Madrid. A parte correspondente ao centro de saúde decorreu na localidade de *San Fernando de Henares* e, posteriormente, o período hospitalar foi realizado no hospital de *San Fernando de Henares*, por um total de 27 semanas, com a durabilidade de 650 horas de prática clínica. O restante estágio no bloco de partos teve lugar no hospital privado de Quíron em *Torrejón* e no hospital materno-infantil de *Madrid*.

## **3.2. Análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em estágio.**

### **3.2.1. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade.**

O período de estágio na comunidade determinou o início do meu ano de estágio, ao longo de 6 semanas, compreendido entre 23 de setembro de 2024 a 3 de novembro de 2024, com a durabilidade de 150 horas de prática, na Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) do Centro de Atenção Primária (CAP) de San Fernando de Henares, Madrid (*APÊNDICE VI, p.166-167*).

A USF de CAP apresenta diversas funções na área de saúde materna e obstétrica, tais como, a consulta de planeamento familiar, pré-concepcional, de saúde materna, saúde infantil/juvenil, de rastreio, saúde sexual e reprodutiva e saúde em climatério, e tem como missão a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica abrangente, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, promovendo a humanização e a satisfação dos utentes e dos profissionais” (Ministério de Sanidad de España 2014; Ministério da Saúde, 2017).

O CAP é constituído por uma equipa multidisciplinar formado por doze médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, quatro Médicos especialistas em Pediatria, doze enfermeiros de família, dois enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, uma trabalhadora social, uma equipa de odontologia, um fisioterapeuta, uma auxiliar de enfermagem e oito assistentes técnicas. Sendo a minha tutora de estágio, consultora de lactação certificada internacionalmente (IBCLC).

Esta equipa trabalha em articulação para promover a saúde e o bem-estar dos utentes ao longo do ciclo de vida. Tendo por base uma prática baseada nas melhores evidências e um atendimento humanizado, visa garantir cuidados de qualidade e individualizados de diagnóstico, de terapêutica e de acompanhamento de processos agudos ou crónicos, bem como atividades de promoção da saúde, de educação para a saúde e de prevenção da doença, realizadas pelos diferentes profissionais de forma integrada (Direção assistencial da Atenção Primária de Madrid, 2023). Tem como valores respeitar a individualidade da pessoa; salvaguardar os direitos do utente e garantir a integralidade e a continuidade dos cuidados ao longo da vida do utente, atuando como gestor de casos e coordenador e regulador de fluxos (Direção assistencial da Atenção Primária de Madrid, 2023).

A UCC possui vários programas/projetos, e no que diz respeito às áreas de intervenção do ESMO, em conjunto com enfermeiros especialistas em pediatria, ambos estão ativamente envolvidos no desenvolvimento de formações dos enfermeiros da equipa, bem como em atividades de educação para a saúde das famílias, como são exemplo os “Cursos de educação maternal” como se ilustra na *Tabela 3* e “Cursos de cuidados infantis” que conta com o contributo da equipa multidisciplinar, - Objetivos 1, 2 e 3 do PIE (*APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”*). Além disso, tive a oportunidade de assistir a uma atividade dinamizada por um dos pediatras, que era também neuropsicólogo e trabalhava ativamente com famílias de bebés de diferentes idades. A sessão consistiu numa conversa aberta com as famílias, promovendo a partilha de experiências e a reflexão conjunta sobre os desafios e as adaptações associados à maternidade e à parentalidade, entre outros aspetos relevantes.

Os cursos de educação maternal constituem uma intervenção educativa valiosa nos cuidados pré-natais, uma vez que não só fornecem informação técnica sobre o processo de gravidez e parto, como também aumentam a confiança e a autoeficácia das grávidas para enfrentar estes momentos. A evidência científica disponível indica que estes programas podem reduzir a ansiedade relacionada com o parto e promover experiências de nascimento mais satisfatórias, aspetos que estão em consonância com as boas práticas descritas por especialistas em saúde materna e obstétrica (Cardoso et al., 2023).

**Tabela 3.** *Cursos de educação maternal*

<b>DATAS (18h)</b>	<b>TEMAS</b>
25-9-24	Aleitamento materno
1-10-24	Puerpério
2-10-24	Recém-nascido
09-10-24	Mudanças gravidez
15-10-24	Conversa dentista
23-10-24	Pré-parto
29-10-24	Parto

Foi possível colaborar na realização de duas sessões de EpS, nos dias 09/10 e 23/10 de 2024, nas quais participei ativamente na exposição dos conteúdos juntamente com a minha tutora (APÊNDICE VII). Participei também nas sessões de educação maternal sobre as mudanças da gravidez (APÊNDICE XIII) e no pré-parto (APÊNDICE

IX), com apresentações de elaboração própria, e pude ainda participar todas as semanas nas aulas de amamentação desenvolvidas pela minha tutora (*Tabela 3*). Além disso, elaborei uma sessão sobre “Parto” que apresentei aos profissionais do centro de saúde, tendo como finalidade contribuir para a avaliação do meu desempenho (APÊNDICE X).

A participação nas sessões de preparação para o parto, quer na UCC quer na USF, foi uma mais-valia para a minha aprendizagem pois permitiu-me assimilar o quão importante é uma grávida estar preparada e segura durante a gravidez e a diferença que isso pode trazer para o momento do parto, como pude constatar no período de bloco de partos - *Objetivo 5 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

Para além da UCC, o estágio foi realizado em colaboração com uma USF, onde houve oportunidade de assistir e participar em todas as atividades que foram propostas. Tendo em conta a minha experiência anterior, considero que a organização das consultas de enfermagem no âmbito da saúde materna nesta unidade incluía, em alguns momentos, uma grande variedade de tipologias diferentes no mesmo dia, o que acabava por dificultar o cumprimento dos horários previamente estabelecidos.

Apesar disso, o estágio foi positivo, pois a vasta experiência da minha tutora me auxiliou a saber como agir em diferentes tipos de consultas de enfermagem. Os serviços desenvolvidos na área da saúde materna e obstétrica incluíram: consultas de planeamento familiar, consultas pré-concepcionais, de saúde materna, acompanhamento do recém-nascido até aos dois meses de vida, avaliação e reabilitação do pavimento pélvico, bem como rastreio e acompanhamento da saúde no climatério (*tabela 4*).

***Tabela 4: Registo de técnicas em UCC***

<b>Actividades</b>	<b>Número</b>
Seguimento de embarazo	53
Seguimento puérperas	92
Cuidados RN	90
Problemas ginecológicos	37
Planificación	10
Citologias/Exudados	68

Durante as consultas, independentemente da tipologia, existiu sempre o objetivo de promover a saúde da mulher, abordando temas relevantes para as clientes e que fossem de encontro com o motivo da consulta. Nomeadamente, nas consultas de saúde materna, para além da avaliação dos parâmetros biométricos, exame rápido à urina, verificação dos batimentos cardíacos fetais com *Dopler fetal* ou ecógrafo, e serem consultados os exames realizados, havia abertura para o casal esclarecer dúvidas e receios.

A título de exemplo, acompanhámos um caso particularmente delicado de perda fetal na 32ª semana de gestação, resultante de uma malformação fetal grave, após aprovação pelo júri médico. Foi um momento de profunda dor para os pais, mas a EEESMO, graças à sua formação de doutoramento em depressão pós-parto, conseguiu intervir de forma exemplar, oferecendo apoio emocional e acompanhamento contínuo ao casal. Realizou sessões semanais até observar que a mulher conseguia expressar sentimentos de forma mais positiva e demonstrava sinais de adaptação e superação. Durante todo o processo, procurámos sempre respeitar o espaço e a vontade do casal, perguntando-lhes se se sentiam confortáveis com a minha presença em consulta — ao que, de forma muito generosa, sempre responderam positivamente - *Objetivo 8 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

No âmbito do planeamento familiar, foi promovida uma abordagem integral e centrada na saúde da mulher. Desenvolveu-se aconselhamento individualizado sobre métodos contraceptivos, apoio à preparação para uma futura gravidez de forma saudável nas mulheres com desejo reprodutivo, bem como acompanhamento, escuta ativa e encorajamento às mulheres que vivenciavam situações de infertilidade. Neste contexto, participei ativamente na colocação de diversos implantes contraceptivos, na administração de contraceptivos intramusculares e na remoção de dispositivos intrauterinos (DIU), sob supervisão da enfermeira especialista; tendo sido trabalhados todos os pontos do objetivo 6 do PIE (*APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”*).

Também se prestou acompanhamento e orientação a mulheres durante o climatério e no processo de adaptação à menopausa. Neste âmbito, a atuação da EEESMO incluiu a avaliação global das alterações físicas, emocionais e psicossociais associadas a esta fase do ciclo de vida, o esclarecimento de dúvidas relativas às modificações hormonais e aos sintomas mais frequentes, como afrontamentos, alterações do sono, alterações do humor e diminuição da libido. Perante estas situações, procurou-se oferecer escuta ativa, informação e propostas de estratégias de alívio, como o uso de lubrificantes e

hidratantes vaginais, aconselhamento sobre sexualidade e adaptação às mudanças corporais. Sempre que indicado, foi igualmente sugerida a referenciação para a consulta de ginecologia do climatério no hospital, com vista a uma avaliação especializada e eventual abordagem terapêutica, nomeadamente através de terapêutica estrogénica, promovendo uma resposta integrada e individualizada às necessidades da mulher; em consonância com o quinto ponto do Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564) e com o *objetivo 7 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

Com base nos pontos seis e sete do Regulamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13564–13565), foram ainda prestados cuidados a mulheres em idade fértil no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero, tendo tido a oportunidade de realizar citologias em meio líquido, de acordo com o protocolo da USF, sempre sob orientação e supervisão da enfermeira especialista. Apesar de já ter realizado diversas colheitas citológicas e procedido à avaliação da vulva neste contexto, estas competências foram posteriormente reforçadas e aprofundadas durante a rotação nas consultas hospitalares especializadas em infeção por HPV, o que permitiu consolidar a técnica de colheita, aprofundar a avaliação clínica e melhorar a interpretação dos resultados e o encaminhamento adequado, contribuindo para uma prática mais segura e fundamentada neste domínio preventivo.

Durante as consultas de revisão do puerpério, era proporcionado um espaço seguro e acolhedor para que as mulheres partilhassem dúvidas, emoções e preocupações relacionadas com a nova rotina familiar. Questões como a amamentação, o repouso, a organização das tarefas domésticas e os cuidados ao recém-nascido eram abordadas com empatia e rigor profissional, promovendo uma recuperação mais tranquila e confiante. Neste contexto, considero particularmente relevante o âmbito comunitário, uma vez que permite um acompanhamento contínuo e de proximidade, facilitando o seguimento das mulheres após a alta hospitalar e o apoio no início e na manutenção da maternidade, reforçando a continuidade de cuidados e a adaptação progressiva à parentalidade.

Tive a oportunidade de observar situações particularmente desafiantes no âmbito da amamentação, incluindo casos de bebés prematuros. A minha tutora, também especialista em cuidados pediátricos e IBCLC, demonstrava a sensibilidade, orientação, paciência e apoio contínuo às mães num momento de grande fragilidade e incerteza. Em alguns casos, em bebés com dificuldades no ganho de peso, a EEESMO citava os pais e o bebé diariamente para acompanhar o processo de amamentação, evidenciando uma intervenção próxima, contínua e ajustada às necessidades específicas da família.

Esta atuação encontra-se alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao refletir uma prática centrada na mulher, no recém-nascido e no contexto familiar, promovendo a continuidade dos cuidados, a segurança e a personalização das intervenções, em consonância com o Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13563–13564) e com os princípios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2021) - *objetivo 9 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

Também considerei muito relevante a avaliação do pavimento pélvico, uma vez que permite identificar alterações funcionais, como diminuição da força muscular, disfunções urinárias ou desconforto perineal. Esta avaliação constitui uma intervenção fundamental na promoção da recuperação pós-parto, na prevenção de complicações a médio e longo prazo e na capacitação das mulheres para o autocuidado.

Contudo, um aspeto menos positivo observado foi alguma relutância da enfermeira tutora em integrar precocemente o exercício físico no processo de recuperação pós-parto, adiando a sua introdução sempre que possível. A evidência científica demonstra que o exercício físico adequado e progressivo no puerpério contribui para a melhoria da recuperação funcional, fortalecimento do pavimento pélvico, prevenção de disfunções urinárias, redução da dor lombopélvica e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher (ACOG, 2020). Neste sentido, a integração do exercício físico, sustentada numa Prática Baseada na Evidência, constitui uma mais-valia tanto para a puérpera como para a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, reforçando intervenções seguras, eficazes e capacitadoras. Esta abordagem está em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, que preconizam a promoção da autonomia, do autocuidado e da recuperação global da mulher, através de intervenções atualizadas, individualizadas e fundamentadas cientificamente (Ordem dos Enfermeiros, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que diz respeito ao referencial teórico, considero que a *Teoria das Transições de Afaf Meleis* esteve claramente presente em toda a minha prática clínica. A vivência da maternidade, com as suas múltiplas transformações físicas, emocionais e sociais, representa uma das transições mais significativas na vida de uma mulher, em que esta integra novos papéis e redefine a sua identidade (Meleis, A.I., 2010). Durante este processo de profunda transformação pessoal e familiar, os cuidados do enfermeiro especialista em ESMO revelam-se essenciais no antecipar, avaliar, diagnosticar e no lidar e ajudar a lidar com as mudanças, oferecendo suporte, escuta ativa e orientação

em cada etapa, promovendo assim, um nível máximo de autonomia e bem-estar da mulher e sua família.

Sendo a transição um processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e de estar de quem vive a transição (Meleis, A.I., 2010), destaco aqui o período do pós-parto, que envolve transformações físicas, hormonais e emocionais significativas, associadas à recuperação do parto e à adaptação ao novo papel materno. Para além das intervenções de enfermagem dirigidas às transformações fisiológicas no corpo da mulher, o EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação, no fortalecimento da ligação mãe-filho e na capacitação parental. A parentalidade, ao ser um processo de aprendizagem e não uma capacidade inata, exige da mãe e do pai uma reorganização individual e conjugal, que requer aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Na comunidade, o EEESMO, pode ser o principal apoio da mulher e família, capacitando-os, promovendo confiança, satisfação e mestria no desempenho do papel parental.

O reconhecimento dos sinais de vulnerabilidade, a identificação dos fatores que promovem ou dificultam a adaptação e a capacidade de criar um ambiente de confiança foram aspetos constantes na minha intervenção. Assim, o cuidado prestado procurou ir além da resposta às necessidades imediatas, acompanhando a mulher ao longo da sua trajetória de transformação e promovendo a autonomia, a autoconfiança e o bem-estar integral, especialmente no que se refere ao aleitamento materno, em consonância com os princípios centrais defendidos por Meleis.

### **3.2.2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério.**

De acordo com a sequência de contextos clínicos planeados, em novembro de 2024 iniciei os estágios em contexto hospitalar. O estágio no puerpério decorreu de 4 de novembro a 22 de dezembro de 2024, num hospital da rede pública da Comunidade de Madrid, integrado no Serviço Madrileño de Salud, e cobre uma população de aproximadamente 170.000 habitantes (*APÉNDICE VI, p.167*).

A unidade de maternidade conta com 10 quartos com camas individuais para puérperas, sendo os restantes 30 quartos equipados com camas duplas, destinados a doentes com patologias ginecológicas u hospitalização de grávidas de risco. Os quartos encontram-se preparados para acomodar o bebé e o acompanhante, dispondo de um

sofá-cama e de casas de banho individuais, favorecendo a tríade mãe-casa-bebé. Os berços encontram-se no interior de cada quarto.

Nesta unidade, havia um enfermeiro geral e um auxiliar responsáveis pela maternidade, e dois enfermeiros e dois auxiliares responsáveis pelo restante da unidade, em turnos de 7h. Em cada turno, a EEESMO realizava uma visita para vigilância da amamentação e implementar intervenções necessárias.

Para a realização de exames pertinentes ao recém-nascido, este era transferido no seu próprio berço para a sala de exames, onde permanecia sempre acompanhado por um dos progenitores. O hospital dispõe de um sistema rigoroso de segurança para recém-nascidos, incluindo a identificação da mãe através de pulseira e a correspondência com o cordão umbilical, e não podendo ser entregue o recém-nascido (RN) a outra pessoa, diferente daquela que a mãe escolheu num documento que assina no momento da admissão.

Na unidade, após um parto eutócico, a puérpera e o recém-nascido permaneciam internados por cerca de 48 horas, desde que tudo decorresse dentro da normalidade. No caso de uma cesariana, o internamento prolongava-se por aproximadamente 72 horas. Um aspeto que considerei particularmente positivo nesta unidade hospitalar prende-se com a possibilidade de a mãe permanecer internada no mesmo quarto que o recém-nascido nos casos em que este necessitava de prolongar o internamento, por exemplo, devido a icterícia neonatal ou baixo peso ao nascer, mesmo após a alta materna. Esta dinâmica organizacional contribui de forma significativa para a manutenção da proximidade mãe-bebé, favorecendo o vínculo afetivo, a continuidade dos cuidados e a participação ativa da mãe no acompanhamento do recém-nascido. Adicionalmente, permite reduzir a ansiedade materna associada à separação precoce, promove a amamentação e facilita a transição para a parentalidade, enquanto respeita os princípios dos cuidados centrados na família e na díade mãe-bebé. Nos casos mais graves, o recém-nascido era transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, situada nas proximidades da maternidade, o que possibilitava aos pais visitá-lo sempre que desejassem. Uma condição positiva para a minha aprendizagem, pois pude acompanhar os recém-nascidos que estavam em cuidados neonatais, juntamente com os enfermeiros pediátricos. Além disso, o acompanhante da mulher podia permanecer no quarto 24 horas por dia, e não existiam restrições quanto ao número de visitas diárias, o que contribuía para um ambiente mais humano e acolhedor.

Durante este estágio tive oportunidade de desenvolver competências técnico-científicas e relacionais através da prestação de cuidados especializados de

enfermagem a puérperas e RN, promovendo uma vivência da parentalidade saudável, onde existia uma preocupação em proporcionar um ambiente acolhedor, onde fosse permitido e encorajado a partilha das suas preocupações e medos.

No puerpério imediato, é comum que a mulher se sinta entusiasmada e até aliviada por ter concluído a etapa do parto. Contudo, após os primeiros momentos de serenidade que sucedem o nascimento, começam a manifestar-se sensações de cansaço e desconforto físico decorrentes do esforço do trabalho de parto, do parto em si e/ou de eventuais traumatismos perineais. Paralelamente, surgem ou intensificam-se sentimentos de ansiedade e insegurança quanto à sua capacidade de cuidar do RN. Nesta fase, o EEESMO desempenha um papel fundamental junto da mulher e do casal, pois tem a possibilidade de identificar precocemente necessidades e complicações, intervindo de forma adequada e oportuna. Desta forma, afirma-se como uma figura essencial na promoção da adaptação e na facilitação da transição para a parentalidade.

Durante o estágio, acompanhei e prestei cuidados a 50 puérperas (*APÊNDICE V*). À admissão na unidade, após a realização do puerpério imediato de duas horas na sala de partos, procedia a avaliação do estado hemodinâmico e geral das mulheres, consultando previamente a sua história clínica, pessoal e obstétrica, bem como a evolução do parto (indução, tipo de parto, duração do trabalho de parto, complicações, estado do períneo, tipo de analgesia e terapêutica medicamentosa). Posteriormente, no âmbito dos cuidados prestados avaliava o fundo uterino, lóquios, períneo, presença de edema e o bem-estar físico e emocional das mulheres desde o parto.

No que se refere aos recém-nascidos, analisei o índice de *APGAR*, a eventual necessidade de suporte na adaptação à vida extrauterina, a ocorrência de contacto pele a pele e/ou amamentação na primeira hora pós-parto, assim como o fator Rh materno, os rastreios cardiológicos e auditivos e as análises pertinentes, que realizava juntamente com a enfermeira pediátrica. Também utilizávamos cobertores de fototerapia para o tratamento da icterícia, os quais permitiam que o recém-nascido permanecesse junto da mãe e que a amamentação fosse realizada com o próprio cobertor, facilitando assim o envolvimento e o conforto dos pais. Desta forma, os *objetivos 9 e 16 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)* são alcançados, através da prestação de cuidados especializados de enfermagem ao recém-nascido e da promoção de um ambiente o mais favorável possível, mesmo perante eventuais desvios da normalidade que possam surgir.

No que diz respeito às complicações no pós-parto que tive oportunidade de acompanhar, destacam-se situações de retenção urinária, gestão da dor associada às

contrações uterinas sob analgesia/anestesia, complicações decorrentes de pré-eclâmpsia e episódios de cefaleia pós-punção da dura-máter após analgesia loco-regional. Perante estas situações, enquanto *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, procedi à avaliação sistemática do estado clínico da puérpera, com especial atenção à dor, ao equilíbrio hídrico, à eliminação urinária e aos parâmetros hemodinâmicos. Nos casos de retenção urinária, realizei vigilância da diurese, incentivo à micção espontânea, medidas não farmacológicas facilitadoras e articulação com a equipa médica sempre que necessário. Na gestão da dor, implementei intervenções farmacológicas prescritas e estratégias não farmacológicas, promovendo o conforto e explicando à mulher a natureza das contrações uterinas no pós-parto. Nos casos de pré-eclâmpsia, participei ativamente na vigilância rigorosa da pressão arterial, no controlo da perfusão contínua de sulfato de magnésio, na monitorização de sinais de toxicidade e na realização de registos frequentes, assegurando uma atuação segura e atempada. Relativamente às cefaleias pós-punção da dura-máter, procedi à identificação precoce dos sinais e sintomas, à avaliação da intensidade da dor, à implementação de medidas de conforto, nomeadamente o repouso em posição de decúbito, e à articulação com a equipa multidisciplinar para a adequação da abordagem terapêutica. Estas intervenções permitiram prestar cuidados especializados centrados na mulher e no recém-nascido, promovendo a segurança, o conforto e a continuidade dos cuidados, em consonância com o *Objetivo 9 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*, que visa o desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais e técnicas na prestação de cuidados especializados e de qualidade no período pós-natal.

O hospital promove a participação das famílias em sessões de educação materna, reconhecendo-as como um recurso fundamental para a redução da ansiedade, do medo e da perceção da dor, bem como para o fortalecimento da capacidade das mulheres em gerir o processo do parto e iniciar a maternidade de forma mais positiva. Pelo contrário, uma informação inadequada ou incompleta pode potenciar níveis elevados de ansiedade, com impacto negativo na vivência do parto e do período pós-natal. Neste sentido, na prática diária, a instituição procura criar um ambiente acolhedor que favoreça o conforto, a confiança e o sentimento de segurança dos pais e dos futuros bebés, promovendo uma experiência informada e tranquila.

Durante o meu estágio nesta unidade, tive a oportunidade de conduzir diversas visitas guiadas dirigidas a casais a partir da 34<sup>a</sup> semana de gravidez (*ANEXO II*), onde os EESMO realizavam uma primeira palestra no auditório do hospital, e posteriormente os médicos pediatras intervinham. Nestes encontros, procurávamos apresentar-lhes o

espaço da maternidade, criar um primeiro vínculo com o ambiente e oferecer um momento de partilha e esclarecimento de dúvidas de origem administrativa ou clínica, promovendo assim uma vivência mais tranquila e confiante para o grande dia de acordo ao *Objetivo 11 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*. Este hospital também promovia palestras sobre diferentes temas relacionados com o pós-parto, denominadas “Escola para Pais”, nas quais eram abordadas questões de difícil gestão (*ANEXO III*). As sessões foram dinamizadas por diversos profissionais entre eles, enfermeiras especialistas, ginecologistas, pediatras, psiquiatras e fisioterapeutas, proporcionando uma abordagem multidisciplinar e integrada do cuidado. A pedido da enfermeira-chefe, participei na recolha de informação para a preparação de uma palestra sobre exercício físico, a qual foi posteriormente dinamizada por médicas obstetras com conhecimentos atualizados nesta área. Durante este processo, tive ainda a oportunidade de partilhar e discutir informação científica relevante sobre o exercício físico na gravidez e no pós-parto. Por este motivo, considero que o *Objetivo 4 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)* “desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas para a planificação, implementação e avaliação de sessões de educação para a saúde, ou de formação em saúde materna e obstétrica”, foi desenvolvido e aperfeiçoado, uma vez que pude partilhar os conhecimentos e as perspetivas que defendo relativamente à temática do meu estudo, bem como outros assuntos pertinentes em função das necessidades que o serviço apresentava naquele momento.

Durante este estágio, tive oportunidade de realizar um curso de prevenção e cuidados do pavimento pélvico e ginástica hipopressiva (*APÊNDICE VI, pag. 170*), dinamizada por profissionais da Unidade do pavimento pélvico, como EESMO, fisioterapeutas e instrutores de exercícios hipopressivos, centrados na recuperação pós-parto e orientado para a mulher em todas as suas fases, mas especialmente para a puérpera. Considerei esta formação particularmente interessante e enriquecedora para a minha formação, sobretudo pela minha área de interesse, o exercício físico e a recuperação pós-parto, uma vez que me permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a reabilitação do pavimento pélvico. Este conteúdo articula-se de forma muito pertinente com aquilo que aprendi sobre a avaliação do pavimento pélvico em mulheres puérperas em cuidados de saúde primários, oferecendo-me, contudo, uma visão mais ampla e especializada que vai além dos conhecimentos adquiridos nesse contexto.

Também tive a oportunidade de participar em Madrid, na formação *Temas de vanguarda na lactação materna 2025* (*APÊNDICE VI, pag. 172*), impartida por várias

IBCLC, na qual foram abordadas diversas atualizações, com especial destaque para a violência no período perinatal e para a depressão pós-parto.

Devido à minha experiência em cuidados de saúde primários e a todo o conhecimento adquirido sobre a aleitamento materno (enriquecido por leituras, formações complementares e conferências das quais tive a oportunidade de participar), consegui enfrentar com serenidade os diferentes desafios que surgiram. Meu estágio no internamento do puerpério permitiu-me reafirmar os meus conhecimentos teóricos e agir com maior autonomia e confiança, o que me proporcionou uma profunda sensação de realização. Passei, assim, a valorizar ainda mais o momento da amamentação, sobretudo as primeiras mamadas, tão delicadas e desafiantes para a mãe e para o recém-nascido. É essencial que os pais encontrem profissionais qualificados que os acompanhem com empatia, oferecendo apoio sem julgamentos, num ambiente de confiança e escuta. Neste sentido, os primeiros dias de internamento hospitalar revelam-se determinantes para os pais, na medida em que constituem um período-chave para a aquisição de conhecimentos, o reforço da confiança parental e o estabelecimento de práticas adequadas que favorecem o sucesso da amamentação. Durante o meu estágio na comunidade, tive contacto com muitas mães que partilharam as suas experiências e sentimentos. Relataram sentirem-se sozinhas durante o internamento hospitalar, uma solidão que, muitas vezes, despertou dúvidas e inseguranças quanto à continuidade da amamentação. Esta vivência reforçou em mim a convicção de que um início acolhedor e acompanhado é determinante para o sucesso da amamentação e para o bem-estar da mãe e do recém-nascido, bem como para uma transição para a parentalidade serena e preparada, ao encontro da unidade de competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” definida no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio.

Um caso particularmente marcante que vivi durante este período de estágio foi o de uma mãe que não reagia ao seu bebé: não demonstrava interesse em cuidar dele, nem se mostrava preocupada com a amamentação. Além disso, apresentava um comportamento inadequado em relação a seu parceiro e uma atitude de indiferença perante a equipa de saúde, recusando qualquer tipo de ajuda. Diante desta situação, foi encaminhada para o serviço de psiquiatria para acompanhamento após a alta hospitalar. Envolvi-me profundamente no caso, tendo contactado a EEESMO responsável pelos cuidados de saúde primários da área de residência da mulher, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e um seguimento pós-parto rigoroso. Foi através deste contacto e da articulação mantida com a enfermeira de referência na comunidade que tive conhecimento da evolução clínica e emocional da mulher. Durante o período de

acompanhamento pós-parto, verificou-se uma progressiva modificação do seu comportamento, com o surgimento de um maior envolvimento nos cuidados ao recém-nascido e um crescente desejo de assumir o papel de mãe. Este processo foi acompanhado por um importante luto identitário, que necessitava de ser reconhecido e elaborado.

Em suma, este estágio permitiu-me compreender que a vivência do parto e do puerpério, com toda a sua complexidade física e emocional. Segundo Meleis (2010), a enfermagem tem o papel fundamental no facilitar processos de adaptação e promover transições saudáveis, apoiando a mulher na reconstrução do seu papel e identidade materna. Experimentar a transição para a parentalidade exige adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos, redefinir os significados ligados ao acontecimento e alterar a conceção de si própria no contexto social (Meleis, 2010). Considerando, ainda, que cada experiência é única e influenciada por múltiplos fatores, os cuidados devem ser individualizados, empáticos e centrados na mulher, reconhecendo o puerpério como um momento de profunda transformação e vulnerabilidade, que exigem da puérpera uma elevada capacidade de adaptação

À luz da *Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010)*, foi possível observar ao longo deste estágio como o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica desempenha um papel central na facilitação dessa adaptação. Cabe-lhe apoiar a mulher na aquisição de competências práticas através do treino, da informação, da explicação e do suporte em áreas que lhe possam gerar insegurança ou incerteza, como o primeiro banho do bebé, a amamentação ou os cuidados básicos ao recém-nascido. Este processo leva a que a mulher seja capaz de aceder, compreender, refletir e processar informação de modo a tomar decisões conscientes e seguras sobre a sua saúde e a do seu filho, num verdadeiro exercício de capacitação.

### **3.2.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Ginecologia e na Gravidez Patológica.**

Ambos os estágios foram realizados nas consultas externas do hospital público inserido na Unidade Local de Saúde do San Fernando de Henares, Madrid.

O Estágio de EEESMO em Ginecologia decorreu de 07 de janeiro a 17 de janeiro de 2025 um total de 68h. As consultas de ginecologia eram desenvolvidas por médicos obstetras e com o acompanhamento da EEESMO e auxiliares de enfermeira. Nas consultas eram analisados os resultados de exames complementares de diagnóstico

realizados previamente e, sempre que necessário, procedia-se à realização de exame físico (por exemplo, palpação abdominal) e de exames ginecológicos, como observação com espéculo, toque vaginal e/ou ecografia endovaginal. Tive oportunidade de colaborar em alguns exames, como ecografias endovaginais e abdominais, remoção e colocação de pessário; e, também, presenciei à colocação e remoção de métodos contraceptivos, como dispositivo intrauterino.

Tive igualmente contacto com diversas situações clínicas do foro ginecológico, nomeadamente pólipos e quistos uterinos benignos, prolapso uterino, endometriose, miomas ováricos, cancro do colo do útero e dispareunia, de seguimento pós-cirúrgico ou primeiras consultas de utentes encaminhadas pelos cuidados de saúde primários. Para além do enquadramento clínico destas situações, estas experiências permitiram-me desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e na comunidade em processos de saúde/doença ginecológica, conforme preconizado no *Objetivo 10 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*. Enquanto EEESMO, realizei o acolhimento da mulher, a avaliação inicial global, integrando antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e emocionais, e a elaboração de planos de cuidados individualizados, promovendo a participação ativa da mulher no processo de saúde/doença. Adicionalmente, desenvolvi intervenções de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, sensibilização para a vigilância ginecológica regular e articulação com a equipa multidisciplinar.

Durante este estágio, colaborei com as EEESMO nas consultas de HPV, enfermeiras especialistas em citologias patológicas e no seguimento de mulheres com infeção por HPV. Nas consultas de HPV, a EEESMO desempenha um papel fundamental no acompanhamento clínico de mulheres que já tiveram um primeiro contacto com o vírus e que, após resultados alterados ou positivos, são encaminhadas do centro de saúde para vigilância especializada em ambiente hospitalar. Entre as suas funções destacam-se a realização de citologias cervicais e testes de deteção de HPV de alto risco, a interpretação inicial dos resultados e a educação das utentes sobre a evolução natural da infeção, práticas sexuais seguras e importância do seguimento periódico. Além disso, oferecem apoio emocional, esclarecem dúvidas relativas à sexualidade, fertilidade e gravidez, e participam ativamente em programas de vacinação contra o HPV, reforçando a adesão e contribuindo para a redução da incidência de lesões e cancros associados ao vírus como se ilustra na **Tabela 5**.

**Tabela 5.** Funções de EEESMO na consulta de HPV.

<b>Consulta de EESMO. HPV</b>
Revisão do histórico clínico da utente.
Realizar anamnese direcionada em caso de sintomas como prurido, dispareunia, ardor, lesões ou alterações dérmicas.
Realização da citologia em meio líquido- “co-teste”: escova em leque (Endoexo), escova para endocérvix (Endobrush) e espátulas para cúpulas vaginais.
Identificar sinais sugestivos de patologias como líquen escleroso, líquen plano, vulvodínia, infeções vulvares ou dermatoses.
Explicar os resultados da citologia e do teste de HPV em linguagem clara e compreensível.
Confirmar a continuidade das consultas. Acompanhar as mulheres em controlos periódicos após uma lesão cervical ou tratamento.
Fornecer informações sobre a evolução natural do HPV e sua incubação.
Esclarecer dúvidas e oferecer apoio quanto ao impacto psicológico.
Oferecer vacinação, explicar as orientações e administrar, se necessário.
Promover práticas sexuais seguras e a redução dos riscos de IST.
Abordar o impacto emocional, a dor crónica e a sexualidade afetada.
Educar sobre higiene vulvar não irritante, cuidados com a pele, escolha de roupa interior, gestão de irritantes e produtos seguros.

Este hospital promovia a formação contínua de forma interdisciplinar, envolvendo vários profissionais de diferentes especialidades, e participei em diversas formações relacionadas com o estágio realizado, como um curso de atualização sobre o HPV (ANEXO IV) e outro sobre as mudanças na menopausa (ANEXO V). Pude assistir a uma formação sobre saúde da mulher gratuita para os estudantes de EEESMO, que abordava atualizações sobre diversas patologias ginecológicas, como o HPV e o cancro da mama (APÊNDICE VI, pag. 173); assim como numa formação ministrada sobre violência de género, na qual foram abordados os sinais de alerta, as formas de atuação perante uma suspeita e os procedimentos de recolha de amostras de acordo com o *Código VISEM* da Comunidade de Madrid (ANEXO VI). A participação nestas sessões formativas contribuiu para a atualização de conhecimentos com base na evidência científica e para o desenvolvimento de competências na planificação, execução e avaliação de intervenções de educação para a saúde, em consonância com o Objetivo 4 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES”).

Pelo que pude observar no percurso de meu estágio, na área da ginecologia, a menopausa tende a ficar em segundo plano. Um aspeto que apreciei no hospital onde estagiei foi o facto de estarem a desenvolver uma unidade específica para o tratamento das alterações associadas à menopausa, em colaboração com médicos e EEESMO dos

cuidados de saúde primários da região. Esta unidade tem como objetivo otimizar o manejo dos sintomas com base nas evidências mais recentes, bem como reavaliar patologias como incontinência urinária e prolapsos uterino, vesical ou retal, condições complexas e altamente determinantes para a qualidade de vida das mulheres nesta fase *Objetivo 7 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

No que diz respeito ao estágio no âmbito da gravidez patológica, este decorreu entre 20 de janeiro e 21 de fevereiro de 2025. O acompanhamento clínico das situações de gravidez patológica nas consultas era realizado maioritariamente pelo médico obstetra, responsável pela avaliação médica, definição diagnóstica e orientação terapêutica. Paralelamente, a EEESMO assumia um papel complementar e fundamental na vigilância e no apoio à mulher, colaborando de forma articulada com a equipa médica.

Neste contexto, a EEESMO realizava os registos cardiotocográficos (RCTG), procedia à monitorização de parâmetros relevantes e ao acompanhamento do cumprimento das recomendações terapêuticas, nomeadamente no que respeita às orientações dietéticas em casos de diabetes gestacional, bem como à identificação de necessidades específicas da mulher. Adicionalmente, desempenhava um papel relevante na preparação para o parto, adaptando a informação e o apoio às particularidades de cada situação clínica, como induções do trabalho de parto, cesarianas programadas ou partos prematuros, promovendo a compreensão, a adesão e o envolvimento ativo da mulher no seu processo de cuidados, bem como na aplicação e monitorização dos protocolos de administração de corticoterapia pré-natal em situações de risco de parto prematuro.

Em articulação com o médico obstetra, pude observar o acompanhamento de gestações de risco, bem como a realização de ecografias destinadas ao despiste de trissomias, realização de doppler da artéria umbilical, cerebral média e artérias uterinas para detetar sofrimento fetal, RCIU, e gravidez múltipla; assim como revisão de análises específicas de acordo com a patologia (pré-eclâmpsia, diabetes, anemia, doenças da tiroide, etc.), e vigilância rigorosa de sinais de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP, infeção, RPM, hemorragia ou parto prematuro.

Para além das aprendizagens e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista neste contexto clínico, durante o estágio na maternidade, também prestei cuidados a grávidas internadas por diferentes complicações, como pré-eclâmpsia, APP, RCIU, RPM a partir da 28.<sup>a</sup> semana ou gravidez múltipla com complicações. Adicionalmente, observei situações associadas a outros fatores de risco, incluindo grávidas fumadoras, antecedentes de abortos espontâneos, oligoâmnios,

placenta prévia, gravidez geriátrica, patologia renal materna, colo uterino curto e descolamento de placenta, apoiando os cuidados necessários em cada momento e aos protocolos hospitalares que orientavam a atuação perante cada patologia.

Acompanhei igualmente as consultas da 36.<sup>a</sup> semana de gravidez, correspondentes à quarta consulta hospitalar da mulher, realizadas autonomamente por uma EEESMO. Nesta consulta, a EEESMO assumia a responsabilidade pela avaliação global da grávida, recorrendo ao médico obstetra apenas em situações específicas, nomeadamente perante a identificação de desvios da normalidade, alterações nos resultados analíticos ou dúvidas durante a observação do batimento cardíaco fetal ou da posição fetal. Esta consulta assumia particular relevância, uma vez que se centrava na elaboração e discussão do plano de parto, bem como na orientação da mulher e do casal para o momento do nascimento, através do esclarecimento de dúvidas, do apoio à tomada de decisão informada e da apresentação das instalações da sala de partos. Deste modo, a intervenção da EEESMO complementava o acompanhamento previamente realizado nos cuidados de saúde primários, promovendo a continuidade dos cuidados e reforçando a segurança, a confiança e o envolvimento ativo da mulher no processo de parto, conforme descrito na tabela abaixo (**Tabela 6**).

**Tabela 6-** Funções de EEESMO na consulta de gravidez no hospital.

<b>Consulta EEESMO em contexto hospitalar</b>
Acompanhamento da gravidez de 36 semanas (4. <sup>a</sup> visita hospitalar).
Revisão dos resultados da análise do 3. <sup>o</sup> trimestre.
Solicitar nova análise se algum valor estiver alterado.
Colheita de exsudado vagino-retal para deteção de estreptococos beta-hemolíticos.
Manobras de Leopold + auscultação do batimento fetal com Sonik.
Entrega dos consentimentos para o parto, explicando ao casal o procedimento de admissão.
Entrega do plano de parto e esclarecimento de dúvidas.
Informação sobre a doação de sangue do cordão umbilical.
Controlo do peso e dos sinais vitais.
Recomendação de exercícios preventivos e pródromos.
Recomendações higiénico-dietéticas.
Recordar os sinais de alarme para recorrer às urgências.
Solicitar monitorizações para a semana 40 e sucessivas consultas obstétricas.

Definitivamente, através da prática clínica realizada, pude compreender de forma mais aprofundada como cada tipo de patologia pode representar um risco para a gravidez e de que modo pode afetar a grávida, o feto e toda a vivência da gestação para a mulher e para o casal. Por conseguinte, este contacto nas consultas de EEESMO

levou-me a reconhecer a importância de tranquilizar a grávida nestas situações, tanto durante o internamento como no momento do parto, e a perceber o quanto uma patologia na gravidez pode alterar a rotina e a dinâmica familiar, bem como o impacto psicológico que pode gerar em todos os envolvidos. Além disso, esta experiência permitiu-me identificar uma evidente falta de atualização relativamente ao exercício físico, uma vez que ainda se associa de forma direta a gravidez patológica ao repouso absoluto ou relativo, mesmo em situações como a RCIU, nas quais já está demonstrado que a prática de exercício físico pode melhorar a perfusão placentária (ACOG, 2020; Santos-Rocha, 2020).

Também tive oportunidade de intervir junto de mulheres que manifestavam sentimentos de culpa associados à vivência de uma gravidez com complicações, atribuindo frequentemente a si próprias a responsabilidade pela situação, relacionando-a com comportamentos prévios que acreditavam ter adotado. Perante estas situações, enquanto EEESMO, desenvolvi intervenções centradas no acolhimento, na escuta ativa e na avaliação do bem-estar emocional da grávida, procurando identificar crenças disfuncionais e necessidades específicas de apoio.

Através do esclarecimento, da educação para a saúde e da normalização das alterações e riscos inerentes à gravidez, promovi uma compreensão mais realista do processo saúde/doença, contribuindo para a redução da ansiedade e da culpa percebida, bem como para o reforço da confiança e da adaptação emocional da mulher. Estas intervenções enquadram-se no *Objetivo 8 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*, ao permitirem a prestação de cuidados especializados, individualizados e de qualidade à mulher inserida na família e na comunidade, no período pré-natal.

Esta perceção articula-se diretamente com a *Teoria das Transições de Meleis*, que considera a gravidez patológica uma transição vulnerável, marcada por incerteza, medo, redefinição de papéis e necessidade acrescida de suporte. Segundo os seus pressupostos, cabe ao EEESMO identificar os significados atribuídos pelas mulheres às mudanças vividas, reconhecer fatores que intensificam a vulnerabilidade e implementar intervenções que favoreçam a adaptação, reforcem os recursos pessoais e promovam uma transição saudável (Meleis, 2010). Acompanhar estas mulheres permitiu-me compreender que a presença de uma patologia exige uma intervenção profissional ativa, sensível e esclarecedora, capaz de facilitar a redefinição da experiência, validar emoções, reduzir o sofrimento e fortalecer a autonomia da grávida ao longo de todo o processo. Assim, tornou-se evidente a importância de o EEESMO trabalhar com o casal os potenciais desafios, relacionados ou não com a patologia, e prepará-lo para a chegada do bebé, uma vez que, apesar de o foco imediato recair na complicação da

gravidez, esta família está simultaneamente a vivenciar uma transição para novos papéis, o que exige preparação, capacitação e acompanhamento.

Por outro lado, apesar da área da ginecologia se enquadrar nas competências do EEESMO, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, e de ao longo do estágio ter adquirido novos conhecimentos e aprendido diferentes procedimentos, bem como compreendido o impacto que a patologia ginecológica pode ter na vida da mulher e família, considero que esta continua a ser uma área fortemente marcada pela predominância do modelo biomédico. Enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura enfermeira especialista, percebi que ainda existe pouca abertura para a intervenção autónoma de enfermagem junto destas mulheres, e considero que, tanto em Portugal como em Espanha, a formação da EEESMO é insuficiente no âmbito da ginecologia e, em particular, na área da patologia vulvar, que é pouco abordada apesar da sua relevância clínica. O tratamento adequado destas condições é fundamental, sobretudo nos cuidados de saúde primários, onde a EEESMO desempenha um papel fundamental ao identificar precocemente estas mulheres e encaminhá-las para o especialista mais indicado, idealmente um dermatologista com formação específica em patologia vulvar. Por interesse em aprofundar conhecimentos realizei formações complementares durante os estágios em Madrid, nomeadamente um curso intensivo de três dias sobre patologia vulvar (APÊNDICE VI, pag. 173), trabalhando diversos casos clínicos ministrados por profissionais especializados. Esta formação proporcionou-me maior segurança no manejo da patologia vulvar e ampliou significativamente a minha compreensão sobre este domínio.

Ainda assim, reconheço que este estágio representou uma experiência extremamente enriquecedora, contribuindo de forma significativa para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para o reforço da minha identidade enquanto futura EEESMO. Esta vivência despertou reflexões importantes sobre a necessidade de desenvolver estratégias que promovam uma maior integração da enfermagem no acompanhamento da mulher em contextos ginecológicos, favorecendo um cuidado mais humanizado, holístico e centrado na pessoa.

No que diz respeito à teoria que orientou a minha prática clínica enquadra este relatório, pude constatar que, ainda que o contexto das consultas limitasse uma intervenção de enfermagem mais autónoma, foi possível cuidar das mulheres que vivenciavam processos de saúde/doença ginecológica. Esta teoria defende que o enfermeiro tem um papel essencial na facilitação das transições vividas pelas pessoas ao longo do ciclo vital, ajudando-as a compreender e a adaptar-se às mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes da sua condição (Meleis, 2010). Assim, mesmo em

intervenções mais breves, procurei promover o conforto e o bem-estar das utentes, incentivando-as a reconhecer e acreditar nas suas próprias capacidades para lidar com a patologia, reforçando a confiança e a autonomia necessárias a uma transição saudável. Este cuidado foi sustentado pela escuta ativa, pela empatia e pela compreensão das expectativas e preocupações de cada mulher, demonstrando disponibilidade e presença durante as consultas e tratamentos.

Após a reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante este estágio, considero que foi possível ir ao encontro e cumprir os objetivos do PIE (*APÊNDICE I*), diretamente relacionados com o período e o contexto de prática realizados, dentro dos intervalos de tempo propostos.

#### **3.2.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos**

O estágio no bloco de partos decorreu de 19 de fevereiro a 19 de julho de 2025, num total de 500 horas, com o objetivo de prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e ao RN durante os diferentes estádios do TP, integrando a equipa prestadora de cuidados em sala de partos.

O período de estágio no bloco de partos foi dividido entre três hospitais. As primeiras 300 horas decorreram no hospital onde realizei os estágios nas áreas da ginecologia, gravidez patológica e puerpério, compreendendo o período entre 24 de fevereiro e 30 de abril de 2025. Trata-se de uma instituição que reconhece a mulher grávida como uma pessoa saudável e o nascimento como um processo fisiológico, assumindo como prioridade a garantia da saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. Este hospital apresenta uma média aproximada de 1,5 partos por dia, adotando predominantemente uma abordagem de baixa a média intervenção, condicionada, entre outros fatores, pela inexistência de uma unidade de cuidados intensivos neonatais de elevada diferenciação. Dispõe, contudo, de articulação com hospitais de maior diferenciação sempre que necessário, localizados a menos de cinco minutos de distância. No ano de 2024, ocorreram um total de 500 partos eutócicos, dos quais 369 foram eutócicos, com 20% cesarianas e 6.2% instrumentais. As instalações incluem duas salas destinadas a grávidas em fase de pré-parto e quatro salas de dilatação, encontrando-se o bloco de partos integrado na área das urgências obstétricas.

No que respeita à organização dos cuidados, o bloco de partos funciona habitualmente com duas EEESMO por turno, em regimes de 12 ou 24 horas, contando ainda, de forma ocasional, com uma matrona de reforço, de acordo com a carga

assistencial. Esta dotação de recursos humanos favorece uma intervenção contínua, segura e individualizada durante o trabalho de parto, permitindo uma vigilância próxima da parturiente, a implementação atempada de intervenções adequadas e uma resposta eficaz perante eventuais desvios da normalidade, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados materno-fetais.

Neste contexto clínico, destaca-se a promoção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, como a utilização da bola de parto, massagem, *rebozo* e técnicas de respiração e relaxamento, de acordo com a intenção da parturiente e em consonância com as orientações portuguesas, nomeadamente a Norma n.º 002/2023 da Direção-Geral da Saúde, atualizada em março de 2024. A atuação da EEESMO assume, assim, um papel central na vigilância, no apoio contínuo à mulher e ao casal, na adaptação das intervenções às necessidades individuais e na articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando cuidados centrados na mulher e no processo fisiológico do nascimento.

Neste hospital, numa aquisição gradual de capacidade de vigilância e intervenção ao longo do trabalho de parto e parto, assisti um total de 32 partos. Neste período, a rotação centrou-se inicialmente na observação dos partos, o que permitiu familiarizar-me com o ambiente, com a dinâmica da equipa e com o acompanhamento às mulheres em trabalho de parto. À medida que fui adquirindo maior segurança e confiança nas minhas competências, comecei progressivamente a assumir intervenções mais autónomas, tomando iniciativa e intervindo de forma mais ativa nas diferentes situações clínicas. Reconheço que, numa fase inicial, experimentei sentimentos de desconforto e insegurança, sentindo dificuldade em estabelecer uma relação de confiança com as mulheres e do casal, uma vez que tinha a perceção de que poderia ser mais um incómodo do que uma ajuda. Com o tempo, porém, compreendi que, mais do que a minha práxis e conhecimentos, o essencial era oferecer apoio, transmitir confiança e contribuir para o empoderamento destas mulheres, garantindo que se sentissem verdadeiramente ouvidas. A partir desse momento, percebi que tinha encontrado o meu lugar nesta profissão.

Neste período, realmente vivi momentos importantes, dediquei muitas horas e esforços para poder vivenciar a prestação de cuidados em todas as fases do trabalho de parto e senti-me unida a muitas mulheres.

Cuidei de mulheres submetidas a diferentes tipos de cesarianas, programadas, urgentes e de emergência. Nas cesarianas programadas, era permitida a presença do companheiro ou de uma pessoa significativa, o que se revelou um aspeto especialmente positivo, uma vez que a presença de um acompanhante durante o parto está associado a maior tranquilidade, redução da ansiedade e melhor perceção da experiência por parte

da mulher. Esta prática encontra-se alinhada com as recomendações nacionais e internacionais, que defendem o acompanhamento contínuo da mulher por uma pessoa da sua escolha sempre que as condições clínicas e organizacionais o permitam (Direção-Geral da Saúde, 2024; WHO, 2018).

Para mim, o momento mais difícil era quando surgia a necessidade de decidir se deveríamos chamar o obstetra, sobretudo quando já tínhamos ultrapassado as quatro horas de período expulsivo e era preciso avaliar a necessidade de intervenção médica. De acordo com as recomendações clínicas, a duração prolongada do período expulsivo associa-se a um aumento do risco de complicações maternas e fetais, como exaustão materna, hemorragia pós-parto, sofrimento fetal ou necessidade de intervenção instrumental ou cirúrgica. Assim, quando o período expulsivo ultrapassava as quatro horas, tornava-se fundamental uma avaliação criteriosa da progressão do parto, do bem-estar materno e fetal e da eficácia das medidas implementadas, de modo a ponderar, em articulação com o obstetra, a necessidade de intervenção médica, garantindo a segurança da mulher e do recém-nascido (Direção-Geral da Saúde, 2024; WHO, 2018).

A partir do momento em que os obstetras intervinham, sentia que o ambiente construído pela enfermeira especialista e por mim se desfazia: para a mulher, aquele momento tornava-se marcado pela falta de comunicação, pela insensibilidade e pelo medo. Apesar disso, compreendi que o papel da EEESMO nesse contexto é continuar a apoiar a mulher, mesmo quando o parto deixa de estar sob a sua condução direta. Considerava essencial manter a mulher informada sobre tudo o que estava a acontecer e o que iria acontecer a seguir. No entanto, era profundamente doloroso testemunhar decisões médicas tomadas sem consultar a mulher, como por exemplo, a realização de episiotomias sem aviso prévio. O consentimento informado é um princípio ético e legal essencial na prestação de cuidados, assumindo particular importância no contexto do parto, mesmo perante complicações obstétricas; apenas em situações de emergência iminente, em que exista risco imediato para a vida materna ou fetal, poderá ser justificada a intervenção sem consentimento prévio (Direção-Geral da Saúde, 2024; WHO, 2018).

Vivenciei também duas situações particularmente negativas envolvendo a manobra de Kristeller, executadas por dois obstetras, cujas intervenções não se mostraram alinhadas com os princípios que orientam a promoção de um parto positivo. Trata-se de uma prática controversa e não recomendada pelas orientações atuais, por estar associada a potenciais riscos maternos e neonatais e por contrariar os princípios do parto positivo, nomeadamente o respeito pela fisiologia do parto, pela autonomia da mulher e pela promoção de uma experiência de nascimento segura e humanizada

(Direção-Geral da Saúde, 2024; WHO, 2018). Apesar do impacto emocional desta situação que experienciei, recebi um apoio fundamental da minha EEESMO que orientou o meu estágio, quando me disse algo que nunca esquecerei: “*Se não concordas, não o faças; só assim não serás cúmplice desse trauma.*” Foi graças a este posicionamento ético que ela recusou realizar a manobra quando o obstetra o sugeriu, ficando a execução a cargo do médico interno. Nesse momento vivi uma grande ambivalência: por um lado, senti alívio por não ter sido cúmplice; por outro, senti que, ao afastar-me, a mulher deixou de ver os nossos rostos ao seu lado, num momento tão vulnerável.

Essa experiência fez-me perceber a importância de defendermos o nosso papel, de levarmos adiante as boas práticas e de valorizarmos o verdadeiro trabalho em equipa. Não quero ver o obstetra como um inimigo, mas sim como um profissional cuja intervenção, embora menos fisiológica, pode ser necessária e respeitável para a mulher e o seu bebé, desde que realizada com humanidade. Neste sentido, reconheci a importância de comunicar de forma clara e assertiva com o médico obstetra e com a restante equipa multidisciplinar, expressando concordância ou discordância fundamentada sempre que necessário, de modo a salvaguardar a dignidade, a autonomia e os direitos da mulher. Esta atuação encontra-se em consonância com os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2016), nomeadamente o dever de respeito pela pessoa, pela sua autodeterminação e pela prestação de cuidados livres de práticas desrespeitosas, bem como com as competências éticas comuns do enfermeiro especialista, que preconizam a defesa dos interesses da pessoa cuidada, a promoção de cuidados seguros e humanizados e a responsabilidade profissional na tomada de decisão e na articulação em equipa.

Além disso, este hospital presta assistência de saúde a uma grande população de etnia cigana, o que me permitiu observar situações complexas, como o caso de jovens de 14 anos a terem o seu primeiro filho, frequentemente pressionadas pelas mães a rejeitar a analgesia epidural. O primeiro parto eutócico que acompanhei sem analgesia foi uma experiência muito marcante: a parturiente apresentava comportamentos infantis e sofreu intensamente, pois não conseguia compreender ou integrar as orientações que lhe dávamos e não se mostrava recetiva aos métodos não farmacológicos que propúnhamos, como o *rebozo* ou a aplicação de calor na zona. A sua mãe, quem escolheu para acompanhar-lha, também não conseguia acalmá-la, acabando por aumentar ainda mais a sua agitação. Algumas mulheres de etnia cigana, cujos partos acompanhei, expressavam a crença de que o “verdadeiro parto”, entendido como um marco identitário de passagem para a condição de mulher, correspondia ao parto sem recurso à analgesia epidural. O puerpério imediato desta jovem foi também

complexo: teve uma laceração de segundo grau que necessitou de sutura com bloqueio anestésico, algo difícil de negociar com ela, que não conseguia permanecer calma. Para agravar a situação, ocorreu uma retenção placentária que exigiu a intervenção do médico obstetra, realizada sem reforço anestésico, devido à recusa expressa da mãe e, conseqüentemente, da parturiente. Perante este contexto de elevada exigência física e emocional, procurei, dentro das minhas possibilidades enquanto EEESMO, assegurar um apoio contínuo, baseado na comunicação terapêutica, esclarecendo as dúvidas que a mulher conseguiu verbalizar e oferecendo suporte emocional ao longo do processo. A comunicação eficaz revelou-se essencial para permitir à mulher expressar as suas expectativas, emoções e necessidades de informação de forma fluida, favorecendo a implementação de intervenções mais ajustadas e competentes, em consonância com as boas práticas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Cardoso et al., 2023).

Outra situação clinicamente relevante foi o parto eutócico de uma primípara de 20 anos, que deu entrada no hospital às 40 semanas de gestação, já em fase expulsiva, com dilatação cervical completa. O parto foi por mim assistido, sob a supervisão direta ESMO, garantindo uma atuação segura e adequada ao contexto clínico. Durante a avaliação inicial, a mulher verbalizou desconhecer a gravidez até ao momento do parto, referindo ter interpretado os sinais e sintomas como um problema intestinal, bem como manifestou dúvidas quanto à paternidade, associadas a uma relação recente. Perante este quadro, que evidenciava ausência de reconhecimento prévio da gravidez, discurso desorganizado face à situação vivenciada e elevado impacto emocional no pós-parto imediato, foi necessária uma intervenção baseada na empatia, na contenção emocional e no apoio contínuo ao longo de todo o processo de parto. Atendendo à complexidade psicossocial da situação e ao risco potencial de descompensação emocional no período pós-parto, a mulher foi posteriormente encaminhada para avaliação pelo serviço de psiquiatria, com o objetivo de assegurar uma avaliação especializada, identificar necessidades de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e garantir a continuidade de cuidados adequados.

Também vivi turnos particularmente enriquecedores, como um parto gemelar vaginal espontâneo às 36 semanas, ou a admissão de uma mulher com RPM que evoluiu para pré-eclâmpsia e que, após o parto eutócico, teve de ser transferida para a UCI. Neste período, tive igualmente a oportunidade de realizar, sob supervisão da EEESMO, partos que se revelaram experiências extremamente positivas para as mulheres e respetivas famílias. Quando estabelecia uma boa relação com uma família, procurava acompanhá-la no pós-parto, visitando-a e esclarecendo as dúvidas que surgissem. As famílias valorizavam muito ver rostos conhecidos e sentir que tinham apoio contínuo.

Posteriormente, continuei a minha rotação durante o mês de maio no hospital de Torrejón, integrado no Serviço Madrileño de Salud, dispondo de bloco de partos e de articulação com unidades de maior diferenciação sempre que necessário. Esta instituição privilegia o parto fisiológico de baixa intervenção, adotando uma abordagem centrada na mulher e no casal, e no respeito pela fisiologia do parto, em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que defendem um modelo de cuidados durante o trabalho de parto que favoreça a experiência positiva da mulher e evite intervenções desnecessárias (WHO, 2018).

Quanto à sua estrutura, particulariza-se as salas de parto inovadoras concebidas para ajudar o casal a relaxar e a estabelecer uma ligação profunda entre corpo e mente durante o processo de nascimento. Dispõe de dois boxes de observação com monitorização e quatro salas de dilatação, sendo uma delas equipada com piscina de parto. Este hospital procura adaptar-se às exigências atuais da sociedade, evidenciando uma prática assistencial alinhada com modelos contemporâneos de cuidados ao parto. Nesta instituição, a enfermeira especialista pode desenvolver os cuidados que lhe competem de forma verdadeiramente holística, o que foi extremamente enriquecedor para mim, enquanto futura EESMO (*APÊNDICE VI, p.171*).

O hospital tem uma média de três partos por dia e dispõe de dois boxes de observação com monitorização e quatro salas de dilatação, sendo uma delas equipada com piscina de parto. No ano de 2024, ocorreram 300 partos, dos quais cerca de 75% foram eutócicos, 15% cesarianas e 10% instrumentais. De um modo geral, identifiquei-me com os protocolos de atuação deste hospital, pois respeitavam o processo fisiológico do parto, sempre com aceitação e consentimento informado da mulher. Um exemplo disso é o protocolo de profilaxia antibiótica na RPM e a indução pela BR, que se inicia às 24 horas, enquanto noutros hospitais é habitual iniciar às 12 horas. Além disso, disponibilizavam um plano de parto próprio no momento da admissão, que a EEESMO fazia questão de considerar e respeitar. Além disso, o hospital disponibilizava um plano de parto próprio no momento da admissão, o qual a EEESMO fazia questão de considerar e respeitar. O plano de parto é um documento valioso que permite à mulher ou ao casal expressar as suas expectativas em relação ao trabalho de parto e ao nascimento e promover decisões informadas sobre os cuidados que desejam receber, devendo ser respeitado sempre que possível (Direção-Geral da Saúde, 2020; Ministério de Sanidad, 2007).

Após os meses no primeiro *Hospital*, senti um receio inicial ao mudar de instituição, mas compreendi que era necessária uma mudança e que estava pronta para avançar. Pude aplicar tudo o que tinha aprendido ao longo dos meses anteriores e

percebi que as parteiras depositavam em mim uma grande confiança. Por se tratar de um hospital mais pequeno, foi também mais fácil dar-me a conhecer, e considero que me integrei muito bem em toda a equipa, obstetras, auxiliares e até enfermeiras pediátricas, que frequentemente me convidavam a colaborar nos cuidados neonatais quando a sala de partos se encontrava vazia. Assim, senti-me sempre realizada, envolvida e, sobretudo, longe de qualquer sensação de estagnação.

Além disso, tive também a oportunidade de dinamizar uma sessão de educação para a saúde dirigida às grávidas e respetivas famílias, em articulação com outra EEESMO, abordando temas que ainda não tinham sido trabalhados pela equipa, nomeadamente o exercício físico durante a gravidez (*APÊNDICE XI*), área pela qual tenho particular interesse e que considerei relevante reforçar junto deste grupo. Embora esta atividade tenha ocorrido durante o período de rotação no bloco de partos, foi realizada numa jornada adicional, aproveitando uma oportunidade formativa que surgiu e que considerei pertinente para o meu desenvolvimento profissional.

Neste período, num mês consegui assistir 6 partos eutócicos de forma autónoma, experiências que vivenciei de forma particularmente enriquecedora. Trabalhei em articulação com uma obstetra especialista em pavimento pélvico, que me convidou a acompanhar um parto eutócico com o objetivo de me transmitir técnicas específicas de proteção perineal durante a fase expulsiva. Estas incluíam a condução do período expulsivo em vários tempos, especialmente na fase final de coroação, respeitando o denominado *anel de fogo*, orientando a mulher a evitar o esforço expulsivo até à contração seguinte, de forma a permitir uma distensão progressiva dos tecidos. Adicionalmente, foi reforçada a opção por não realizar massagem perineal durante o parto, uma vez que a evidência sugere que a sua aplicação intraparto pode aumentar o edema perineal e o risco de lacerações. Posteriormente, sempre que as condições clínicas o permitiam, procurei integrar estas estratégias na minha prática, promovendo uma abordagem mais fisiológica e protetora do pavimento pélvico, em consonância com as recomendações atuais para a promoção de um parto positivo (WHO, 2018).

Também pude acompanhar dois partos de mulheres militares, pois a base aérea da Espanha ficava próxima ao hospital, e muitas dessas mulheres, por terem seguro privado, optavam por dar à luz ali. Apresentavam uma condição física privilegiada, permanecendo fortes antes e durante toda a gravidez, o que favoreceu trabalhos de partos sem complicações, apenas com *Walking epidural*, com períodos expulsivos inferiores a uma hora, e posteriormente, com o períneo íntegro. Esta experiência evidenciou o que a literatura científica tem vindo a demonstrar, nomeadamente que uma boa condição física antes da gravidez pode constituir um fator relevante para enfrentar

as exigências fisiológicas da gestação, favorecendo uma melhor adaptação às alterações cardiovasculares, metabólicas e musculoesqueléticas próprias deste período (WHO, 2020; ACOG, 2020; Mottola et al., 2019; Santos-Rocha, 2020).

Recordo igualmente um parto que me marcou de forma particular, o de uma múltipara que expressava o desejo de realizar um parto sem recurso à analgesia epidural, embora verbalizasse dúvidas quanto à sua capacidade para o conseguir. Na avaliação inicial realizada pela EEESMO (de acordo a objetivo 11 do PIE *APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES”*).foi possível identificar que a mulher se encontrava bem preparada para o trabalho de parto, demonstrando conhecimento sobre as diferentes fases do processo, estratégias de controlo da dor e posições facilitadoras do parto, resultado da preparação prévia que tinha realizado. As dúvidas expressas centravam-se sobretudo na gestão da intensidade da dor e na sua capacidade de manter o controlo emocional ao longo do período expulsivo.

Ao longo do trabalho de parto, a EEESMO assegurou um apoio contínuo, baseado na escuta ativa, reforço positivo e adaptação das intervenções às necessidades da mulher, promovendo a sua confiança e autonomia. Foram privilegiadas estratégias não farmacológicas de controlo da dor, recorrendo-se não só a técnicas de respiração, relaxamento e concentração, mas também à criação de um ambiente favorável ao parto fisiológico. O parto decorreu sem intercorrências, tendo sido possível acompanhar o nascimento em posição de quadrúpede, opção escolhida pela mulher, o que contribuiu para uma vivência autêntica, positiva e alinhada com os princípios do parto fisiológico e centrado na mulher.

Neste contexto, utilizámos igualmente a cromoterapia e a aromaterapia como medidas complementares para promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e facilitar a vivência do trabalho de parto (*APÊNDICE VI, pag 171*). Estas práticas eram fortemente incentivadas pela chefia da unidade, de nacionalidade polaca, que promovia uma filosofia de cuidados centrada no parto fisiológico e respeitado, valorizando a individualização dos cuidados e o respeito pelas preferências da mulher. A unidade encontrava-se devidamente preparada para esta abordagem, dispondo de instalações adaptadas que permitiam a modulação da iluminação e a utilização de aromas suaves, integrando estas estratégias de forma natural na assistência ao parto.

Por fim, para completar o processo de aprendizagem na sala de partos, realizei as últimas 100 horas de estágio num Hospital Materno-Infantil de referência em Espanha, onde tive oportunidade de vivenciar situações de desvio à normalidade do trabalho de parto e parto, devido à grande procura de assistência que este hospital apresenta. Inaugurado em 1964, mais de 730 000 crianças de toda a Espanha nasceram até agora na Maternidade deste Hospital, com capacidade para centenas de mães e

RN, tudo articulado num complexo vertical de 18 andares, que favorece o atendimento integrado e humanizado, sendo um exemplo de profissionalismo e vanguarda em matéria de atendimento, ensino e investigação e pioneiro na humanização do atendimento de saúde. Deste modo, o hospital tem como visão ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, investido na inovação e na evolução de serviços especializados e eficientes através da gestão de recursos, tendo como principal objetivo a satisfação dos utentes (Ministério da Saúde, 2022).

Este hospital tem uma média de 15 partos por dia, caracterizados por uma intervenção média-alta devido à complexidade das situações que são acompanhadas (APÊNDICE VI, p.171). No ano 2024, o Hospital registou 5150 partos, dos quais 70% partos eutócicos, com uma taxa de cesarianas de 27.36%. A unidade Materno-Infantil conta com urgências obstétricas, localizadas na base da torre, bem como três andares de hospitalização para puérperas e um andar para gravidez patológica. O bloco de partos conta com um andar de pré-parto e dez salas de dilatação.

Atualmente a unidade de bloco de partos encontra-se em processo de remodelação e expansão. Este hospital conta com uma ampla Unidade de Reanimação Neonatal: Cuidados Intensivos Neonatais (23 vagas), Vigilância Intensiva Neonatal (15 vagas) e Cuidados Especiais (28 vagas). Em 2024, a áreas dos Cuidados Intensivos Neonatais do hospital registou 1.516 recém-nascidos assistidos.

O *materno-infantil* conta ainda com um serviço de alta precoce, que consiste em dar alta às mulheres após partos eutócicos às 24 horas e às mulheres submetidas a cesariana às 48 horas, desde que cumpram os critérios de normalidade. Posteriormente, recebem uma visita domiciliária às 48 horas por parte de uma matrona, responsável por monitorizar a evolução de um puerpério fisiológico, bem como avaliar os cuidados ao recém-nascido, realizando igualmente o teste de rastreio das doenças metabólicas, para que a família não tenha de se deslocar a um centro hospitalar para o efetuar. Esta medida foi implementada durante a pandemia de COVID-19, mas foi mantida, pois contribuiu para descongestionar a unidade, dada a elevada afluência de partos que recebe.

Apesar de ser o estágio que mais temia, devido à reputação do hospital por lidar com inúmeras complexidades e à fama de possuir uma equipa de difícil acesso e com algumas práticas consideradas obsoletas, acabei por perceber que este receio inicial também se relacionava com dúvidas sobre a minha própria formação. Questionei se estaria ao nível das restantes EEESMO em formação, especialmente porque este hospital costuma receber as melhores estudantes de toda a Espanha, sendo um dos centros com a média de acesso mais alta. Foi igualmente o local onde enfrentei maiores dificuldades para conseguir ser colocada como estagiária, uma vez que foi necessário

solicitar uma autorização ao Ministério da Saúde e elaborar um trabalho detalhado sobre toda a minha formação, posteriormente analisado pela unidade docente. Felizmente, fui aprovada com sucesso.

Apesar de todos estes receios, desde o primeiro dia tive uma grata surpresa. Mesmo quase não conseguindo chegar à unidade, no primeiro dia, devido à dimensão do hospital, perdendo-me várias vezes nas instalações e deparando-me com um grande número de profissionais no bloco de partos, que à primeira vista poderiam ter-me intimidado (sobretudo por ter chegado sozinha e mais tarde do que as restantes estudantes, já integradas desde o mês anterior), mantive-me firme e segura de mim mesma. Essa postura revelou-se extremamente favorável para todo o período do meu estágio, permitindo-me começar esta experiência com confiança e abertura ao crescimento.

Assim que cheguei, procurei conhecer ao máximo a unidade: revisei todos os protocolos, identifiquei a localização dos medicamentos de emergência e explorei todo o tipo de material disponível de acordo aos *objetivos 1 e 2 traçados no PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*. Queria sentir-me preparada para atuar com segurança desde o início. Após entrar em contacto com aquelas que seriam as minhas colegas de rotação, três estudantes por turno, tive a sorte de coincidir com pessoas magníficas, que me ajudaram a integrar-me e nunca me fizeram sentir deslocada, apesar de estar a realizar a minha formação fora de Espanha. Foi, inclusive, a primeira vez que encontrei profissionais genuinamente curiosos sobre a minha formação, dispostos a partilhar histórias, experiências e conhecimentos, o que me fez sentir especialmente acolhida.

Todos os meus turnos neste hospital foram muito intensos, dinâmicos e cheios de adrenalina; aprendi muito. Conheci muitas mães e muitos RN, cujos nomes, por vezes, me custava memorizar, algo que considerei um ponto negativo, tendo em conta a minha personalidade e a importância que dou à individualização do cuidado. O meu objetivo nunca foi assistir ao maior número possível de partos, mas sim vivenciá-los com qualidade, presença e significado. Contudo, era inevitável adaptar-me ao ritmo acelerado. Geralmente acompanhava duas mulheres por turno, mas nas 12 horas de trabalho acontecia, por vezes, concluir os partos eutócicos e ainda realizar a admissão e acolhimento de novas grávidas.

A fase ativa da dilatação e os períodos expulsivos tendiam a ser rápidos, uma vez que as mulheres permaneciam a maior parte do tempo nas salas de dilatação e apenas se deslocavam para o bloco de partos a partir dos 4-5 cm, onde eu assumia o

acompanhamento. Ainda assim, nos períodos em que o volume de trabalho era menor, procurava colaborar ativamente nas salas de dilatação, apoiando a realização de RCTG, a administração de medicação quando indicada e o acompanhamento das mulheres em trabalho de parto que aguardavam disponibilidade nas salas de expulsivos. Do mesmo modo, participei nas cesarianas, mantendo-me sempre disponível para aprender, prestar apoio e integrar-me de forma ativa no trabalho da equipa multidisciplinar.

Tive de me adaptar a trabalhar num ambiente altamente exigente e, embora não fosse o contexto em que idealizava desenvolver-me como futura EESMO, reconheço que foi extremamente benéfico para a minha formação. Por isso, dediquei-me intensamente a aprender e a acompanhar o ritmo da unidade. Um exemplo disso foram os protocolos, que diferiam bastante dos outros hospitais onde estagiei; por exemplo, o protocolo de profilaxia na RPM incluía a administração de dois antibióticos e a indução por bolsa rota era iniciada às 12 horas, não permitindo, muitas vezes, que o trabalho de parto evoluísse espontaneamente. Considero que também utilizavam grandes quantidades de oxitocina, tanto como estimulantes como para induções ou como uterotómico. Em câmbio, nos hospitais anteriores, mediam a quantidade de oxitocina em função da parturiente, das suas patologias, do tipo de parto e do índice obstétrico. Também aplicavam o protocolo segundo o qual o período expulsivo só podia ser prolongado até 3 horas no caso de cesariana anterior.

Ao contrário dos hospitais anteriores, onde o recém-nascido era habitualmente atendido pela EEESMO de apoio, aqui havia duas enfermeiras especializadas em reanimação neonatal. Eu valorizava profundamente quando tudo decorria sem complicações, quando nenhum procedimento adicional era necessário e o bebé podia permanecer junto ao país. Ver aquele primeiro contacto acontecer de forma tranquila e segura despertava em mim uma sensação imensa de alívio e gratidão. O contacto com as enfermeiras especialistas em reanimação neonatal constituiu uma aprendizagem relevante para a minha futura prática profissional. Este acompanhamento permitiu-me consolidar conhecimentos sobre a avaliação sistemática do recém-nascido imediatamente após o nascimento, nomeadamente a observação da adaptação à vida extrauterina, o controlo da respiração, da coloração e do tónus, bem como a identificação precoce de sinais de alerta que exigem intervenção; em consonância com *objetivo 16 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

Nos partos eutócicos que realizei, estes conhecimentos traduziram-se numa maior segurança na prestação de cuidados iniciais ao recém-nascido, reforçando a importância da vigilância contínua, da articulação com a equipa e da capacidade de

resposta adequada perante eventuais intercorrências, contribuindo para cuidados mais seguros e de qualidade no início da vida.

Tive a oportunidade de acompanhar diversos trabalhos de parto sem complicações, maioritariamente em mulheres múltiparas, caracterizados por períodos expulsivos curtos, frequentemente inferiores a 30 minutos, enquadrados dentro dos tempos considerados normais para este grupo. De acordo com as recomendações internacionais, o período expulsivo em mulheres múltiparas é geralmente mais curto, sendo considerado fisiológico até cerca de 1 hora na ausência de analgesia epidural e até 2 horas quando esta é utilizada, desde que exista progressão adequada e bem-estar materno e fetal (WHO, 2018; ACOG, 2020).

Além disso, consegui vivenciar partos sem analgesia epidural, que foram plenamente respeitados, bem como situações em que as EEESMO me permitiram trabalhar o movimento durante o trabalho de parto – objetivo 12 do PIE (*APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”*). Nos casos em que as mulheres optavam por não recorrer a analgesia farmacológica, o controlo da dor era alcançado através de um elevado nível de autocontrolo, concentração e técnicas de relaxamento. Destacava-se, de forma consistente, o papel fundamental do apoio da pessoa acompanhante, que se encontrava em sintonia com a mulher, oferecendo suporte emocional contínuo. Em várias situações, este apoio era também ativo, sendo-lhe ensinadas técnicas específicas de alívio da dor, como a massagem sacral, a utilização do *rebozo* em diferentes posições e movimentos, bem como estratégias posturais facilitadoras do conforto materno. Adicionalmente, quando apropriado e após explicação prévia, era disponibilizada a analgesia com óxido nitroso, utilizada a pedido da mulher, respeitando sempre a sua autonomia e preferências. Estas intervenções não farmacológicas, aliadas ao suporte contínuo e à liberdade de movimento, contribuíam para uma vivência do parto mais positiva, segura e centrada na mulher.

Sempre que percebia que alguma grávida poderia estar recetiva a uma abordagem que conciliasse o alívio da dor com a manutenção da mobilidade, aproveitava a oportunidade para lhe explicar as diferentes opções de analgesia disponíveis. Em particular, quando a mulher manifestava o desejo de recorrer à analgesia epidural, era-lhe apresentada a possibilidade da *walking epidural*, esclarecendo as suas características, benefícios e eventuais limitações, de forma a apoiar uma decisão informada e consciente. Esta técnica, por recorrer a doses mais baixas de anestésico local, permitia um controlo eficaz da dor sem provocar um bloqueio motor significativo, evitando que a mulher ficasse excessivamente limitada nos seus

movimentos, o que se revelava particularmente positivo para a progressão do trabalho de parto e para a prevenção do seu eventual estacionar. Neste contexto, os anestesistas administravam a *walking epidural* sempre que solicitada, o que oferecia maior liberdade de movimento à mulher, possibilitando a deambulação e a adoção de posições facilitadoras do trabalho de parto. Esta articulação entre a atuação da equipa de anestesiologia e a intervenção da EEESMO contribuía para uma vivência do parto mais ativa, segura e alinhada com os princípios do parto fisiológico e respeitado, reforçando o protagonismo da mulher ao longo de todo o processo.

Apreciei particularmente a oportunidade de participar numa formação intitulada *Mobilidade da bacia durante o parto: ferramentas para uma matrona ativa (ANEXO VII)*, ministrada por Susana Gil, enfermeira especialista de referência na Comunidade de Madrid pelo seu trabalho na promoção do parto em movimento e de baixa intervenção. A formadora recebeu preparação diretamente com Núria Vives, uma das principais referências nesta área em Portugal, Espanha e noutros países. Também ministraram ao pessoal da sala de partos um curso sobre *métodos de atuação em casos de distocia de ombros e hemorragia maciça*, que durou três dias, dois dias de teoria e outro de simulações, o que foi muito divertido e enriquecedor (*APÊNDICE VI, p.170*).

Ao longo de mais de 500 horas de estágio, tive a oportunidade de colocar na prática clínica os diversos conhecimentos adquiridos durante o contexto teórico e os precedentes estágios, nomeadamente, a importância e validação de um plano de parto, a avaliação do bem-estar materno-fetal em mulheres em TP, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, entre outros. Pude intervir em partos nos quais, em consenso com a EEESMO, decidíamos se deveríamos realizar *hands on* ou *hands off* e, de acordo com as preferências da parturiente, acordávamos qual a postura mais adequada a adotar. Muitas destas habilidades constituem competências específicas do EEESMO, que através da prática baseada na evidência e a orientação de outros EEESMO, foram aprimoradas de modo a garantir um cuidado de qualidade, seguro e eficaz às grávidas, bebé e família. A identificação de situações desviantes da normalidade foi algo que se demonstrou bastante complexo durante o estágio, onde inicialmente existiu bastante insegurança sobre o que fazer para tentar corrigir o problema identificado e, apenas com a orientação dos profissionais e vivência diária das situações, fui conseguindo ganhar confiança e autonomia, ainda que sempre com supervisão da EEESMO orientadora - *objetivo 13 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

A interpretação do traçado cardiotocógrafo foi algo que também exigiu muito estudo e explicação por parte das EEESMO, pois, apesar de ter sido abordado em

contexto teórico, na prática torna-se muito mais complexo, embora também mais fácil de compreender, uma vez que a interpretação do gráfico o diagnóstico do problema e a tomada de decisão têm de ser rápidos e é necessário estarmos atentos aos resultados. Outra competência que se revelou desafiante foi a interpretação do toque vaginal e a consequente cervicometria, bem como a identificação da atitude fetal, aspetos determinantes para o progresso do trabalho de parto ao encontro do objetivo e atividades planeadas no objetivo 12 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)

. A partir dessa avaliação, podíamos intervir com as posturas ou técnicas adequadas, até porque, felizmente, as minhas enfermeiras especialistas em SMO tinham formação em biomecânica do parto e estavam bastante atualizadas. Não obstante, considero que, embora o início tenha sido claramente desafiante e complexo, à medida que o estágio foi avançando, as minhas dificuldades diminuíram e a minha segurança nas intervenções aumentou, proporcionalmente ao conhecimento adquirido e aprofundado sobre a área da ESMO em contexto de bloco de partos.

Apesar de serem situações extremamente delicadas e muito tensas, pude vivenciar complicações, como bradicardias que exigiram reversão com tocolíticos, de acordo com os protocolos do hospital, ou circulares redutíveis com a manobra de *Somersault*, assim como um caso em que tivemos de tomar a decisão de intervir e cortar o cordão umbilical. Felizmente, apesar de o recém-nascido ter necessitado de intervenção pelo pediatra de neonatologia, acabou por recuperar.

Também presenciei partos difíceis, nomeadamente partos posteriores, bem como vivi duas situações de distocia de ombros, ambas resolvidas com sucesso através da aplicação das manobras externas de McRoberts associadas à pressão suprapúbica. Estas situações constituíram verdadeiras emergências obstétricas, geradoras de elevado nível de stress, exigindo uma atuação rápida, coordenada e tecnicamente rigorosa por parte da equipa. Após a resolução da distocia, tornou-se fundamental a realização de uma avaliação minuciosa do recém-nascido e da parturiente, bem como a transmissão de tranquilidade, explicando de forma clara o sucedido, de modo a reduzir a ansiedade e favorecer uma vivência mais segura do pós-parto imediato.

Em contraste com estes momentos de maior tensão, tive igualmente a oportunidade de acompanhar partos particularmente bonitos e marcantes, como dois partos velados, experiências raras que reforçaram a importância do respeito pelos tempos fisiológicos do parto e da criação de um ambiente de confiança e segurança, tanto para a mulher como para o recém-nascido.

Pude ainda participar em várias cesarianas, nas quais realizava, de acordo com as indicações do obstetra, a pinça tardia do cordão umbilical e, posteriormente, estimulava o recém-nascido. A realização da pinça tardia do cordão umbilical justifica-se pelos seus benefícios comprovados para o recém-nascido, uma vez que permite uma maior transfusão placentária, aumentando o volume sanguíneo e as reservas de ferro, o que contribui para uma melhor adaptação hemodinâmica e para a redução do risco de anemia nos primeiros meses de vida (WHO, 2014). Sempre que o recém-nascido apresentava uma adaptação adequada à vida extrauterina, permanecia junto da mãe, ficando ao seu lado durante todo o tempo necessário para facilitar o CPP, promovendo a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória e o estabelecimento precoce do vínculo materno-infantil. Também participei, juntamente com a minha EEESMO de referência, numa cesariana de gémeos, que foi muito bonita e emocionante, e na qual pudemos realizar CPP com ambos os recém-nascidos.

Relativamente ao terceiro estágio do parto, a maioria das dequidaduras que realizei ocorreu de forma natural, adotando uma atitude expectante. Contudo, por vezes foi necessário recorrer a uma atitude mais ativa, realizando tração controlada do cordão umbilical após os sinais de descolamento placentário, sempre sob supervisão e orientação da EEESMO cooperante. A administração de oxitocina era avaliada pela EEESMO, em função da parturiente, das suas patologias, do tipo de parto e do respetivo índice obstétrico- *Objetivo 14 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

No que diz respeito às episiotomias, felizmente apenas presenciei duas. Ambas ocorreram em partos nos quais foi necessária a intervenção do obstetra devido a um período expulsivo prolongado associado a exaustão materna, tendo sido tomadas decisões clínicas no sentido de recorrer ao parto instrumentado com fórceps ou ventosa. Nestes contextos, a realização da episiotomia foi considerada necessária e efetuada na presença do obstetra. Em um dos casos, realizei eu própria a episiotomia e procedi à sua sutura, a pedido do obstetra, sob supervisão, o que constituiu uma oportunidade relevante de aprendizagem e consolidação de competências técnicas em contexto clínico. Para além disso, realizei a sutura de duas lacerações perineais inicialmente suspeitas de grau superior, o que exigiu uma avaliação cuidadosa do grau de comprometimento dos tecidos e a verificação da eventual extensão ao esfíncter anal. Perante a dúvida quanto à gravidade das lesões, foi solicitado o apoio do obstetra para confirmação diagnóstica. Após a avaliação conjunta, confirmou-se tratar-se de lacerações de grau II, enquadrando-se, assim, no âmbito de competência da EEESMO. Deste modo, pude realizar a sutura sob a supervisão da minha EEESMO de referência.

Estas primeiras experiências em episiorrafia revelaram-se particularmente complexas para mim, constituindo um desafio a correta identificação das estruturas anatómicas envolvidas e a seleção da técnica de sutura mais adequada. Ainda assim, estas situações, juntamente com as restantes suturas por mim realizadas (conforme consta na tabela de registo de técnicas do APÊNDICE V), contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, reforçando a importância da avaliação rigorosa, do trabalho em equipa e da supervisão clínica no contexto da prática profissional. Más, após concluir o meu período de formação no bloco de partos, considero que adquiri as competências necessárias nesta área, sendo capaz de realizar suturas de forma autónoma nos últimos partos, quase sempre sem intercorrências ou dúvidas.

Neste âmbito, realizei ainda, uma formação muito enriquecedora sobre sutura perineal, com atualizações e indicações precisas sobre quando aplicá-las (ANEXO VIII). Graças ao material fornecido, esta formação ajudou-me a consolidar conhecimentos e a ultrapassar inseguranças relacionadas com a execução de suturas.

No quarto estágio do TP, prestei cuidados à puérpera de forma a identificar desvios à normalidade, nomeadamente a gestão da dor, a avaliação dos sinais vitais, da involução uterina, dos lóquios e da ferida perineal. Na grande maioria dos casos, as puérperas eram transferidas para o serviço de puerpério duas horas após o parto. Antes da transferência, era removido o cateter epidural, verificando-se a sua integridade, e era oferecido uma refeição leve de modo a garantir a tolerância aos alimentos. Posteriormente, realizávamos o levante e incentivávamos a micção espontânea.

No que diz respeito ao RN, realizei a observação e respetiva avaliação da adaptação à vida extrauterina, procurando sempre, sempre que possível, que fosse promovido o contacto pele a pele logo após o nascimento. Sempre nos preocupávamos em colocar nada mais ao nascer de colocar as pulseiras de identificação, e administrar a *vitamina K* e *profilaxias oftálmica*. Mantive sempre a preocupação de evitar a perda de calor do RN, colocando de imediato o gorro e mantendo-o coberto com panos aquecidos, mesmo quando em contacto pele a pele. Também auxiliiei na adaptação do RN à mama, vigiei os sinais de boa pega e os reflexos de sucção e deglutição, e prestei os cuidados necessários ao RN quando a puérpera não os conseguia assegurar naquele momento — *Objetivo 15 do PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES”)*.

Com tudo, pude acompanhar um total de 56 partos eutócicos (**Tabela 7**). Sinto-me verdadeiramente afortunada por ter tido a oportunidade de realizar rotações em

diferentes instituições, o que me permitiu observar distintas abordagens assistenciais, desde as mais naturais até às mais intervencionistas, e contactar com diversos modelos intervencionistas, e protocolos de atuação *objetivos 1 PIE (APÊNDICE I, apartado nº 3 “PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES”)*.

Esta diversidade de contextos tornou toda a experiência profundamente enriquecedora para a minha formação profissional, ampliando a minha capacidade de adaptação, análise crítica e intervenção enquanto futura EEESMO.

**Tabela 7.** Partos assitidos segundo o Hospital.

	<b>PARTOS EUTÓCICOS</b>
Hospital em San Fernando	32
Hospital em Torrejón	6
Hospital materno-infantil.	18
Total	56

Durante todas as fases do trabalho de parto, independentemente do hospital onde me encontrasse, procurei orientar os cuidados prestados pelos princípios da Teoria das Transições de Meleis, reconhecendo o parto como uma transição significativa na vida da mulher, que exige apoio contínuo, presença profissional sensível e facilitação da sua capacidade de autodeterminação. Assim, em cada etapa, desde a fase latente até à expulsão e dequitação e puerpério imediato, procurei promover um ambiente seguro, valorizando a identidade materna em desenvolvimento, validando emoções, fornecendo informação clara e encorajando a participação ativa nas decisões. Acompanhámos cada mulher de forma individualizada, favorecendo a sua adaptação à experiência e fortalecendo a sua confiança, garantindo que esta transição fosse vivida como um processo de continuidade, crescimento e empoderamento.

## Considerações finais

A construção deste relatório, em articulação com a experiência adquirida ao longo dos estágios realizados em distintos contextos clínicos, constituiu uma oportunidade fundamental para o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva. Este percurso favoreceu o aprofundamento das capacidades de análise, interpretação e tomada de decisão fundamentada, promovendo a consolidação de competências científicas, técnicas e humanas indispensáveis à prática de cuidados especializados no âmbito da EEESMO.

A recolha e análise de informação científica através da ScR constituiu um contributo significativo para a resposta à questão de investigação, permitindo uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo à luz da evidência disponível. Embora a integração de dados empíricos provenientes de trabalho de campo pudesse enriquecer a análise, os resultados obtidos evidenciam a relevância do tema e apontam para a pertinência de futuras investigações que integrem a recolha de dados junto do grupo de mulheres identificado, de modo a aprofundar a compreensão das suas experiências e a complementar os achados da presente revisão.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente que o exercício físico no pós-parto vai muito além da sua tradicional compreensão biomédica; constitui uma ferramenta poderosa de transição, reconstrução e empoderamento feminino. Este conjunto de resultados sugere que, mesmo em mulheres altamente motivadas e experientes, o contexto social e a distribuição dos cuidados desempenham um papel determinante. Além disso, evidenciam a necessidade de melhorar a informação no puerpério e de promover um acompanhamento continuado da díade mãe–bebé, facilitando uma recuperação integral e uma vivência empoderada do pós-parto.

A mulher que atravessa o puerpério encontra-se num processo complexo de adaptação física, emocional e identitária. Assim, a intervenção baseada no exercício físico requer sensibilidade, conhecimento atualizado e capacidade de apoiar este período de transição de forma integral, respeitando a singularidade de cada experiência materna.

Os resultados da revisão de literatura demonstram que as realidades portuguesas e espanholas acompanham a tendência internacional: as mulheres beneficiam significativamente de programas de exercício físico estruturados e

adaptados às suas necessidades, reportando uma melhoria na autoconfiança, no bem-estar emocional, na percepção de autoeficácia e na vivência do próprio corpo após a gravidez. Assim, os artigos recolhidos reforçam o valor do exercício como ferramenta de bem-estar físico e emocional, bem como a importância do apoio social e profissional para a continuidade da prática.

Para além destes aspetos, tornou-se também evidente, tanto ao longo das minhas práticas clínicas, que a gravidez ativa parece associar-se a partos mais favoráveis e a uma recuperação pós-parto mais célere. A observação direta de mulheres fisicamente preparadas, que vivenciaram partos menos complicados e evidenciaram maior prontidão física no puerpério, alinha-se com o que é descrito pela literatura e reforça a percepção de que o exercício regular antes e durante a gestação desempenha um papel protetor.

A falta de apoio social representa uma barreira significativa, quer pela sobrecarga dos cuidados ao bebé, quer pela ausência de rede familiar disponível. A isto acresce a influência das pressões sociais que muitas mulheres sentem durante a gravidez e o pós-parto, normas, expectativas e julgamentos externos, que podem condicionar a forma como vivem o seu corpo, o movimento e o próprio processo de recuperação. Este componente social revela-se, assim, fundamental, uma vez que o suporte do ambiente próximo se confirma como um dos indicadores mais importantes para a adesão ao exercício no pós-parto, reforçando que a continuidade da prática não depende apenas da motivação individual, mas também da existência de condições externas favoráveis. Este conjunto de fatores evidencia que a relação entre exercício, parto e puerpério é complexa e profundamente influenciada tanto pela experiência corporal como pelo contexto social que envolve a maternidade.

Analisar estas barreiras e a intervenção dos profissionais, permite compreender de forma mais completa o impacto do sistema de cuidados na experiência pós-parto e na capacidade das mulheres de retomarem o movimento com confiança e autonomia.

Apesar de todos os benefícios observados, no parto, no bem-estar e na retoma funcional, torna-se evidente que o exercício ao longo do continuum perinatal continua a ser pouco investigado e ainda pouco integrado na prática clínica dos EEESMO e dos obstetras. Como pude comprovar durante o meu período de estágio muitas vezes, as mulheres não recebem aconselhamento adequado nem são encaminhadas para profissionais atualizados, mesmo quando apresentam necessidades específicas. Isto é particularmente relevante quando consideramos a diversidade entre mulheres fisicamente experientes, com maior capacidade motriz e conhecimento de treino, e

outras em cambio, que necessitam de mais tempo, orientação técnica e acompanhamento próximo para conseguirem retomar o exercício com segurança. Assim, o que pude observar reforça a importância de uma abordagem mais informada, interdisciplinar e ajustada às diferenças individuais, garantindo que todas as mulheres beneficiem plenamente do papel transformador do exercício no pós-parto.

Contudo, permanece evidente a necessidade de maior investimento em formação especializada para os profissionais que acompanham o pós-parto, bem como a criação de abordagens interdisciplinares que integrem exercício físico, educação para a saúde e apoio psicossocial. A ausência de orientações claras, a variabilidade na qualidade dos programas disponíveis e a carência de tempo ou apoio estruturado surgem como fatores que dificultam o acesso das mulheres a um acompanhamento efetivo neste período.

Ao longo deste período e dos estudos analisados, compreendi que pequenas intervenções, momentos breves de validação e orientação, podem transformar significativamente a forma como uma mulher vive o seu pós-parto. Tal como a evidência demonstra, quando o exercício físico é acompanhado por profissionais capacitados, com uma postura empática e baseada na ciência, torna-se um catalisador de autonomia, recuperação funcional e empoderamento pessoal.

Assim, considero essencial que se invista na formação contínua dos profissionais que trabalham com mulheres no pós-parto, de modo a garantir práticas seguras, atualizadas e centradas na pessoa. Simultaneamente, torna-se pertinente fomentar programas comunitários e hospitalares que integrem o exercício físico como componente fundamental da saúde materna. A investigação futura deverá também explorar as vivências das mulheres em diferentes contextos, hospitalar, comunitário e domiciliário, bem como a perspectiva dos profissionais envolvidos, para garantir intervenções mais ajustadas e humanizadas.

Em suma, o exercício físico no pós-parto representa uma oportunidade privilegiada para promover saúde, autonomia e empoderamento. A sua implementação estruturada e cientificamente fundamentada reforça a qualidade dos cuidados prestados, sensibiliza para a importância do corpo e do bem-estar materno e contribui para práticas profissionais eticamente responsáveis, humanas e transformadoras. Durante este percurso, desenvolvi competências críticas e reflexivas que sustentam uma prática profissional consciente, sólida e alinhada com as necessidades reais das mulheres no pós-parto, e pretendo continuar a aprofundar esta área através de formação contínua e da disseminação científica dos resultados desta investigação.

## Referências Bibliográficas

Abreha SK, Zereyesus YA. Women's Empowerment and Infant and Child Health Status in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 2021 Jan;25(1):95-106. doi: 10.1007/s10995-020-03025-y. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33226578; PMCID: PMC7822794.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804.* *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>

Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI, 2020. Appendix 12.1 Data extraction / characteristics of included studies template, pp. 485. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

Athan, A. M., Viguera, A. C., & Kim, D. R. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 15. DOI 10.3389/fpsy.2024.1364845

Barakat Carballo, R., Díaz-Blanco, A., Franco, E., Rollán-Malmierca, A., Brik, M., Vargas, M., Silva, C., Sánchez Polan, M., Perales, M., Gil, J., Mottola, M. F., De Roia, G., & Pérez Medina, T. (2019). *Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(5), 464-471. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n5/06-AE-GC-ejercicio-embarazo.pdf>

Bendix, E. J., Krøner, F. H., de Place Knudsen, S., Bendix, J. M., & Molsted, S. (2020). Cross-cultural adaption, translation and reliability tests of the Danish version of the Pregnancy Exercise Self-Efficacy Scale. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25, 100542.

Budnik-Przybylska D, Laskowski R, Pawlicka P, Anikiej-Wiczenbach P, Łada-Maško A, Szumilewicz A, Makurat F, Przybylski J, Soya H, Kaźmierczak M. Do Physical Activity and Personality Matter for Hair Cortisol Concentration and Self-Reported Stress in Pregnancy? A Pilot Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Nov 1;17(21):8050. doi: 10.3390/ijerph17218050. PMID: 33139602; PMCID: PMC7663188.

Campolong, K., Jenkins, S., Clark, M. M., Borowski, K., Nelson, N., Moore, K. M., & Vickers, K. S. (2018). The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 21(4), 481–489.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto* (1.ª ed.). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp\\_promopreparacaoparto\\_v4\\_fl.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf)

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp\\_promopreparacaoparto\\_v4\\_fl.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf)

Carta de Ottawa (1986, novembro 17-21). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.

Castillo Becerra, J. I. (2024). Autoestima y Empoderamiento en Mujeres Feministas y no Feministas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2085-2106. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3.11400](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11400)

Couture Bue, A. C. (2019). Empowerment sold separately: Two experiments examine the effects of ostensibly empowering beauty advertisements on Women's empowerment and self-objectification. *Sex Roles*, 81(9-10), 627-642. Disponível no link: <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01020-4>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, Série I (n.º 157 de 16-08-2018), p. 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Di Mascio, M., Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Marhefka, G. D., & Berghella, V. (2016). Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(5), 561-571. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.014>

Direção Assistencial da Atenção Primária de Madrid. (2023). *[Documento institucional sobre valores e funções da atenção primária]*. Comunidad de Madrid.

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível no link: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Modelo orientador do plano de parto* (utilizado em planos institucionais em Portugal).

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://pns.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2024). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* (Norma n.º 002/2023, atualizada em março de 2024). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-100520>

Faulkner, M., Currie, S., Fitzpatrick, B., & Deery, E. (2025). "We need more guidance, more encouragement and empowerment for what our bodies are capable of": Pregnant and postpartum women's knowledge and experiences of receiving physical

activity guidance and support on the island of Ireland: An online survey study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 625. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07725-7>

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

García-González, J. M., & López-Sánchez, C. (2021). *Políticas de promoción de la salud en España: retos y perspectivas en un sistema descentralizado*. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202103029.

Garland, M., Wilbur, J. E., Semanik, P., & Fogg, L. (2019). *Correlates of physical activity during pregnancy: A systematic review with implications for evidence-based practice*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(4), 310-318. <https://doi.org/10.1111/wvn.12391>

Gil, C. N., & Mariñelarena, C. G. (2016). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10(1), 30-35. ISSN 1576-3080.

Guelfi, K. J., Wang, C., Dimmock, J. A., Jackson, B., Newnham, J. P., & Yang, H. (2015). A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0734-6>

Haakstad, L. A. H., Torset, B., & Bø, K. (2016). What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. *Midwifery*, 32, 81–86. <https://doi.org/accedys2.bbtok.uil.es/10.1016/j.midw.2015.10.008>

Haakstad, L. A. H., Vistad, I., Sagedal, L. R., Lohne-Seiler, H., Torstveit, M. K., Bere, E., ... & Overby, N. C. (2018). How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian Fit for Delivery study, a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 127. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1771-8>

Halili, L., Liu, R. H., Weeks, A., Deonandan, R., & Adamo, K. B. (2019). High maternal self-efficacy is associated with meeting Institute of Medicine gestational weight gain recommendations. *PLoS ONE*, 14(12), e0226301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226301>

Hong, Y. J., & Kim, H. O. (2025). The mediating effects of convergence of femininity–maternity and marital intimacy in the relationship between postpartum depression and quality of life in postpartum mothers: A cross-sectional study. *Women’s Health Nursing*, 31(1), 56–65. <https://doi.org/10.4069/whn.2024.12.17>

Joanna Briggs Institute. (2021). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI.

Joint Quality Initiative, (2015). Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-theDublin-descriptors-short-history.pdf>;

Kabeer, N. (2002). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>.

Kocsis, I., Szilágyi, T., Turos, J., Bakó, A., & Frigy, A. (2017). *Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant women*. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 56(2), 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.001>

Kracht, C. L., Blanchard, C. M., Symons Downs, D., Beauchamp, M. R., & Rhodes, R. E. (2024). New parents' sleep, movement, health, and well-being across the postpartum period. *Behavioral Sleep Medicine*, 22(5), 577–590.

Krzepota J, Sadowska D, Biernat E. (2018). Relación entre la actividad física y la calidad de vida en embarazadas durante el segundo y tercer trimestre. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de diciembre de 2018;15(12):2745. doi: 10.3390/ijerph15122745. PMID: 30563083; PMCID: PMC6313753.

Lesser, I. A., Bean, C., & Ritondo, T. (2025). "Take a minute (or 60) to focus on yourself": Using autophotography to explore postpartum physical activity experiences and associated psychological constructs. *Journal of Health Psychology*, 30(8), 1946–1962. <https://doi.org/10.1177/13591053241284032>

Lesser, I. A., Turgeon, S., Nienhuis, C. P., & Bean, C. (2023). Examining the role of physical activity on psychological well-being and mental health postpartum. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 31(1), 40-49.

Marín-Jiménez, N., Castro-Piñero, J., Rodríguez-Ayllón, M., Marchán-Rubio, A., Delgado-Fernández, M., & Aparicio, V. A. (2022). The favourable association of self-reported physical fitness with depression and anxiety during pregnancy: The GESTAFIT project. *European Journal of Sport Science*, 22(12), 1932–1940. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1986141>

Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Morgado, F. F. R., & Ferreira, M. E. C. (2020). Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto: uma pesquisa qualitativa. *Motricidade*, 16(S1), 72–84. <https://doi.org/10.6063/motricidade.22283>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.

Merkx A, Ausems M, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze MJ. Factors affecting perceived change in physical activity in pregnancy. *Midwifery*. 2017 Aug;51:16-23. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.007. Epub 2017 May 9. PMID: 28505580.

Míguez MC, Vázquez MB. Prevalence of postpartum major depression and depressive symptoms in Spanish women: A longitudinal study up to 1 year postpartum. *Midwifery*. 2023 Nov;126:103808. doi: 10.1016/j.midw.2023.103808. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37672853.

Minayo, M. C. S. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (30ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Ministério da Saúde (1987). *Decreto-Lei n.º 322/87, de 26 de agosto, que dá cumprimento às disposições da Diretiva n.º 80/155/CEE*. Diário da República.

Ministério da Saúde (1992). Decreto-Lei n.º 15/92, de 4 de fevereiro, Transpõe a Directiva n.º [89/594/CEE](#) do Conselho, relativa à actividade de parteira. Diário da República n.º 29/1992, Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/29-1992-99822>

Ministério da saúde (2023). Preparação para o Parto e Parentalidade. Disponível no link: <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.

Ministerio de Sanidad (España). (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Sanidad. (2017). *[Documento institucional sobre funciones y misión de las Unidades de Salud Familiar / Atención Primaria]*. Gobierno de España.

Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, Barrowman N, Adamo KB, Duggan M, Barakat R, Chilibeck P, Fleming K, Forte M, Korolnek J, Nagpal T, Slater LG, Stirling D, Zehr L. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*. Noviembre de 2018; 52(21):1339-1346. doi: 10.1136/bjsports-2018-100056. PMID: 30337460

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Musavi, M., Rahimzadeh, M., Tabaghdeh, M. H., & Saeieh, S. E. (2024). The effect of sexual education on the postpartum women's sexual self-confidence and self-efficacy: a theory-based intervention. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1), 64. Disponível no link: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06255-y>

National Library of Medicine (2024). Welcome to Medical Subject Headings. <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Newham, J. J., Allan, C., Leahy-Warren, P., Carrick-Sen, D., & Alderdice, F. (2015). Intentions Toward Physical Activity and Resting Behavior in Pregnant Women: Using the Theory of Planned Behavior Framework in a Cross-Sectional Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 42(4), 354–361.

Newnham, J. P., Guelfi, K. J., Wang, C., Dimmock, J. A., Jackson, B., & Yang, H. (2015). A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0734-6>

O'Brien, O. A., Lindsay, K. L., McCarthy, M., McGloin, A. F., Kennelly, M., Scully, H. A., & McAuliffe, F. M. (2017). Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. *Midwifery*, 47, 28–35. <https://doi-org.accedys2.bbt.k.ull.es/10.1016/j.midw.2017.02.003>

Orchard ER, Rutherford HJV, Holmes AJ, Jamadar SD. Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends Cogn Sci.* 2023 Mar;27(3):302-316. doi: 10.1016/j.tics.2022.12.002. Epub 2023 Jan 4. Erratum in: *Trends Cogn Sci.* 2023 Oct;27(10):974. doi: 10.1016/j.tics.2023.06.002. PMID: 36609018; PMCID: PMC9957969.

Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica 20(85), pp. 13560-13565. Lisboa. Disponível no link: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Codigo\\_Deontologico\\_2016.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Codigo_Deontologico_2016.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)

Oviedo-Caro, M. Á., Bueno-Antequera, J., Munguía-Izquierdo, D., Coll-Rubio, J., & Gallo-Vallejo, M. Á. (2018). Explanatory factors and levels of health-related quality of life among healthy pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8), 1914–1925.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.

Reis, A. K. (2021). *Ser mulher na vivência do abortamento: um olhar da enfermagem à luz da fenomenologia existencial*. [Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoa]. Repositório Institucional da UFAL. <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/10791>

Robbins CL, Ko JY, D'Angelo DV, Salvesen von Essen B, Bish CL, Kroelinger CD, Tevendale HD, Warner L, Barfield W. Timing of Postpartum Depressive Symptoms. *Prev Chronic Dis.* 2023 Nov 9;20:E103. doi: 10.5888/pcd20.230107.

Rodríguez-Blancque R, Aguilar-Cordero MJ, Marín-Jiménez AE, Menor-Rodríguez MJ, Montiel-Troya M, Sánchez-García JC. 2020. Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health.* Feb 17;17(4):1288. doi: 10.3390/ijerph17041288. PMID: 32079342.

Saligheh, M., Hackett, D., Boyce, P., & Cobley, S. (2017). Can exercise reduce symptoms of postpartum depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 188-197. doi: 10.1007/s00737-017-0750-9

Santos-Rocha, R. GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto 2020

Szumilewicz, A., Kuchta, A., Kranich, M., Dornowski, M., & Jastrzębski, Z. (2020). *Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence: A quasiexperimental trial.* *Medicine*, 99(6), e18874. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018874>

Uluoz, E., Toros, T., Ogras, E. B., Temel, C., Korkmaz, C., Keskin, M. T., & Etiler, I. E. (2023). The impact of sustainable exercise and the number of pregnancies on self-efficacy, self-esteem, and assertiveness levels in pregnant women. *Sustainability*, 15(11), 8978.

Vainauskienė V, Vaitkienė R. (2021). Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self- Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. Feb 24;18(5):2247. doi: 10.3390/ijerph18052247.

Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ªEd.). Edições Sílabo, Lda.

World Health Organization & UNICEF. (2021). *Guidance on nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* WHO/UNICEF.

World Health Organization. (2014). *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.* WHO Press.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.* World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Physical activity and sedentary behaviour: WHO guidelines. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization.

Xiang, Z., Han, R., Chen, L., & Gao, L. (2023). Predictors of physical activity among Chinese pregnant women during the first trimester: A cross-sectional study. *Journal of Sports Sciences*, 41(14), 1585–1592. <https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2212747>

## ANEXOS

**ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da Unidade De Investigação Do  
IPSantarém**

## PARECER

### COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

#### EMIÇÃO DE PARECER Nº42-2025ESSS

Identificação do Investigador | Alba Herrera (ESSS)

Identificação do Projeto | *Gravidez ativa enquanto promotora do empowerment feminino no pós-parto*

Constata-se que:

- i. É um trabalho académico conferidor do grau de mestre.
- ii. Apresenta objetivos, fundamentação teórica e metodologia.
- iii. O cronograma é esclarecedor quanto à calendarização das etapas do processo de investigação associado ao pedido. Note-se, porém, que o pedido de parecer foi endereçado no dia 1 de dezembro de 2025 e não em novembro. Em posterior pedido de reapreciação que venha a ocorrer sugere-se maior rigor na calendarização.
- iv. Não assegura o anonimato dos participantes, apenas a confidencialidade dos dados.
- v. Não apresenta o consentimento informado, livre e esclarecido no qual deverão constar:
  - a. quem é a pessoa responsável pela guarda dos dados;
  - b. existência de eventuais riscos para a(o)s participantes;
  - c. o tempo de posse dos dados até serem destruídos;
  - d. o logótipo institucional e da unidade orgânica.
- vi. Não apresenta formulário “Checklist”.
- vii. Não apresenta “Curriculum Vitae”.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer desfavorável porquanto não são cumpridos os requisitos éticos identificados nos pontos **iv**, **v**, **vi** e **vii**. Recomenda-se que todas as abreviaturas sejam definidas na primeira vez que sejam introduzidas no texto e que leia atentamente o procedimento para pedido de parecer que se encontram no seguinte link: <https://uiips.ipsantarem.pt/formularios/>

Santarém, 5 de dezembro de 2025

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

## **ANEXO II: Visita guiadas para pais.**

Una experiencia  
en positivo



Servicio de  
Maternidad

## INFORMACIÓN PREVIA AL INGRESO

### ► DOCUMENTACIÓN

- DNI o pasaporte
- Tarjeta sanitaria
- Informes médicos/consentimientos informados



### ► EFECTOS PERSONALES

- Bolsa de aseo
- Cacao o vaselina/abanico
- Zapatillas cómodas
- No objetos metálicos
- No uñas pintadas



## CIRCUITO HOSPITALARIO

### ► URGENCIAS GENERALES

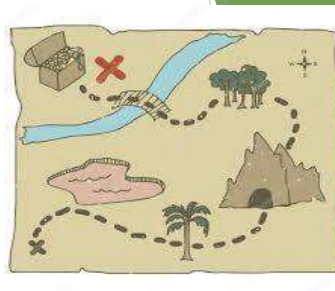
### ► ADMISIÓN DE URGENCIAS

- Datos de filiación

### ► TRIAJE

- Valoración por enfermera de triaje/urgencias

### ► URGENCIAS GINE-OBSTETRICIA/SERVICIO DE PARITORIO



## PUERPERIO

### ▶ PUERPERIO INMEDIATO

- ▶ 2 horas tras el parto
- ▶ Contacto piel con piel
- ▶ Inicio lactancia materna
- ▶ Recomendaciones básicas cuidados puerperales y recién nacido
- ▶ Documentación para REGISTRO CIVIL

### ▶ PUERPERIO EN PLANTA

- ▶ 48h si parto vaginal
- ▶ 72h si cesárea
- ▶ Seguimiento de la madre y recién nacido hasta el alta

Covid +  
No separación RN  
Hospitalización conjunta  
LM es posible y recomendable



## PUERPERIO

### ▶ PUERPERIO INMEDIATO

- ▶ 2 horas tras el parto
- ▶ Contacto piel con piel
- ▶ Inicio lactancia materna
- ▶ Recomendaciones básicas cuidados puerperales y recién nacido
- ▶ Documentación para REGISTRO CIVIL

### ▶ PUERPERIO EN PLANTA

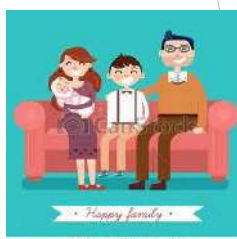
- ▶ 48h si parto vaginal
- ▶ 72h si cesárea
- ▶ Seguimiento de la madre y recién nacido hasta el alta

Covid +  
No separación RN  
Hospitalización conjunta  
LM es posible y recomendable



## RECOMENDACIONES EN PLANTA

- ▶ Efectos personales/ropa necesaria
- ▶ Ropa de cama de acompañantes
- ▶ Salidas de acompañantes las imprescindibles



## EN CASO DE CESÁREA

- ▶ INFORMACIÓN EN CONSULTAS SI CUMPLE CRITERIOS INCLUSIÓN CPP
- ▶ EN CASO DE CESÁREA PROGRAMADA: INGRESO A TRAVÉS DE ADMISIÓN
- ▶ TRASLADO A SERVICIO URGENCIAS OBSTÉTRICAS/SERVICIO PARITORIO
  - ▶ Identificación materno-filial y recogida de huellas
  - ▶ Canalización acceso venoso periférico
  - ▶ Monitorización de FCF
  - ▶ Identificación del acompañante
- ▶ TRASLADO A QUIRÓFANO
- ▶ PUERPERIO INMEDIATO EN PARITORIO O UNIDAD DE REANIMACIÓN
- ▶ RECIÉN NACIDO CON SU MADRE (siempre que circunstancias madre-hijo lo permitan)



Os deseamos una experiencia inolvidable



gracias

## **ANEXO III: Escola do país.**

# ESCUELA DE MADRES Y PADRES 2025



*TE acompañamos*

**EN CADA PASO**

**COMENZAMOS EN MARZO**

No es necesaria inscripción.  
Gratuito.  
Salón de actos. 2a planta  
También vía zoom

Consulta el  
calendario, las  
sesiones y los  
horarios en:



### Calendario de sesiones 2025

4 de marzo 18:00 horas - Lactancia materna, la importancia de los primeros días - Equipo matronas Hospital del Henares

11 de marzo 17:00 horas - Introducción alimentación complementaria en el niño - Dra. Romy Yui, neonatóloga

18 de marzo 17:00 horas - Suelo pélvico en gestación y puerperio - Dr. Pablo Terol, obstetra

25 de marzo 18:00 horas - Salud Mental perinatal - Equipo de salud mental Hospital del Henares

1 de abril 17:00 horas - Prevención de accidentes en el recién nacido - Dra. Romy Yui, neonatóloga

8 de abril 17:00 horas - Mitos y realidades en el parto - Dra. Lorena Cámara, obstetra

15 de abril 18:00 horas - Manejo del dolor en el parto - Equipo matronas Hospital del Henares

22 de mayo 17:00 horas - Trámites administrativos tras el nacimiento - Servicio de admisión Hospital del Henares

29 de mayo 17:00 horas - Ejercicio físico y embarazo - Dras. Cámara y Redondo, Servicio de obstetricia

Consulta el  
calendario, las  
sesiones y los



## **ANEXO IV: Curso “VPH: rastreio e prevenção”**

## JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA

D<sup>a</sup>: ALBA DÍAZ HERRERA

con N.I.F.: 45896244C

Ha participado como alumno en la acción formativa:

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) MANEJO, CRIBADO Y PREVENCIÓN

Esta actividad docente se celebró en el Hospital Universitario del Henares el 28 de noviembre  
de 2024

Con una duración total de 4 hora/s presenciales

*El presente certificado tiene carácter provisional estando a la espera de la resolución de  
créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la  
Comunidad de Madrid.*

Madrid, a 20 de marzo de 2025

## **ANEXO V: Curso “novas estratégias no tratamento da menopausa”**

## JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA

D<sup>a</sup> : ALBA DÍAZ HERRERA

con N.I.F.: 45896244C

Ha participado como alumno en la acción formativa:

### **NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CLIMATERIO: ROL DEL EQUIPO DE SALUD**

Esta actividad docente se celebró en el Hospital Universitario del Henares el 25 de noviembre  
de 2024.

Con una duración total de 5 hora/s presenciales

*El presente certificado tiene carácter provisional estando a la espera de la resolución de créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.*

Madrid, a 20 de marzo de 2025

**ANEXO VI: Curso “assistência médica urgente a mulheres vítimas de violência sexual”**

DIRECTOR GERENTE  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

**CERTIFICA**

Que D. /D<sup>a</sup>. **ALBA DÍAZ HERRERA** con DNI número **45896244C**, ha participado en calidad de alumno en el curso:

*“ASISTENCIA SANITARIA URGENTE A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. ED IV”*

Formación impartida en la modalidad presencial por el Hospital Universitario del Henares el día **11 de noviembre**, con una duración de **2 horas**, correspondiente al Plan de Formación 2024.

Madrid, 11 de noviembre de 2024  
DIRECTOR GERENTE

Firmado digitalmente por: MARTÍNEZ JOVER IGNACIO JESUS  
Fecha: 2025.01.10 13:43

Fdo. Dr. D. Ignacio Martinez Jover

## **ANEXO VII: Curso “mobilidade da bacia durante o parto”**

## JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA

D<sup>a</sup> : ALBA DÍAZ HERRERA

con N.I.F.: 45896244C

Ha participado como alumno en la acción formativa:

### **CURSO DE MOVILIDAD DE LA PELVIS EN EL PARTO**

Esta actividad docente se celebró en el Hospital Universitario del Henares del 04 al 06 de  
noviembre de 2024

Con una duración total de 12 hora#x2F;s presencial#x2F;es

*El presente certificado tiene carácter provisional estando a la espera de la resolución de créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.*

Madrid, a 8 de noviembre de 2024



## **ANEXO VIII: Curso “sutura perineal”**



La empresa Red Ebersalud S.L. con CIF B-10373157

## CERTIFICA

Que D./Dña:

Alba Díaz Herrera  
con DNI 45896244c

ha superado con éxito el curso presencial sobre  
**SUTURA PERINEAL**  
celebrado el día 24 de noviembre de 2024 en Madrid. Con  
una duración de 10 horas lectivas y acreditado con 1,4  
créditos CFC.

Y para que así conste se expide el presente certificado  
en Plasencia, a 23 de diciembre de 2024



**Red Ebersalud**  
Empresa formadora

**Luis Miguel Porra Garcia**  
Administrador Red Ebersalud

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias de Extremadura

Los créditos de esta actividad formarán de los créditos a los profesionales que participen en la misma y que estén formados en los espacios de formación de la salud.

Nº de expediente: 200100023/1179

Fecha de resolución: 04/11/2024

Créditos: 1,4



## APÊNDICES

## **APÊNDICE I: Projeto Individual de Estágio**

## PROJETO DE ESTÁGIO

Alba Díaz Herrera, nº 230000148

**Docente:** Conceição Santiago

Santarém, outubro de 2024



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

BSG – Boletim de Saúde da

Grávida CAP– Centro de Atenção

Primaria

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica EF– Estância Formativa Externa

ESSS– Escola Superior de Saúde de

Santarém IMC – Índice de Massa

Corporal

IPS – Instituto Politécnico de Santarém PNV –

Plano Nacional de Vacinação

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero RN –

Recém-Nascido

TA – Tensão Arterial

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
1. ENCUADRAMIENTO TEÓRICO-CONCETUAL.....	3
2. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO .....	5
3. PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES: .....	8
4. CONSIDERAÇÕES ETICAS.....	22
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de *Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* do 2º ano de mestrado em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* do Instituto Politécnico de Santarém (IPS), orientada pela docente Conceição Santiago, foi proposto a elaboração de uma guia orientador para a definição dos objetivos e calendarização das atividades a desenvolver no estágio. Com sucesso, tem como objetivo principal prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/mãe/filho/família em diferentes contextos em situações de saúde e /ou risco. Para prestar cuidados de qualidade à mulher/mãe/filho/família o enfermeiro especialista deve reger-se pelo Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, que menciona no artigo 4.º as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO); definindo que o enfermeiro deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pre-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, assim como, cuida da mulher em idade fértil inserida na comunidade.

Além das competências específicas, o enfermeiro deve utilizar na sua prática de cuidados os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista expostos no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, são elas, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, o período em que decorre o estágio compreende um total de 1000 horas e nos contextos definidos para cada estágio: ESMO na Comunidade (150h) , ESMO na Gravidez Patológica (150h), ESMO no Puerpério (150h), ESMO em Ginecologia (50h) e ESMO na Sala de Partos(aprox500h).

Esta unidade curricular exige, ainda, um número mínimo de experiências, de acordo com o Decreto-Lei n.º 322/87 (Ministério da Saúde, 1987), que dá cumprimento às disposições constantes da Diretiva n.º 80/155/CEE, as quais serão registadas em documento próprio.

O seguinte guia orientador, dividido na primeira parte com uma breve introdução, contextualização e caracterização dos serviços, e no segundo lugar os objetivos e as suas atividades que serão desenvolvidos ao longo do presente estágio, tem por base o Regulamento de competências específicas do EEESMO (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), as competências emanadas na ficha da unidade curricular do Estágio IV, assim como o plano de estudos da ESSS.

Traz desenvolver este projeto com base na observação em campo de estágio, junto com os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do CMESMO, e devido ao um interesse especial no campo do período do puerpério tardio, permitiu a identificação de um tema pertinente na área de saúde materna e obstétrica para desenvolver no relatório final de estágio e que vá ao encontro da realidade do local de estágio. A temática selecionada para a componente investigativa da UCERESMO desenvolvido o Relatório de Estágio, com o acompanhamento da minha coordenadora de estágio a *Conceição Santiago*, é: **“o exercício físico como ferramenta de empoderamento e bem-estar integral em mulheres no período perinatal e pós-natal”**.

Será efetuada uma Scoping Review para fornecer a evidencia científica sobre a questão a investigar e posteriormente será avaliado o nível de capacitação das puérperas de estudo mediante métodos descritivo-observacional (como entrevista /encostas) e assim poder propor intervenções que possam ser eficazes neste contexto, após a aprovação pela Comissão do IPS.

## 1. ENCUADRAMIENTO TEÓRICO-CONCETUAL

A promoção da Saúde é definida em 1986 a partir da Carta de Ottawa, como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p.1). No entanto, sabemos que a prestação de cuidados vai para além da dimensão individual da cliente, pois envolve todo o seu contexto/família. Neste contexto, destacamos *Empowerment*, segundo Kayser et al (2019), como um pensamento centrado na pessoa/família e no envolvimento da(s) mesma(s) face as necessidades e concessão que tem da sua própria saúde. Peterson (2014) citado por Vainauskienė and Vaitkienė (2021), salienta que o empoderamento é um processo ativo e participativo através do qual os indivíduos ganham maior controlo sobre as suas vidas. Kayser et al (2019), ressaltam também quatro elementos como promotores do *empowerment*: autoeficácia, autocontrolo, autodeterminação e ser capaz de sentir um significado naquilo que faz diariamente, gerando impacto na própria vida e do outro. É possível promover estes quatro elementos por parte do enfermeiro especialista, não só intervindo com a mulher e recém-nascido, mas também do casal e o seu contexto, e desta forma a melhorar a sua saúde tanto física como mental.

A educação materna torna-se um instrumento fundamental para poder intervir com as mulheres e seu círculo próximo. É necessário promover a saúde através da educação pré-natal para empoderar a mulher e o casal; como seu próprio nome indica, é fornecida durante toda a gravidez, realizando educação para a saúde com bases nos seguintes temas: gravidez, parto, puerpério e parentalidade (Direção-Geral da Saúde, 2015). Desta maneira, a transição para uma parentalidade positiva deve ser facilitada através do empoderamento durante a gravidez, da tomada de decisão informada, livre e esclarecida, e apelando à aplicação de recursos pessoais e externos. O apoio durante esta transição é vital para tornar a gravidez, o parto, o puerpério e a transição para a parentalidade uma experiência absolutamente positiva e enriquecedora (Ministério da Saúde, 2023). A educação maternal (*APÊNDICE I e II*) tem demonstrado, através de diversos estudos, benefícios claros para a mãe assim como para o recém-nascido. Reduz os tempos de trabalho de parto e parto, reduz as taxas de cesarianas e facilita assim uma melhor recuperação pós-parto, promovendo um *parto positivo* em que a saúde mental da mulher e do casal é venerada acima de tudo.

É especialmente relevante no contexto da gravidez a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, uma vez que envolve uma transição de identidade, rol e saúde para a mulher. A educação pré-natal para reduzir a incerteza, o apoio emocional para reforçar a autoeficácia materna e a identificação precoce de riscos psicológicos ou físicos são intervenções de enfermagem que resultam relevantes

segundo a teoria de Meleis (Meleis & A.I. 2010). Os novos papéis que devem ser assumidos pela mãe, juntamente com às construções sociais de ideologia de base machista, implica que a mulher sinta a necessidade de assumir de maneira íntegra as novas responsabilidades que um filho implica (Domínguez P. 2021). Espera-se que as mulheres sejam capazes de ultrapassar todas as dificuldades e, muitas vezes, colocam a sua satisfação pessoal em segundo plano, o que pode afetar a sua qualidade de vida, com possíveis repercussões na sua autoimagem e autoestima (Gil, C. et al 2016; Musavi et al 2024). A AUTOIMAGEM e a AUTOESTIMA são partes integrantes de AUTOCONCEITO. Uma autoestima elevada está geralmente associada à satisfação com a vida e ao sentimento de felicidade; uma autoestima baixa, por outro lado, está tipicamente associada à depressão, à ansiedade geral e a estados afetivos negativos (Rosenberg et al., 1995 citado por Castillo B. 2024).

A nova percepção do empoderamento feminino está a lutar para quebrar os diferentes estereótipos que o mundo utilizou para atribuir papéis de género às mulheres, sendo positivo para as diferentes mudanças nas atitudes das mulheres, e especialmente em relação à sua autoestima, pois transmite estabilidade emocional e autoconfiança (Couture B., 2019; Meleis 2010). Villareal (2011) citado por Castillo Becerra, J. I. (2024), explica que um dos fatores que condiciona a falta de decisão e de poder das mulheres no seu feminismo é a falta de comunicação entre o casal e o medo de se expressarem, pelo que é extremamente importante aliar o empoderamento feminino à autoestima para elevar a sua liderança no dia a dia. Para isso, é necessário trabalhar o autoconhecimento e a inteligência emocional, permitindo-lhes levar uma vida de acordo com a sua autonomia (Castellanos & Lasso 2019), e resulta essencial capacitar a mulher, trabalhando não só a partir do puerpério, mas também a partir da fase pré-concepcional.

Por causa disso, o empoderamento feminino no período pós-parto através do exercício físico é um tema de interesse crescente na literatura científica. O puerpério tardio é a fase final do período pós-parto, que vai da sexta semana até cerca de seis meses após o parto. Durante este período, o corpo da mulher continua o seu processo de recuperação fisiológica, hormonal e emocional, enquanto a adaptação à maternidade continua a evoluir (DiPietro, L& alb 2019).

De acordo com a revisão de Di Mascio et al. (2016), a atividade física regular durante o puerpério não só contribui para a recuperação física da mãe, também tem benefícios psicológicos e sociais que podem reforçar a sua autoestima e autonomia, diretamente relacionado com o seu bem-estar e o seu papel na maternidade. O apoio social, o acesso a informações fiáveis e a possibilidade de retomar as atividades pessoais, como o exercício físico, contribuíram comprovadamente para a percepção de controlo e a satisfação com a maternidade (Saligheh et al., 2017).

## 2. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O estágio terá lugar na Espanha a modo de Estância Formativa Externa. A primeira parte do estágio irá decorrer ao longo de 6 semanas, compreendido entre 23 de setembro a 3 de novembro de 2024, com a durabilidade de 150 horas de prática, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) do Centro de Atenção Primária (CAP) da cidade de Madrid.

A USF e UCC do Município de San Fernando de Henares, encontram-se inserido nos Centros de Atenção Primária da Província de Madrid pertencentes a Direção Assistencial do Sudeste da Comunidade de Madrid.

A USF do CAP apresenta diversas funções na área de saúde materna e obstétrica, tais como, a consulta de planeamento familiar, pré-concepcional, de saúde materna, Saúde Infantil/Juvenil, de rastreio e saúde em climatério e tem como missão a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica abrangente, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, promovendo a humanização e a satisfação dos utentes e dos profissionais” (Ministério da Saúde, 2017).

O CAP é constituído por uma equipa multidisciplinar formado por doze médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, quatro Médicos especialistas em Pediatria, doze enfermeiros de família, dois enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, uma trabalhadora social, um equipo de odontologia, um fisioterapeuta, uma auxiliar de enfermagem e oito assistentes técnicas. Esta equipa trabalha em articulação para o bem-estar da população do San Fernando II, para garantir as atividades de cuidados individuais, de diagnóstico, de terapêutica e de acompanhamento de processos agudos ou crónicos, bem como atividades de promoção da saúde, de educação para a saúde e de prevenção da doença realizadas pelos diferentes profissionais dos cuidados de saúde primários (Direção assistencial da Atenção Primária de Madrid, 2023). Tem como valores respeitar a individualidade da pessoa; salvaguardar os direitos do utente e garantir a integralidade e a continuidade dos cuidados ao longo da vida do paciente, atuando como gestor de casos e coordenador e regulador de fluxos (Direção assistencial da Atenção Primária de Madrid, 2023).

Continuamente, a partir de novembro de 2024, se iniciará a parte do estágio hospitalar, de primeira instância no hospital da mesma população em *San Fernando do Henares* por um total de 27 semanas, com a durabilidade de 650 horas de prática clínica. Este hospital público é gerido pela *Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*,

e cobre uma população de aproximadamente 170.000 habitantes. Este hospital tem a média de partos de 1.5 ao dia. Compreende dois habitações de expectantes e 4 dilatações, e o bloco de partos encontra-se em conjunto com as urgências obstétricas. No ano 2024, no Hospital Henares houver um total de 500 partos, dos quais 369 são partos eutócicos, com um 20% de partos cesarianas e um 6.2% de partos instrumentais.

Ao longo deste tempo de estágio, os diferentes papéis do EESMO serão explorados em áreas como: consultas de exames diagnósticos (RCCUU, DST's..), internamento de gravidez de alto risco, puerpério e ginecologia, neonatologia, bem como consultas de ginecologia, senologia e doenças de pavimento pélvico. O *hospital* defende a mulher grávida como uma pessoa saudável e o processo de nascimento como um processo fisiológico, e garante a saúde e o bem-estar das mães e dos futuros bebés, sendo ambos a prioridade. Uma informação inadequada ou incompleta pode levar a uma ansiedade excessiva que pode influenciar negativamente. Este hospital promove a participação em sessões de educação materna por ser um excelente recurso para reduzir a ansiedade, o medo e a dor; e tem um impacto positivo na capacidade das mulheres para gerir o processo do parto e iniciar a maternidade o mais positiva possível. Por esta razão, na prática diária, tentam criar um ambiente que facilite que os pais e os futuros bebés sintam-se confortáveis, informados e à vontade.

Neste caso, o período do bloco de partos será dividido em três hospitais, após as 300h que terão lugar no *Hospital de Henares*, será explorada outra visão diferente do parto, no hospital em *Torrejón* (Madrid), centro de prestação de serviços privados, que preconiza por um parto fisiológico de baixa intervenção, que caracteriza-se pelo seu carácter empático e respeitador, com salas de parto inovadas que promovem ajudar o casal a relaxar e a conseguir a ligação de corpo e alma com o processo de parto, e promove a adaptação às exigências que a sociedade vai introduzindo, posicionado como um das equipas mais atualizadas na assistência ao processo de nascimento de um bebé (*Quíron del Henares, 2024*). Desta forma, a enfermeira especialista pode desenvolver de uma forma holística os cuidados que lê competem, algo que será muito enriquecedor para conhecer como futura EESMO.

Por fim, para completar o processo de aprendizagem sob uma experiência completa, o período de bloco de partos será cumprido no Hospital Materno-Infantil de referência em Espanha, podendo assistir as diversas complexidades do parto, devido à grande procura de assistência que este hospital apresenta, correspondente às últimas 100 horas desta unidade curricular. Mais de 700.000 crianças de toda a Espanha nasceram até agora na Maternidade deste Hospital, uma torre poligonal de 16 lados e 18 andares, um centro que é um exemplo de profissionalismo e de vanguarda em termos de

cuidados, ensino e investigação, sendo também pioneiro na humanização dos cuidados de saúde. Em 2023, o hospital registou 5.150 partos, com uma taxa de cesariana de 27,36%. Deste modo, a atenção hospitalária tem como visão ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, investido na inovação e na evolução de serviços especializados e eficientes através da gestão de recursos, tendo como principal objetivo a satisfação dos utentes (Ministério da Saúde, 2022)

### 3. Planificação de atividades:

Objetivos	Atividades a Desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
1. Conhecer as características do centro nomeadamente, a sua estrutura física e dinâmica organizacional e integrar a equipa multidisciplinar;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação das Enfermeiras Cooperantes, enfermeiras chefes, e restantes membros da equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação profissional.</li> <li>- Conhecimento da estrutura física e da organização.</li> <li>- Conhecimento do método de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Conhecer os protocolos de atuação do serviço.</li> <li>- Conhecer os critérios de distribuição de utentes.</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar no cuidar da mulher/mãe/filho/família e comunidade, numa perspetiva holística em situação de saúde/doença na área de saúde materna e obstétrica;</li> <li>- Conhecimento do funcionamento dos sistemas informáticos utilizados (SELENE; Orus; EPS Madrid; FormaciónMadrid).</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, B2, C1, D1. (OE.2019a)</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista: 7.3</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeira orientadora;</li> <li>-Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocolos e normas da instituição;</li> <li>- Impressos institucionais.</li> </ul>	23/09/2024 a 30/06/2025.
2. Desenvolver competências técnicas, relacionais e praticas nas áreas de gestão de cuidados e recursos humanos, materiais e físicos, com vistas a melhorar a qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da metodologia e organização.</li> <li>- Conhecimento da gestão de recursos materiais e humanos;</li> <li>- Colaborar na reposição de stock, acondicionamento de materiais/medicamentos e verificação dos equipamentos,</li> <li>- Observação e colaboração com a Enfermeira responsável pelo armazém avançado e farmácia na gestão de materiais, nomeadamente na reposição, manutenção e rentabilização dos recursos existentes, durante a prestação de cuidados;</li> <li>- Participação ativamente na gestão de vagas e transferências entre os serviços (consulta externa de obstetrícia e ginecologia, bloco de partos, e internamento de obstetrícia e puerpério).</li> <li>- Planeamento e priorização de cuidados e atividades de forma a gerir tempo e recursos disponíveis.</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:A1, A2,B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista: 7.3</p> <p>(OE.2019b)</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes;</li> <li>Enfermeira orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>-Estudante.</li> </ul>	23/09/2024 a 30/06/2025
3. Desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar uma situação/problema a desenvolver no relatório de estágio e abordagem da temática com a professora orientadora.</li> <li>- Realizar a pesquisa bibliográfica com a máxima evidencia sobre o tema de investigação proposto e elaboração de uma <i>Scoping Review</i>;</li> <li>- Solicitar a comissão ética do serviço um permissão para o</li> </ul>	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, B2, D1, D2.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras orientadoras;</li> <li>- Professora orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<p>Elaboração de projeto: Até 25/10/2024</p> <p>Solicitar a comissão</p>

	<p>desenvolvimento de colheita de dados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do tema à equipa multidisciplinar e professora orientadora</li> <li>- Realização de reuniões de orientação tutorial com as enfermeiras e professora cooperante;</li> <li>- Realização do relatório de estágio, que reflita a experiência em estágio tendo por base o presente projeto de aprendizagem;</li> <li>- Apresentação do relatório e sua discussão.</li> </ul>	<p>Competências específicas do enfermeiro especialista: 7.3 (OE.2019b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudante;</li> <li>- Mulher/RN/família.</li> </ul> <p>Materiais: /</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresso da instituição (avaliação inicial);</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Computador.</li> </ul>	<p>ética:</p> <p>Até 20/12/2024</p> <p>Apresentação de relatório: 03/2026</p>
<p>4. Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas para a planificação, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde, ou de formação em Saúde Materna e Obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualizar conhecimentos, baseando a prática na evidencia científica.</li> <li>- Realizar um levantamento das necessidades do serviço/pessoa-cliente relativamente a formação/educação para a saúde (<i>apêndice I, II y III</i>),</li> <li>- Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e análise coletiva de situações clínicas;</li> <li>- Participar em sessões de formação que ocorrem no serviço;</li> <li>- Planear, executar e avaliar uma sessão de formação de educação para a saúde, de acordo com as necessidades evidenciadas.</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista: 7.3 (OE.2019b)</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Docente orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante.</li> </ul>	<p>09/10/2024 / 23/10/2024</p>
<p>5. Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação referentes ao percurso de aprendizagem de cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão diária sobre a prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica;</li> <li>- Atualização permanente de conhecimentos, baseada em evidência científica;</li> <li>- Realização de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar sobre a atuação da aluna em estágio, de modo, a evoluir positivamente e posteriormente prestar cuidados de qualidade à mulher/mãe/filho/família;</li> <li>- Realização de momentos de avaliação com a enfermeira e docente orientadora;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Docente orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante.</li> </ul>	<p>23/09/2024 a 30/06/2025</p>

<p>6.Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do <b>planeamento familiar e durante o período pre-concepcional</b>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento da mulher/casal, apresentando-me e demonstrando disponibilidade;</li> <li>- Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, presença de doenças crónicas.</li> <li>...) para obter uma prestação de cuidados mais individualizada à pessoa cuidada;</li> <li>- Desenvolvimento do plano de cuidados individualizado à mulher /casal em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos na sua saúde/doença;</li> <li>- Avaliação da mulher ao nível físico (Tensão Arterial –TA , Peso, Altura,</li> <li>- Índice de Massa Corporal – IMC);</li> <li>- Avaliação da mulher/casal/ família ao nível emocional;</li> <li>- Realização de educação para a saúde (alimentação, conforto e higiene, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST’s, realização do autoexame da mama);</li> <li>- Acompanhamento da mulher e casal que planeiam uma gravidez;</li> <li>- Acompanhamento da mulher e casal em situação de infertilidade;</li> <li>- Fornecimento e aplicação de métodos contraceptivos de modo informado e esclarecido;</li> <li>- Avaliação do estado vacinal de acordo com o PNV (Vacina Antissarampo, Parotidite e Rubéola – VASPR e Tétano e Difteria - Td);</li> <li>- Avaliação de situações de violência;</li> <li>- Realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), citologia;</li> <li>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça);</li> <li>- Agendamento da próxima consulta;</li> </ul> <p>Realização de registos de enfermagem no programa informático (SELENE).</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeira orientadora;</li> <li>-Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante.</li> </ul> <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balança; Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e estetoscópio;</li> <li>- Material para técnica colpocitológica (Espéculo ginecológico, gel lubrificante, escova cervical, meio líquido em recipiente para transporte da amostra);</li> <li>- Vacinas;</li> <li>Computador.</li> </ul>	<p>23/09/2024 a 3/11/2024.</p>
--	--	--	---	--------------------------------

<p>7. Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade durante o período do <b>climatério e menopausa</b>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento da mulher, apresentando-me e demonstrando disponibilidade;</li> <li>- Realização da colheita de dados completa para adequar a prestação de cuidados à pessoa;</li> <li>- Desenvolvimento do plano de cuidados individualizado à mulher, de modo a torná-la ativa na sua saúde/doença;</li> <li>- Avaliação física e emocional da mulher (Estado geral, TA, Peso, Altura, IMC);</li> <li>- Compreensão do estado emocional da mulher relativamente às alterações físicas e psicológicas ocorridas na fase do climatério / menopausa, esclarecendo as suas dúvidas;</li> <li>- Realização de educação para a saúde (autoexame mamário ocasional, alterações físicas);</li> <li>- Realização RCCU através da citologia;</li> <li>- Informação sobre programas de rastreio (RCCU);</li> <li>- Informar e fornecer pílula progestativa se necessário em articulação com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...);</li> <li>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO;</li> <li>- Agendamento da próxima consulta, se necessário;</li> <li>- Realização de registos de enfermagens no programa informático SELENE.</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora,</li> <li>- Equipa multidisciplinar</li> <li>- Estudante</li> <li>- Utentes</li> </ul> <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balança,</li> <li>- Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e estetoscópio</li> <li>- Material para técnica colpocitológica (Espéculo ginecológico, escova cervical, meio líquido em transporte da amostra)</li> <li>- Métodos contraceptivos;</li> <li>Computador.</li> </ul>	<p>23/09/2024 a 3/11/2024</p>
<p>8. Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/mãe/filho/família e comunidade na área de saúde materna e obstétrica no <b>período pré-natal</b>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento da mulher/casal, apresentando-me e demonstrando disponibilidade;</li> <li>- Realização da colheita de dados (antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica..) para obter uma prestação de cuidados mais individualizada à pessoa cuidada;</li> <li>- Desenvolvimento do plano de cuidados individualizado à mulher /casal em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos na sua saúde/doença;</li> <li>- Sensibilização da importância da vigilância na gravidez à mulher/casal;</li> <li>- Avaliação do risco pré-natal através da Escala de Goodwin modificada;</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno (TA, Peso, Altura, IMC, Altura do Fundo Uterino – AFU, Teste Rápido de Urina – COMBURTEST, presença de</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e estetoscópio;</li> <li>- Fita métrica;</li> <li>- Balança;</li> <li>- Doppler;</li> <li>- Gel para</li> </ul>	<p>Cuidados a comunidade: 23/09/2024 a 3/11/2024</p> <p>Internamento de gravidez de risco: 4/11/2024 20/12/2024</p>

	<p>sintomatologia, nomeadamente, edemas);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do bem-estar emocional da grávida/casal/família;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (avaliação de movimentos fetais e ou/perceção dos movimentos fetais pela grávida a partir das 18/20 semanas, avaliação de batimentos cardíacos fetais a partir das 12 semanas de gestação);</li> <li>- Determinação da idade gestacional através da data provável de parto e posteriormente corrigida com a primeira ecografia (semana 11-13);</li> <li>- Identificação e esclarecimento das preocupações e dúvidas da grávida/casal;</li> <li>- Realização de educação para a saúde (hábitos alimentares, conforto e higiene, vestuário e calçado, atividade física, sono e repouso, sexualidade, consumos, desconfortos da gravidez, medidas de prevenção de infeção, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro, sinais e sintomas de alerta);</li> <li>- Avaliação do estado vacinal; (Tétano, Difteria e Tosse Convulsa – Tdpa da 20ª às 36 semanas, idealmente até às 32 semanas após a segunda ecografia morfológica), assim como, administração de imunoglobulina anti D se necessário (administrado idealmente às 28 semanas);</li> <li>- Colaboração no curso de preparação para o parto e parentalidade como atividade presencial, elaborando dois sessões de educação para a saúde para as grávidas;</li> <li>- Capacitação da mulher e casal sobre lei de parentalidade;</li> <li>- Fornecimento do cheque dentista;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher/casal mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...);</li> <li>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO;</li> <li>- Agendamento da próxima consulta;</li> <li>- Realização de registos de enfermagens no programa informático SELENE.</li> </ul>		<p>ultrassons;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinas/ injetáveis;</li> <li>- Tira reagente para exame de urina;</li> <li>- Copo de plástico;</li> <li>Computador.</li> <li>- Boletim de saúde de grávida;</li> </ul>	
<p>9.Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/mãe/filho/família e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento da mulher/casal/ Recém Nascido – RN, apresentando-me e demonstrando disponibilidade;</li> <li>- Desenvolvimento do plano de cuidados individualizado à mulher /casal/RN em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos na sua saúde/doença;</li> <li>Conhecimento das preocupações da puérpera e casal e das intercorrências</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeira orientadora;</li> <li>-Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante;</li> <li>- Utentes.</li> </ul>	<p>Cuidados a comunidade: 23/09/2024 a 3/11/2024</p> <p>Intmento de</p>

<p>comunidade na área de saúde materna e obstétrica no <b>período pós-natal /puerpério;</b></p>	<p>que o parto pode advir (queixas pélvicas, urinárias..);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensibilização da puérpera/casal da importância da vigilância da puérpera/casal/RN/família no período pós-parto;</li> <li>- Avaliação da puérpera ao nível físico (TA, Peso, altura, IMC, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, perdas vaginais, eliminação vesical e intestinal..);</li> <li>- Execução de tratamento da ferida e remoção de material de sutura, se necessário;</li> <li>- Avaliação do bem-estar emocional da puérpera/casal/RN e da adaptação ao novo elemento na família;</li> <li>- Identificação de tipo de alimento administrado ao RN (amamentação);</li> <li>-Incentivo à amamentação em exclusivo e capacitação sobre os seus benefícios e técnica favorecedora;</li> <li>- Fornecimento e aplicação de métodos contraceptivos de modo informado e esclarecido adequados (método hormonal- progestativas ou de barreira- preservativo);</li> <li>- Realização de educação para a saúde (alimentação, higiene e cuidados com a zona perineal, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, métodos contraceptivos, aleitamento materno ou artificial, exercícios de Kegel, alterações físicas e psicológicas no pós-parto);</li> <li>- Realização da observação física do RN (estado geral, integridade e coloração cutâneas, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, peso, comprimento e perímetro cefálico, ganho ponderal /percentis de crescimento, interação da díade e tríade com o RN, sensação de conforto, cólicas, estado de higiene do RN);</li> <li>- Avaliação do estado vacinal da puérpera;</li> <li>- Prestação de cuidados à puérpera/casal/RN mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça);</li> <li>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO;</li> <li>- Agendamento da próxima consulta;</li> <li>-Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</li> </ul>	<p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e de penso;</li> <li>- Métodos contraceptivos;</li> <li>- Vacinas;</li> <li>- Computador estetoscópio;</li> <li>- Fita métrica;</li> <li>- Balança;</li> <li>-Material de tratamento</li> <li>- Boletim de saúde de grávida;</li> </ul>	<p>puerpério: 4/11/2024 20/12/2024</p>
---	--	--	---	--

<p>10. Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de <b>saúde/doença ginecológica</b>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento da mulher, apresentando-me e demonstrando disponibilidade;</li> <li>- Realização da avaliação inicial (antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica..) para obter uma prestação de cuidados mais individualizada à pessoa cuidada;</li> <li>- Desenvolvimento do plano de cuidados individualizado à mulher, de modo a torná-la ativa na sua saúde/doença;</li> <li>- Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica adequada e regular e reforçar a importância de realização de exames complementares de diagnóstico;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas à mulher e realizar educação para a saúde, indo ao encontro das suas necessidades;</li> <li>- Avaliação física (TA, FC, Peso, altura, IMC) e emocional da mulher;</li> <li>- Realização de educação para a saúde (Autoexame da mama, DST's, rastreios, prevenção de infeções génito-urinárias e cuidados perineais);</li> <li>- Identificação da população elegível para o RCCU e convocar as mulheres para realização do mesmo;</li> <li>- Colaboração e realização da colpocitologia;</li> <li>- Avaliação do estado vacinal;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...);</li> <li>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de alteração anormal/doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO;</li> <li>- Agendamento da próxima consulta, se necessário;</li> <li>- Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante;</li> <li>- Utentes.</li> </ul> <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balança;</li> <li>- Medidor de tensão/esfigmomanómetro e estetoscópio;</li> <li>- Material para técnica colpocitológica (Espéculo ginecológico, escova cervical, lâmina. meio líquido em recipiente para transporte da amostra);</li> <li>- Vacinas;</li> <li>- Computador.</li> </ul>	<p>Cuidados a comunidade: 23/09/2024 a 3/11/2024</p> <p>Consulta de exames diagnósticos / senologia: 06/01/2025 07/02/2025</p>
<p>11. Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família na admissão/acolhimento no serviço de Internamento e Bloco de partos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização do acolhimento à mulher/família;</li> <li>- Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família;</li> <li>- Apresentação do circuito e do serviço à mulher/família;</li> <li>- Preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido à mulher para internamento no bloco de partos;</li> <li>- Realização da avaliação inicial e colheita de dados à mulher/família de acordo com o impresso institucional;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça, entre outros);</li> <li>- Prestação de cuidados holísticos e individuais à mulher/família, respeitando</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Docente orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante;</li> <li>- Mulher/ família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p>	<p>Internamento de gravidez de risco: 4/11/2024 20/12/2024</p> <p>Bloco de partos: 07/02/2025 30/06/2025</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>as suas crenças e valores culturais;</li> <li>- Avaliação das expectativas da mulher/família e validação de plano de partos;</li> <li>- Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades da mulher/família, tornando-os parceiros no cuidar;</li> <li>- Atualização do plano de cuidados sempre que haja necessidade;</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno ao nível emocional e físico (pele e mucosas, estado geral, sinais vitais);</li> <li>- Avaliação obstétrica da mulher (cervicometria, manobras de Leopold);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno-fetal através do seu foco (CTG);</li> <li>- Colocação e interpretação de CTG;</li> <li>- Realização de tricotomia, se a mulher assim o desejar;</li> <li>- Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</li> </ul>	EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impressos e protocolos institucionais;</li> <li>- Boletim de saúde de grávida;</li> <li>- CTG;</li> <li>- Luvas;</li> <li>- Computador.</li> </ul>	
12. Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o <b>1º estágio de trabalho de parto;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família;</li> <li>- Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo de informação; consentimento informado, livre e esclarecido);</li> <li>- Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de parto de acordo com a escolha da mulher;</li> <li>- Colocação de acesso venoso periférico e colocação de soroterapia em curso de acordo com o protocolo;</li> <li>- Avaliação do bem-estar da parturiente ao nível físico (estado geral, pele e mucosas, sinais vitais) e emocional;</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno-fetal através do seu foco (CTG);</li> <li>- Colocação contínua e interpretação da CTG;</li> <li>- Identificação do verdadeiro e falso trabalho de parto;</li> <li>- Identificação da fase latente e fase ativa do 1º Estadio do trabalho de parto;</li> <li>- Incentivo à deambulação e liberdade de movimentos da mulher para evolução do trabalho de parto;</li> <li>- Realização de educação para a saúde sobre medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor e proporcionar estas medidas;</li> <li>- Colaboração na administração de terapêutica de alívio da dor (analgesia epidural/sequencial);</li> <li>- Administração de terapêutica durante o trabalho de parto (soros,</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira orientadora;</li> <li>- Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante;</li> <li>- Mulher/família</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bola de pilates;</li> <li>- CTG;</li> <li>- Material para puncionar veia periférica;</li> <li>- Material para realização de esvaziamento vesical;</li> <li>- Material para amniotomia;</li> <li>- Fármacos;</li> </ul>	Bloco de partos: 07/02/2025 30/06/2025

	<p>antibioterapia, uterotônicos, analgésicos, entre outros);</p> <p>- Incentivo à ingestão de líquidos claros e gelatina, em caso de não existir nenhuma contraindicação;</p> <p>- Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessária realização de esvaziamento vesical;</p> <p>- Avaliação de trabalho de parto através da cervicometria e identificação do índice de Bishop:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características do colo do útero (dilatação, apagamento, consistência e posição);</li> <li>• Identificação da apresentação fetal;</li> <li>• Identificação da altura da apresentação fetal através do plano de hodge/lee;</li> </ul> <p>- Observação da integridade das membranas (toçada, íntegra ou rota);</p> <p>- Colaboração ou realização de amniotomia, se necessário;</p> <p>- Identificação e caracterização do líquido amniótico em caso de rotura espontânea ou artificial de membranas;</p> <p>- Interpretação e registo da evolução/progressão do trabalho de parto no partograma assim que se inicie a fase ativa do trabalho de parto;</p> <p>- Identificação de risco materno-fetal e feita referência para equipa interdisciplinar em situações que estão para além da minha área de atuação;</p> <p>- Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</p>		<p>- Computador;</p> <p>- Impressos institucionais.</p>	
<p>13. Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o <b>2º estadio de trabalho de parto;</b></p>	<p>Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família ;</p> <p>Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família;</p> <p>Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de parto de acordo com a escolha da mulher;</p> <p>Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, consentimento informado, entre outros);</p> <p>Reconhecimento do período expulsivo através da avaliação de trabalho de parto e pela vontade expressa pela mulher em fazer força;</p> <p>Reconhecimento da altura ideal para a mulher realizar esforços expulsivos;</p> <p>Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realização de esvaziamento vesical;</p> <p>Validação da presença e funcionamento de todos os materiais necessários na sala de partos;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO:</p> <p>3.1, 3.2, 3.3,</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>- 2 EESMO;</p> <p>- Equipa multidisciplinar;</p> <p>- Estudante;</p> <p>- Mulher/família</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>- Impressos institucionais (partograma);</p> <p>CTG;</p> <p>- Material para realização de</p>	<p>Bloco de partos:</p> <p>07/02/2025</p> <p>30/06/2025</p>

	<p>Verificação da presença de dois profissionais de saúde no momento expulsivo (responsável pelo parto EEESMO e responsável pelos cuidados imediatos ao RN);</p> <p>Posicionamento da mulher na posição que lhe seja mais favorável à descida do feto;</p> <p>Incentivo a alternância de posicionamento para que se sinta melhor;</p> <p>Paramentação do profissional de saúde responsável pelo parto;</p> <p>Realização de lavagem vulvo-perineal com soro;</p> <p>Colocação de campos esterilizados, perneiras e outros, de acordo com a posição que a mulher se encontra;</p> <p>Colocação dos instrumentos necessários ao parto na mesa de apoio;</p> <p>Avaliação do foco fetal e contratibilidade uterina, através da CTG;</p> <p>Administração de oxitocina de acordo com o protocolo institucional;</p> <p>Instrução sobre o controlo respiratório durante os esforços expulsivos e do descanso entre contrações;</p> <p>Realização de reforço positivo à mulher ao longo do período expulsivo;</p> <p>Incentivo ao acompanhante para participar no trabalho de parto;</p> <p>Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal;</p> <p>Avaliação da elasticidade e coloração dos tecidos perineais durante coroação e se necessário realização de episiotomia, pedindo o consentimento informado, livre e esclarecido à mulher (médio-lateral ou mediana);</p> <p>Realização da Manobra de Ritgen;</p> <p>Verificação de existência de circular cervical do cordão pedindo à mulher para não realizar força nesse momento;</p> <p>Apoio na exteriorização fetal pelo desencravamento anterior e posterior dos ombros do feto. Em caso de distócia de ombros realização de Manobra de McRoberts e Rubin I;</p> <p>Realização de expressão manual torácica e das vias aéreas do RN para libertação de fluídos do parto;</p> <p>Promoção do contacto pele a pele caso mãe/RN clinicamente estáveis, para favorecer a vinculação;</p> <p>Laqueação do cordão umbilical após parar de pulsar com clamp apropriado e pinça de Kocher;</p>		<p>esvaziamento vesical;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fármacos;</li> <li>- Luvas;</li> </ul> <p>-Material de apoio ao parto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> </ul> <p>Boletim de saúde de grávida.</p>	
--	---	--	--	--

	<p>Incentivo ao acompanhante/mulher a realizar o corte do cordão entre as duas laqueações, caso desejem. Caso contrário, o profissional responsável pelo parto corta o cordão;</p> <p>Observação e determinação da hora de nascimento;</p> <p>Identificação de risco materno-fetal e feita referência para equipa interdisciplinar em situações que estão para além da minha área de atuação;</p> <p>Colaboração com obstetra em partos distócicos;</p> <p>-Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</p>			
<p>14. Prestar cuidados especializados De enfermagem à mulher/família durante o <b>3º estágio de trabalho de parto;</b></p>	<p>Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão;</p> <p>Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família;</p> <p>Explicação à mulher do procedimento, para obter o seu consentimento e cooperação;</p> <p>Posicionamento da mulher em semi-fowler;</p> <p>Avaliação do bem-estar físico e emocional da mulher (estado geral, pele e mucosas, estado de consciência, sinais vitais);</p> <p>Realização de colheita de sangue umbilical após clampagem do cordão de acordo com o protocolo de incompatibilidade Rh e ABO;</p> <p>Realização de colheita de células estaminais, quando previamente solicitado;</p> <p>Reconhecimento de sinais de descolamento da placenta (útero passa de discoide para ovoide, perda da sangue escuro pelo introito vaginal, observar um alongamento do cordão umbilical, efetuar manobra de Kustner, caso o cordão se mantenha ao mesmo nível indica descolamento);</p> <p>Execução da dequitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de oxitocina de acordo com o protocolo institucional;</li> <li>• Realização da manobra de Brand-Andrews (tração cuidadosa do cordão umbilical e ligeira pressão supra-púbica sobre o útero);</li> <li>• Instrução e incentivo à mulher a fazer esforços expulsivos, para ajudar a expulsar a placenta descolada;</li> <li>• Realização da Manobra de Jacob-Dublin (movimentos de rotação para exteriorizar a placenta completa, mantendo as membranas íntegras);</li> </ul> <p>Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Duncan ou Shultz);</p> <p>Verificação de globo de segurança de Pinard através da palpação uterina;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p> <p>A1, A2 B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO:</p> <p>3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 EESMO;</li> <li>Equipa multidisciplinar;</li> <li>- Estudante;</li> <li>- Mulher/família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fármacos;</li> <li>- Soro fisiológico;</li> <li>- Luvas esterilizadas;</li> <li>- Compressas esterilizadas;</li> <li>- Material de apoio ao parto;</li> <li>- Material para suturar;</li> <li>- Seringa de 10 ml e agulha endovenosa;</li> <li>- Computador;</li> <li>Impressos institucionais.</li> </ul>	<p>Bloco de partos:</p> <p>07/02/2025</p> <p>30/06/2025</p>

	<p>Avaliação da quantidade de perdas sanguíneas vaginais;  Observação criteriosa da placenta, das membranas e do cordão umbilical, com objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias;  Acondicionamento da placenta em saco próprio e enviar para Anatomia Patológica;  Realização de massagem no fundo do útero para assegurar que o útero se encontra contraído;  Realização de expressão uterina para exteriorização de qualquer coágulo do útero, se necessário;  Observação do períneo e canal de parto para identificação de tecidos lesionados;</p> <p><b>Em caso de sutura perineal por Episiotomia ou Laceração:</b>  Informe e peça o consentimento à mulher para realização do procedimento;  Administração de anestesia local, em mulher sem analgesia epidural;  Realização de sutura perineal por planos;  Realização de toque retal para despiste de lesão tecidual do esfíncter retal;  Observação e exame da região perineal suturada da mulher e sua higienização.</p> <p>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de desvio da normalidade, que não sejam da intervenção do EEESMO (retenção placentar, hemorragia pós-parto)  - Realização de educação para a saúde sobre cuidados perineais, nomeadamente, higiene, prevenção de infeção e lóquios;  - Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</p>			
<p>15. Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/RN/família durante o <b>4º estágio de trabalho de parto.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/RN/família;</li> <li>- Prestação de cuidados à mulher/RN/família mantendo a ética e deontologia da profissão;</li> <li>- Promoção do contacto pele-a-pele entre a díade, para facilitar a vinculação;</li> <li>- Promoção e apoio na amamentação na primeira hora de vida do RN, em função das condições maternas e fetais e da vontade/desejo da mulher em amamentar;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p>	<p><u>Humanos:</u>  - Enfermeira orientadora;  - Equipa multidisciplinar;  - Estudante;  - Mulher/ RN/ acompanhante.</p>	<p>Bloco de partos:  07/02/2025  30/06/2025</p>

	<p>- Avaliação física e emocional da mulher (estado geral, pele e mucosas, sinais vitais, mamas, útero, períneo, lóquios e membros inferiores);</p> <p>- Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realização de esvaziamento vesical;</p> <p>- Exteriorização de cateter epidural;</p> <p>- Realização de educação para a saúde indo ao encontro das dúvidas e necessidades da mulher/RN/família (amamentação, eliminação, alimentação, entre outros);</p> <p>- Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de desvio da normalidade, que não sejam da intervenção do EEESMO;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem (no SELENE e ORUS);</p> <p>Encaminhamento da mulher/RN/família para o serviço de internamento de puérperas e transmitida informação clínica.</p>	<p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>	<p><u>Materiais:</u></p> <p>- Material para esvaziamento vesical;</p> <p>- Computador;</p> <p>Impressos institucionais.</p>	
16.Prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN;	<p>Validação da presença e funcionamento de todos os materiais e equipamentos da Sala de Reanimação;</p> <p>Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e aquecido para receber o RN;</p> <p>Colocação de pano/campo esterilizado aquecido previamente para receber o RN;</p> <p>Secagem rápida do RN em movimentos suaves, mantendo a cabeça coberta, para diminuir perdas de calor;</p> <p>Colocação precoce do RN contacto pele-a-pele com a mãe, para promover a vinculação;</p> <p>Prestação de cuidados ao RN informando a mulher/família dos cuidados prestados;</p> <p>Observação e determinação da hora de nascimento;</p> <p>Avaliação do índice de APGAR (ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida);</p> <p>Encaminhamento do RN para Sala de Reanimação e realizados cuidados imediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocação de RN sob fonte de calor;</li> <li>• Aspiração do RN, se necessário;</li> <li>• Administração de 1mg de Fitomenadiona (vitamina K) por via intramuscular;</li> <li>• Avaliação física, neurológica e comportamental do RN, para detetar possíveis malformações;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>- Enfermeira orientadora;</p> <p>- Pediatra e equipa multidisciplinar;</p> <p>Estudante;</p> <p>- Mulher/ RN/família.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>- Luvas;</p> <p>- Campos aquecidos;</p> <p>- Mesa de apoio ao RN, com fonte de calor e sistema de pesagem de RN;</p> <p>- Equipamentos de sala de reanimação (sondas de aspiração, sistema de vácuo, oxigênio, entre outros);</p> <p>- Seringa e agulha intradérmica;</p> <p>- Vitamina K e</p>	<p>Bloco de partos: 07/02/2025 30/06/2025</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do peso do RN;</li> <li>• Colocação de compressa seca a proteger coto umbilical do RN;</li> <li>• Realização de banho imediatamente se envolvido em mecônio ou mãe com HIV confirmado ou suspeita, caso RN se encontre estável;</li> <li>• Colocação da fralda e vestuário previamente aquecido ao RN;</li> <li>• Colaboração com pediatra na reanimação neonatal, se necessário;</li> <li>• Colocação de pulseira de identificação no RN (com nome da mãe e número de processo) num dos membros superiores e pulseira anti-rapto num dos membros inferiores;</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">Encaminhamento do RN para junto dos seus pais para continuidade de interação parental;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento para serviço de neonatologia se indicação do Pediatra e informada mulher/família;</li> <li>- Promoção e apoio na amamentação na primeira hora de vida;</li> <li>- Avaliação de glicémia capilar de acordo com protocolo institucional se mulher com diabetes na gravidez;</li> </ul> <p>- Realização de registos de enfermagens no SELENE e ORUS.</p>		<p>terapêutica de emergência neonatal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- roupa aquecida;</li> <li>- Incubadora;</li> <li>- Computador;</li> <li>- Impressos institucionais;</li> </ul> <p>- Boletim de saúde infantil e juvenil.</p>	
--	--	--	---	--

**Tabela 1** – Projeto de Aprendizagem relativo a Estágio - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade.

## Considerações éticas

A enfermagem, enquanto profissão, é orientada por princípios éticos e legais consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que enquadram o exercício profissional com base em conhecimentos científicos e técnicos atualizados, no respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar da população, bem como na promoção contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2025a).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) deve desenvolver uma prática profissional ética, legal e responsável na sua área de especialidade, atuando de acordo com a legislação em vigor, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes ao exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, a planificação e implementação das atividades assentam em princípios fundamentais da ética em enfermagem, nomeadamente a beneficência, a não-maleficência, a justiça, a fidelidade, a veracidade e a confidencialidade.

Relativamente ao desenvolvimento do trabalho de investigação, o questionário inclui uma breve introdução explicativa sobre a temática e os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes e da informação recolhida, de modo a salvaguardar uma participação voluntária, livre e devidamente informada.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2021). Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 7. Disponível no link: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03504->
6. Carta de Ottawa (1986, novembro 17-21). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.
7. Castellanos J, .. L. (2019). Experiencias de empoderamiento femenino en diversas comunidades. Estudio de casos. entorno cultural, 209-220.
8. Castillo Becerra , J. I. (2024). Autoestima y Empoderamiento en Mujeres Feministas y no Feministas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2085-2106. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3.11400](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11400)
9. Couture Bue, A. C. (2019). Empowerment sold separately: Two experiments examine the effects of ostensibly empowering beauty advertisements on Women's empowerment and self-objectification. *Sex Roles*, 81(9-10), 627-642. Disponível no link: <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01020-4>
10. Di Mascio, M., Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Marhefka, G. D., & Berghella, V. (2016). Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(5), 561-571. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.014>
11. DiPietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L., & Powell, K. E.
12. (2019). Benefits of physical activity during pregnancy and postpartum: an umbrella review. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1292.
13. Direção assistencial da Atenção Primária de Madrid (2023). Disponível no link: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/centros-salud-atencion-primaria>
14. Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível no link: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
15. Gil, C. N., & Mariñelarena, C. G. (2016). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10(1), 30-35. ISSN 1576-3080.
16. Hospital de la Paz, 2024. Proceso del parto en la Maternidad de la Paz. Comunidad de Madrid. Disponível no link: <https://lapaz.elparto.es/index.html>
17. Hospital del Henares, 2023. INFORMACIÓN GENERAL PARA LA MUJER EMBARAZADA.

18. Comunidad de Madrid. Disponível no link: <https://www.comunidad.madrid/hospital/henares/profesionales/maternidad>
19. Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health-related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>.
20. Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
21. Ministério da Saúde (2022). Missão, visão e valores. Disponível no link: <https://www.chmt.min-saude.pt/visao-missao-e-valores/>.
22. Ministério da saúde (2023). Preparação para o Parto e Parentalidade. Disponível no link: <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.
23. Musavi, M., Rahimzadeh, M., Tabaghdeh, M. H., & Saeieh, S. E. (2024). The effect of sexual education on the postpartum women's sexual self-confidence and self-efficacy: a theory-based intervention. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1), 64. Disponível no link: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06255-y>
24. Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.
25. Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica 20(85), pp. 13560-13565. Lisboa. Disponível no link: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
27. Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P. A., Dominguez-Cancino, K. A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J., & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 92. Disponível no link: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>
28. Quiron del Henares, 2024. Guía de embarazo, parto y cuidados del recién nacido. Torrejón de Ardos. link: <https://www.quironsalud.com/vallehenares/es/carteraservicios/matronas.ficheros/3050505Gu%C3%ADa%20de%20embarazo%20y%20parto%20Hospital%20Quir%C3%B3nsalud%20Valle%20del%20Henares.pdf>

29. Saligheh, M., Hackett, D., Boyce, P., & Cobley, S. (2017). Can exercise reduce symptoms of postpartum depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.037>
30. Vainauskienė V, Vaitkienė R. (2021). *Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self- Management of Chronic Disease: An Integrative Review*. *Int J Environ Res Public Health*. Feb 24;18(5):2247. doi: 10.3390/ijerph18052247. PMID: 33668329; PMCID: PMC795

## **APÊNDICE II: *Scoping Review* (ScR)**

**“GRAVIDEZ ATIVA ENQUANTO PROMOTORA DO EMPOWERMENT FEMININO NO  
PÓS-PARTO: UMA SCOPING REVIEW.”**

*“Active pregnancy as a promoter of female empowerment in the postnatal period:  
a scoping review.”*

**Alba Díaz Herrera**

Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ESSSantarém, Portugal | ORCID: 0009-0001-1429-3460 | Ciência ID: 6619-F7D2-68E0

[230000148@essaude.ipsantarem.pt](mailto:230000148@essaude.ipsantarem.pt)

**Conceição Santiago**

Professora Adjunta de Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém,

Contacto: tel: 243307200

[mconceicao.santiago@essaude.ipsantarem.pt](mailto:mconceicao.santiago@essaude.ipsantarem.pt)

## ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologist

CMESMO – Mestrado de enfermagem Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CRP – Cardiorrespiratório

DGS – Direção - Geral da Saúde

DMG – Diabetes Mellitus Gestational

EBSCO/EBSCOhost – Elton Bryson Stephens Company / Elton Bryson Stephens Company Host

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HCC – Concentração de Cortisol no Cabelo

HRQoL – Quality of Life

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

JBI – Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

MPS – Modelo de Promoção da Saúde OE – Ordem dos Enfermeiros

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde TP – Trabalho de Parto

SWEP – Study Water Exercise Pregnant

WHO – World Health Organization

## RESUMO

Apesar da evidência científica sobre os benefícios do exercício físico durante a gravidez e pós-parto, a sua prática ainda é limitada por barreiras culturais, clínicas e sociais.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto.

Método de revisão: Foi definido o protocolo de *scoping review*, baseado na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, considerando os critérios definidos e a adequação às bases de dados propostas.

Apresentação e interpretação dos resultados: O mapeamento das evidências permitirá identificar a prática do exercício físico durante a gravidez e a sua influência no *empowerment feminino* no pós-parto.

Conclusão: Prevê-se que esta revisão constitua um ponto de partida para a análise e sistematização dos estudos relativos à prática de exercício físico durante a gravidez e a sua influência no empoderamento feminino e nos resultados psicossociais no pós-parto, contribuindo para consolidação de um estilo de vida essencial para o bem-estar integral da mulher, mas também para a investigação científica nesta temática.

**Palavras-chave:** Exercício físico; Gravidez; Pós-parto; Empoderamento feminino; saúde materna.

## ABSTRAC

Despite evidence of the benefits of physical exercise during pregnancy and postpartum, its practice is still limited by cultural, clinical, and social barriers. Therefore, this study focuses on **relating physical exercise as a tool for empowerment and overall well-being in women in the postpartum period and analysing the importance of an active pregnancy and its influence on postpartum recovery** through a scoping review, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute®, with the following review question: *What evidence is available on the impact of physical exercise during pregnancy on female empowerment and positive psychosocial outcomes in the postpartum period?*

The research was conducted in June 2025 on the PubMed and EBSCO platforms, in the MEDLINE and CINAHL databases, for articles published in the last 10 years, full text, abstract available, and in Portuguese, English, or Spanish. The flow diagram (PRISMA® 2020) identified 360 articles, of which only 30 were included in the review. It was concluded that the evidence indicates that an active pregnancy is a decisive factor for a positive postpartum period, favouring women's physical, emotional and social recovery. Physical exercise, combined with social support and health education, strengthens maternal self-efficacy, autonomy and empowerment, consolidating itself as an essential strategy for integral well-being and transformation in the pregnancy-postpartum cycle.

**Keywords:** Physical exercise; Pregnancy; Postpartum; Female empowerment.

## INTRODUÇÃO

A produção de conhecimento científico implica um processo organizado e intencional de recolha e análise de informação, orientado para a compreensão da realidade e para a resposta a questões específicas de investigação. Neste sentido, a investigação assume um papel central na construção e atualização do conhecimento, permitindo articular a reflexão teórica com a prática profissional (Reis, 2021; Minayo, 2011). De acordo com Fortin (2009) e Vilelas (2017), a investigação científica exige rigor metodológico, mas também capacidade de adaptação do método aos objetivos do estudo. Assim, a *Scoping Review* foi adotada como estratégia metodológica por permitir uma abordagem sistemática e estruturada da literatura, adequada para mapear a evidência existente sobre o fenómeno em estudo e enquadrar o desenvolvimento das fases subsequentes da investigação.

A definição do tema de investigação surgiu da articulação entre a área da saúde materna e obstétrica, a experiência vivenciada nos diferentes contextos de estágio e as motivações pessoais enquanto futura profissional. A partir desta delimitação temática, procedeu-se à realização de uma *Scoping Review*, com a finalidade de identificar, sistematizar e analisar a produção científica recente relacionada com o objeto de estudo, permitindo enquadrar teoricamente a investigação e sustentar a formulação da questão de pesquisa à luz da evidência disponível (*APÊNDICE II*).

Uma *Scoping Review* consiste num tipo de síntese de evidência que tem como finalidade identificar, mapear e descrever de forma sistemática a extensão, a variedade e as características da produção científica existente sobre um determinado tema, independentemente do desenho dos estudos ou da origem das fontes incluídas. Este tipo de revisão é particularmente indicado quando o objetivo é clarificar conceitos, analisar a forma como a investigação tem sido conduzida e identificar lacunas no conhecimento disponível (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020).

A *Scoping Review* desenvolvida neste estudo seguiu a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)*, uma organização internacional de referência na área da síntese de evidência em saúde. De acordo com as orientações do JBI, este tipo de revisão permite uma abordagem estruturada e transparente da literatura, contribuindo para uma compreensão abrangente do fenómeno em estudo e para a fundamentação de investigações subsequentes (Joanna Briggs Institute, 2021).

## MÉTODO

Assim, conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI, 2021)* para a elaboração de uma ScR, numa primeira fase, é definida a questão de pesquisa, através da mnemónica PCC: P - Participantes; C- Conceitos; e C- Contexto, como se expõe na **Tabela 1**. A definição do PCC levou à questão de pesquisa: Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto? Com o objetivo mapear a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto.

**Tabela 1- Mnemónica PCC.**

<b>Participantes:</b>	Mulheres grávidas e no pós-parto
<b>Conceitos:</b>	Exercício físico; empowerment; autoeficácia; saúde materna
<b>Contexto:</b>	Comunidade

A partir da mnemónica PCC, foram definidos os critérios de inclusão. Foram considerados para a pesquisa todos os tipos de estudos que incluíam como participantes mulheres com prática de exercício durante a gravidez e no pós-parto, que exploravam a influencia desta prática no empoderamento feminino e na saúde materna e desenvolvidos em contexto da comunidade, onde a mulher está inserida. Foram excluídos todos os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa que tem como propósito identificar estudos publicados e não publicados, partiu de uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO) para identificação de artigos sobre o tema de interesse. Nos artigos relevantes, identificaram-se as palavras nos títulos e resumos e termos de indexação, para a realização de uma estratégia pesquisa final nas plataformas PubMed e EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE.

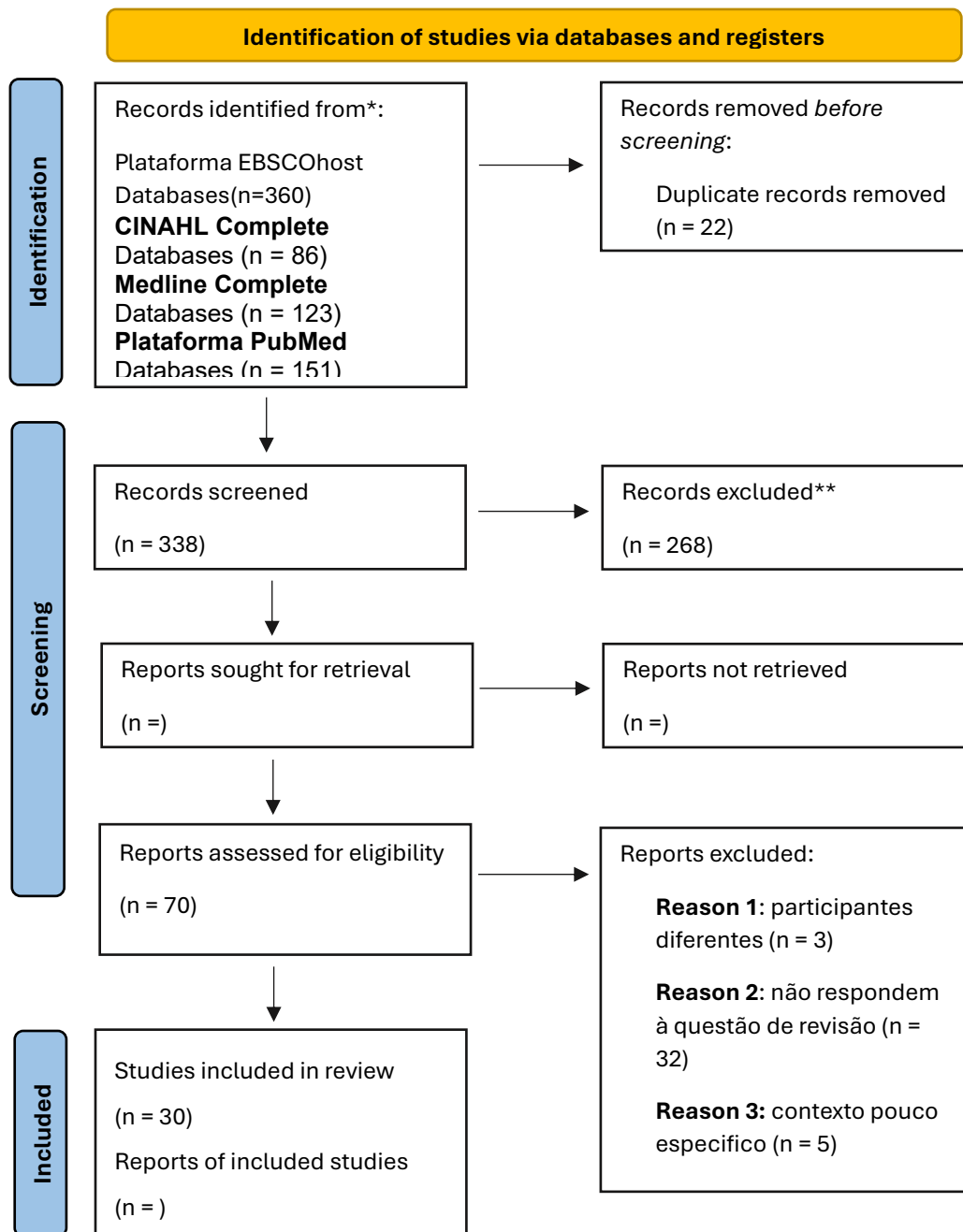
Foram incluídos na pesquisa todos os tipos de estudos, em português, inglês e espanhol, estudos realizados nos últimos 10 anos no friso cronológico de mês e ano a mês e ano, texto integral, resumo disponível e espécie humana (Tabela 2).

**Tabela 2- Estratégia pesquisa.**

Base de Dados		Limitadores específicos	Limitadores Universais
EBSCO host	CINAHL	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Prática baseada em evidência, Humano.	Texto completo; friso temporal da data de publicação: 2015 a 2025.
	Medline	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.	
Pubmed	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.		

Foram identificados e selecionados os descritores na plataforma MeSH Brower, tendo por base o PCC, Foram acrescentados os termos naturais Health Benefits, por atribuírem valor científico à investigação. Com a conjugação dos operadores booleanos “AND” e “OR”, depois de várias tentativas e combinações, sem contributos para a revisão, resultou a expressão de pesquisa: (*exercis\* OR "physical activity" OR "Physical Fitness"*) AND (*pregnan\* OR "Postpartum Period"*) AND (*"Empowerment" OR "Self Efficacy" OR "Quality of Life"*), realizada no mês de junho de 2025.

Após a pesquisa, foi feita a seleção dos estudos. Com o recurso ao fluxograma “PRISMA 2020 Flow Diagram” (Figura 1). Na primeira etapa do PRISMA, designada Identification, foram identificamos na plataforma EBSCOhost 209 artigos, na base de dados CINALH (n=86) e na MEDLINE (n=123) e 151 artigos na plataforma PubMed, totalizando assim 360 artigos. Posteriormente, foram rejeitados 22 artigos duplicados. Na etapa Screening, primeiro procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 338 artigos e foram eliminados 268 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão PCC previamente definidos, totalizando 70 artigos incluídos. Seguiu-se a leitura integral dos 70 artigos remanescentes e 40 foram excluídos: 3 pelos participantes, 5 devido ao contexto pouco específico da gravidez ou pós-parto, e 32 por não contribuírem para a questão de revisão desta ScR. A análise dos artigos, para avaliação de acordo com os critérios de inclusão para a revisão, foi realizada por 2 revisores independentes. Na última etapa, Included foram considerados os 30 artigos para a realização da presente Scoping Review



**Figura 1: PRISMA 2020 Diagram Flow**

## RESULTADOS

Foram incluídos 30 artigos para análise: estudos de natureza quantitativa (22), de natureza qualitativa (4), estudos de metodologia mista (3) e (1) revisão sistemáticas da literatura.

Não foi encontrado nenhum estudo feito em Portugal, e só um escrito em português. Os estudos analisados foram realizados entre os anos de 2015 e 2025.

Seguidamente, efetuou-se uma análise detalhada, entre os revisores, dos 30 artigos selecionados, sendo que emergiram 4 temas principais:

1. Benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto;
2. Dificuldades sentidas e desigualdades percebidas;
3. Pós parto e empoderamento feminino;
4. Barreiras na prestação de cuidados e estratégias de *coping*

Tabela 1. *Extração de dados dos artigos analisados*

Nº	AUTORES/ ANO/ PAÍS DE ORIGEM	NOME DO ARTIGO/ BASE DE DADOS	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	METODOLOGIA	RESULTADOS
1	Rodríguez-Blaque R, Aguilar-Cordero MJ, Marín-Jiménez AE, Menor-Rodríguez MJ, Montiel-Troya M, Sánchez-García JC  2020  Espania	<i>“Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial”</i>  PUBMED	Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes que realizam um programa de exercícios moderados na água (método SWEP) em comparação com um grupo de controlo sem intervenção.	129 mulheres grávidas, divididas em grupo de intervenção (GE, n = 65) e grupo de controlo (GC, n = 64). Entre 20 e 37 semanas de gestação.	Ensaio clínico aleatório. Intervenção de 12 semanas.	As mulheres que realizaram o <i>método SWEP</i> apresentaram a maior percentagem de resultados ótimos no estado do períneo, com o pavimento pélvico intacto após o parto, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida pós-parto. “A análise das pontuações resumidas da <i>HRQoL</i> mostra que, <b>no componente de saúde física</b> , a pontuação do GE diminuiu 3,93 pontos, enquanto a do GC, sofreu uma diminuição correspondente de 8,07 pontos, o que sugere deterioração nessa dimensão. <b>No componente de saúde mental</b> , a pontuação do GC caiu abaixo dos 42 pontos, o que é considerado o primeiro limiar no rastreio da depressão. “Os autores concluem que os programas de exercício na água, como o SWEP, <b>melhoram/preservam a HRQoL</b> em mulheres grávidas, em comparação com a deterioração observada no grupo sem intervenção.”
2	Justyna Krzepota, Dorota Sadowska, Elżbieta Biernat.  2018 Polonia <i>Departamento de Cultura Física y Promoción de la Salud de Universidad de Szczecin.</i>	<i>“Relationships between Physical Activity and Quality of Life in Pregnant Women in the Second and Third Trimester”</i>  PUBMED	Analisar as relações entre a atividade física e a qualidade de vida em mulheres grávidas.	346 mulheres grávidas (157 no segundo trimestre, 189 no terceiro trimestre).	Estudo transversal correlacional/ cross-sectional.	1.As mulheres com melhor avaliação da qualidade de vida em saúde física declararam maior gasto energético em atividades vigorosas, ocupacionais e desportivas/exercício físico. 2.A inatividade durante a gravidez está associada a um pior estado de espírito, enquanto o aumento da participação em desportos ou atividade física desde o período da gravidez até ao pós-parto conduz a um melhor bem-estar geral. 3. A atividade física pode depender do nível socioeconómico e do apoio de um parceiro, amigos ou familiares. Esses fatores podem determinar em grande medida a qualidade de vida. 4.” Os resultados sugerem a <b>necessidade de melhorar os cuidados pré-natais</b> e de promover programas física”
3	Anna Szumilewicz, Agnieszka Kuchta, Monika Kranich,	<i>“Prenatal high-low impact exercise program supported</i>	Avaliar o impacto na vida da incontinência urinária pós-parto	260 mulheres no pós-parto, divididas em grupo de treino	Estudo transversal	1. As mulheres do GE iniciaram exercícios regulares do pavimento pélvico <b>muito antes</b> no pós-parto do que as do GC. Menos mulheres do GE sofreram à incontinência urinária, tanto aos 2 meses como ao ano após o parto.

	<p>Marcin Dornowski, Zbigniew Jastrzębski</p> <p>2020</p> <p>Polonia</p>	<p><i>by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence: A quasiexperimental trial</i></p> <p>PUBMED</p>	<p>em mulheres que participaram de um programa pré-natal de exercícios de alto e baixo impacto, apoiado por educação e treinamento do assoalho pélvico, em comparação com controles.</p>	<p>GE pré-natal (n = 133) e grupo de controlo GC (n = 127)</p>		<p><b>2.</b> Dois meses após o parto, entre as mulheres sintomáticas, as pontuações foram significativamente <b>menores</b> no grupo de treino em comparação com o GC. O número de mulheres afetadas por sintomas de incontinência diminuiu <b>38% no GE e 20% no GC.</b></p> <p>→O programa de exercícios pré-natais de alto-baixo impacto, apoiado por treino e educação do pavimento pélvico, deve ser promovido entre mulheres grávidas fisicamente ativas, pois pode ajudar a continuar exercícios de alta intensidade de forma segura e, ao mesmo tempo, prevenir a incontinência urinária pós-parto.</p>
4	<p>Leanne Halili, Rachael Liu Anneka Week, Raywat Deonandan , Kristi B. Adamo</p> <p>2019</p> <p>Canada</p>	<p><i>“High maternal self-efficacy is associated with meeting Institute of Medicine gestational weight gain recommendations”</i></p> <p>PUBMED</p>	<p>O estudo analisou como fatores psicossociais influenciam as mulheres grávidas a cumprir as recomendações do Instituto de Medicina (2009) sobre exercício físico.</p>	<p>201 mulheres grávidas e 274 mulheres no pós-parto (≤1 ano).</p>	<p>Estudo transversal com questionários.</p>	<p><u>Mulheres grávidas:</u> <b>84,3%</b> relataram que tinham planeado fazer exercício, mas <b>77,5%</b> afirmaram que não fizeram tanto quanto tinham planeado. Elas referiram que estavam demasiado cansadas, que tinham demasiadas dores ou desconforto para se exercitarem e que se sentiam constrangidas para fazer exercício.</p> <p><u>Mulheres pós parto:</u> Referiram que <b>não tinham alguém com quem praticar exercício</b> à menor probabilidade de cumprir as diretrizes de ganho de peso do IOM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reforça a <b>autoeficácia</b></li> <li>✓ Valoriza o <b>locus de controlo interno.</b></li> <li>✓ Importância de <b>reduzir as barreiras psicossociais.</b></li> <li>✓ Destaca o papel do <b>apoio social.</b></li> </ul>
5	<p>Chelsea L. Kracht, Chris M. Blanchard, Danielle Symons Downs, Mark R. Beauchamp, Ryan E. Rhodes</p> <p>2024</p>	<p><i>“New parents’ sleep, movement, health, and well-being across the postpartum period”</i></p>	<p>Analisar as alterações e a relação bidirecional entre o sono e o movimento, e o bem-estar entre os novos pais e as diferenças entre os sexos.</p>	<p>181 participantes (117 casais), idade média 31,5 ± 4,4 anos (51,3 % mulheres).</p>	<p>Ensaio controlado aleatório.</p>	<p>→ O estudo identificou associações significativas entre atividade física (AF) e variáveis de bem-estar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF aos 4 meses tem mais probabilidades de <b>atividade física moderada-vigorosa</b> aos 6 meses após o parto.</li> <li>▪ “A saúde mental melhorou após o parto graças à conexão precoce com a atividade física”.</li> </ul> <p>→<b>24-hour movement cycle:</b> integra <i>sono, atividade física e tempo sedentário</i>. Esta abordagem reconhece que o <b>descanso adequado e a atividade física se complementam:</b> dormir</p>

	EEUU	PUBMED				melhor facilita a atividade física, e movimentar-se mais melhora o sono e o bem-estar mental. “As mães tendem a experimentar uma maior interrupção do sono e maior carga de stress devido às exigências da amamentação e dos cuidados imediatos”.
6	Mourady, D., Richa, S. Karam, R. Papazian, T., Hajj Moussa, F., El Osta, N. Kesrouani, A., Azouri J., Jabbour, H., Hajj A., & Rabbaa Khabbaz, L. 2017 Líbano	“Associações entre qualidade de vida, atividade física, preocupação, depressão e insónia: um estudo transversal em mulheres grávidas saudáveis.”  PUBMED	Avaliar as associações entre qualidade de vida, atividade física, depressão, insónia e preocupação em mulheres grávidas saudáveis.	141 mulheres grávidas saudáveis.	Estudo transversal, quantitativo.	Primeiro estudo a avaliar as relações entre <b>qualidade de vida, saúde mental e atividade física</b> em mulheres grávidas: 1. Existe uma associação significativa entre atividade física e depressão: as mulheres que obtiveram pontuações mais altas no questionário apresentaram menor atividade física total e eram menos propensas a praticar desporto e exercício físico. 2. A atividade física mostrou correlações positivas com a maioria dos domínios da qualidade de vida, como qualidade de vida geral, saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiente.
7	Patricia A. Kinser, Leroy R. Thacker, Amy Rider, Sara Moyer, Ananda B. Amstadter, Suzanne E. Mazzeo, Susan Bodnar-Deren, Angela Starkweather. 2021 EEUU	<i>Feasibility, Acceptability, and Preliminary Effects of “Mindful Moms” Intervention for Pregnant Women with Depression.</i>  PUBMED	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares da intervenção “Mindful Moms” em mulheres grávidas com sintomas depressivos.	Programa de 12 semanas em 41 mulheres grávidas com sintomas depressivos	Estudo piloto de intervenção (quase experimental) Abordagem mista: avalia não apenas a eficácia, mas também a viabilidade e a aceitação.	<b>Mindful Moms:</b> capacitar mulheres grávidas com sintomas depressivos a estabelecer metas pessoais e a participar em atividades físicas conscientes, utilizando <b>ioga pré-natal</b> . → O ioga pré-natal, concebido como uma forma de movimento consciente e seguro durante a gravidez. →” Foram observados <b>efeitos preliminares positivos</b> no bem-estar psicológico e nos sintomas depressivos. 1. “O programa incentivou as mulheres a desenvolver habilidades para o autocuidado e a prática de atividade física segura em casa, incluindo ioga, caminhada, natação ou dança. 2. O programa promoveu <b>espaços seguros de apoio mútuo</b> e um sentimento de comunidade. 3. Embora o programa fosse direcionado à gravidez, <b>os benefícios psicológicos</b> (redução da depressão, ansiedade, stress e ruminações) <b>mantiveram-se até 6 semanas após o parto</b> .
8	Budnik-Przybylska, D., Laskowski R., Pawlicka P.,	“Do Physical Activity and Personality Matter for Hair	Analisar se a atividade física e os traços de	Total: 64 mulheres. 29 grávidas. 35 não grávidas	Estudo observacional transversal.	1. “No grupo de mulheres grávidas, houve uma correlação negativa significativa entre HCC e a frequência das sessões de exercício.”

	Anikiej-Wiczenbach P., Łada-Maško A., Szumilewicz A., Makurat F., Przybylski J., Soya H., & Kaźmierczak.  2020 Polonia	<i>Cortisol Concentration and Self-Reported Stress in Pregnancy? A Pilot Cross-Sectional Study</i>  PUBMED	personalidade influenciam a concentração de cortisol no cabelo (HCC) em mulheres grávidas, em comparação com mulheres não grávidas.	Idade média: 31 anos. Critérios: grávidas saudáveis, sem complicações médicas ou psiquiátricas. 2º ou 3º trimestre em primíparas.		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. “O <b>exercício físico durante a gravidez ajuda a reduzir o stress fisiológico</b>, embora nem sempre altere a percepção subjetiva do stress.”</li> <li>3. “A maior frequência de exercício em mulheres grávidas pode refletir as mudanças positivas nos padrões de atividade física após a concepção, resultado da promoção mundial do exercício pré-natal nos últimos anos.”</li> <li>4. “Nossas descobertas indicam a importância dos programas de atividade física dedicados às mulheres grávidas para sua qualidade de vida.”</li> </ol>
9	Maria Faulkner, Sinéad Currie, Ben Fitzpatrick, Elizabeth Deery.  2025  Irlanda	<i>“We need more guidance, more encouragement and empowerment for what our bodies are capable of”: Pregnant and postpartum women’s knowledge and experiences of receiving physical activity guidance and support on the island of Ireland:</i>  PUBMED	Avaliar o conhecimento das diretrizes de atividade física (AF) e as experiências de receber orientação/apoio sobre AF durante os cuidados maternos (gravidez e até 3 anos após o parto)	N = 430 (todas se identificaram como mulheres); 17% grávidas; as restantes no pós-parto (20% <6 meses, 24% <1 ano, 24% <2 anos, 16% <3 anos).	Transversal com métodos mistos	<p><u>Sentimentos vivenciados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “<i>Eu tinha dores e desconfortos e precisava de informações e apoio logo no início para poder adaptar a minha rotina de exercícios e prevenir problemas posteriores. Só recebi ajuda personalizada algumas semanas após o parto e, além disso, muito pouco personalizada.</i>”</li> <li>✓ “<i>Disseram-me para não fazer AF, apesar de a gravidez não ter tido complicações.</i>”</li> <li>✓ “<i>Tive que pedir conselhos todas as vezes, não era algo rotineiro.</i>”</li> <li>✓ “<i>Estou muito grata aos profissionais de saúde pelos bons conselhos que me deram. Tinha confiança para continuar a fazer AF e reduzi-lo quando já não me sentia capaz. Vi muitas amigas deixarem de fazer AF e tiveram dificuldade em retomar depois da gravidez. Senti-me forte e preparada para o parto porque me sentia em muito boa forma.</i>”</li> <li>✓ “<i>Não havia recursos escritos. Disseram-me para fazer apenas caminhadas de baixa intensidade.</i>”</li> <li>✓ “<i>Parecia ser uma abordagem única para todos.</i>”</li> <li>✓ “<b>“Precisamos de mais orientação, mais incentivo e empoderamento sobre o que os nossos corpos são capazes de fazer.”</b></li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 45% da amostra (n = 195) declarou conhecer as diretrizes de AF para a população em geral.</li> </ol>

						<p>2. Durante a sua gravidez mais recente ou atual, 59% (n = 252) não receberam orientação ou aconselhamento sobre AF de um profissional de saúde.</p> <p>3. Apenas <b>17% se sentiram apoiadas</b> para praticar AF.</p>
10	<p>Ye Jin Hong e Hae Ok Kim.</p> <p>2025</p> <p>Coreia</p>	<p><i>The mediating effects of convergence of femininity-maternity and marital intimacy in the relationship between postpartum depression and quality of life in postpartum mothers: a cross-sectional study</i></p> <p>PUBMED</p>	<p>Examinar se a convergência entre feminilidade e maternidade e a intimidade conjugal medeiam a relação entre depressão pós-parto (DPP) e qualidade de vida.</p>	<p>N = 197 mães 2–6 semanas após o parto, recrutadas em três hospitais gerais e uma comunidade online de Changwon (Coreia)</p>	<p>Transversal com análise de mediação por meio de questionários.</p>	<p><b>“Convergência maternidade-feminilidade:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Preservar uma identidade feminina sem se centrar exclusivamente na maternidade melhora a qualidade de vida das mulheres no pós-parto.”</li> <li>2. “O <b>apoio conjugal</b> é crucial para facilitar a transição para a paternidade e reduzir os sintomas depressivos.”</li> <li>3. “As mães pós-parto devem ter acesso a aconselhamento psicológico regular que aborde a DPP e apoie a manutenção da sua identidade feminina durante a transição para a maternidade.”</li> <li>4. Os programas de <b>exercício pós-parto</b> podem melhorar a imagem corporal, favorecendo assim a convergência da maternidade e da feminilidade.</li> <li>5. Devem ser oferecidos programas de exercício adequados e adaptados às circunstâncias das mães no pós-parto.</li> </ol>
11	<p>Kym J. Guelfi; Chen Wang; James A. Dimmock; Ben Jackson; John P. Newnham; Huixia Yang.</p> <p>2015</p> <p>Australia y China</p>	<p><i>“A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women”.</i></p> <p>PUBMED</p>	<p>Uma comparação entre as crenças sobre exercício físico (EF) durante a gravidez entre mulheres grávidas chinesas e australianas</p>	<p>Grávidas residentes na China (n=240) e na Austrália (n=215)</p>	<p>Estudo transversal com questionário + IPAQ para níveis de AF</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “As australianas relataram <b>mais EF atual e maior intenção</b> de se exercitar.»</li> <li>2. Para a Austrália, valem os «<b>benefícios percebidos</b>»; para a China, o foco é a <b>auto-eficácia/controle</b>.</li> <li>3. Mais <b>moderada/vigorosa</b> na Austrália; mais <b>caminhada</b> na China. As australianas apontaram mais a <b>falta de tempo</b>; as chinesas, a <b>segurança do EF</b>.</li> </ol> <p>→ “Crenças, atitudes, barreiras e intenções <b>diferenciam-se</b> por cultura... chave para <b>conceber intervenções</b> eficazes.”</p> <p>→ Aumentar a <b>capacidade percebida</b> → maior <b>intenção e comportamento</b> de EF.</p>
12	<p>Iris A. Lesser, Corliss Bean, Talia Ritondo</p>	<p><i>“Take a minute (or 60) to focus on yourself”: Using autophotography to</i></p>	<p>Explorar como as mulheres no período pós-parto vivenciam e</p>	<p>9 mulheres no</p>	<p>Estudo qualitativo (auto fotografia),</p>	<p>Observam-se quatro temas que refletem a natureza complexa e de género da participação na AF pós-parto:</p>

	2025 Canadá	<i>explore postpartum physical activity experiences and associated psychological constructs</i> PUBMED	atribuem significado à atividade física (AF), e como diferentes construções psicológicas se manifestam nessas experiências.	período pós-parto recente.	exploratório descritivo.	<p><b>1. Expectativas de gênero</b> e exigências de tempo/espço para praticar AF.</p> <p><b>2. Imagem corporal</b> / percepção do corpo.</p> <p><b>3. Autocompaixão</b> no contexto da maternidade e AF</p> <p><b>4. Autoeficácia</b> da AF e «reimaginar» a atividade física no papel materno.</p>
13	Idikó Kocsis, Tibor Szilágyi, János Turos, Aliz Bakó y Attila Frigy  2017  Rumanía	<i>Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant women.</i> <i>Sleep Medicine</i>  PUBMED	“Avaliar o efeito de um programa de ginástica sobre as características do sono em mulheres grávidas.”	99 mulheres grávidas: -Gravidez fisiológica. -Idade adulta. -Fases do segundo e terceiro trimestres. -Sem patologias que contraindiquem a atividade física.	Ensaio controlado (quasi-experimental)	<p>→ O exercício pré-natal tem a capacidade de produzir benefícios colaterais além da condição física: um sono melhor pode repercutir no bem-estar psicológico, na energia e na recuperação perinatal.</p> <p>“Embora a duração do sono tenha aumentado em ambos os grupos, a melhoria foi mais acentuada entre as mulheres que participaram do programa de ginástica.”</p> <p>“As mulheres do grupo de ginástica relataram menos despertares noturnos e um sono mais reparador em comparação com o grupo de controlo.”</p> <p>A prática regular de atividade física pode ter uma influência benéfica na duração do sono e no bem-estar geral durante a gravidez.”</p>
14	<b>Lene A. H. Haakstad, Ingvild Vistad, Linda Reme Sagedal, Hilde Lohne-Seiler y Monica K. Torstveit.</b>  2018  Noruega	<i>How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian Fit for Delivery study, a randomized controlled trial.</i> PUBMED	Investigar o efeito de uma intervenção no estilo de vida durante a gravidez sobre as barreiras percebidas para a atividade física no tempo livre e examinar se o efeito se mantinha seis e doze meses após o parto.	606 mulheres (303 no grupo de intervenção e 303 no grupo de controlo)  Mulheres <b>sem filhos</b> , gravidez única, ≤ 20 semanas no momento do recrutamento, idade	Ensaio clínico randomizado	<p>→ Barreiras mais frequentes identificadas:</p> <p><b>35% Falta de tempo.</b> <b>32-35% Falta de energia.</b> <b>20-25% Falta de motivação.</b> <b>25-30% Medo de magoar o bebé.</b> <b>15-18% Problemas físicos ou desconforto corporal.</b> 10% Baixa autoeficácia («não acredito que seja capaz de fazer isso»).</p> <p>→ Programa <i>Fit for Delivery</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Exercício supervisionado</li> <li>✓ Aconselhamento nutricional e sobre estilo de vida.</li> </ul> <p>“Não se observou efeito positivo no acompanhamento pós-parto.” “As barreiras percebidas foram semelhantes desde o início da gravidez até 12 meses após o parto.”</p>

				≥ 18 anos, IMC ≥ 19 kg/m <sup>2</sup> .		
15	Line Broberg, Marie G. De Wolff, Line Anker, Peter Damm, Anja Tabor, Hanne K. Hegaard, y Julie Midtgaard.  2020 Dinamarca	<i>Experiences of participation in supervised group exercise among pregnant women with depression or low psychological well-being: A qualitative descriptive study.</i>  CINAHL	Explorar as experiências de mulheres grávidas com depressão ou baixo bem-estar psicológico que participaram num programa de exercício físico no âmbito do <i>EWE Study</i> .	Provenientes do ensaio clínico aleatório <i>EWE Study</i> . Subamostra: 19 mulheres.	Qualitativo descritivo. Entrevistas individuais semiestruturadas em profundidade.	“ <i>Vulneráveis, mas fortes</i> ” “ <i>De julgar o corpo a senti-lo</i> ” “ <i>Cria-se um “nós</i> ” “ <i>Assumir responsabilidade e alcançar o objetivo</i> ”  “As mulheres experimentaram <b>autoeficácia, orgulho e sensação de controlo e capacidade de agir por si mesmas.</b> ” ” Os efeitos positivos podem <b>persistir após o parto</b> , fortalecendo o vínculo entre mãe e filho e reduzindo o risco de depressão pós-parto”
16	Line Broberg, Anja Tabor, Susanne Rosthøj, Mette Backhausen, Vibeke G. Frøkjær, Peter Damm y Hanne K.  2021 Dinamarca	<i>Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study)</i>  CINAHL	Avaliar o efeito do exercício físico em grupo supervisionado sobre o bem-estar psicológico e os sintomas de depressão em mulheres grávidas com ou em alto risco de depressão	282 mulheres grávidas ≤22 semanas com diagnóstico de depressão ou pontuação ≤50 no índice de bem-estar da OMS (WHO-5)	Ensaio clínico aleatório.	“Entre as semanas 29 e 34 de gestação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no bem-estar psicológico nem nos sintomas depressivos.” “Às 8 horas após o parto, as mulheres do grupo de exercício relataram níveis significativamente mais elevados de bem-estar psicológico em comparação com o grupo de controlo.” “ <b>O exercício físico pode aumentar a capacidade de lidar</b> com as situações, os níveis de energia e a sensação de controlo, apoiando a resiliência psicológica na transição para a maternidade.”

17	<i>Lene A. H. Haakstad e Kari</i>  2016  Noruega	<i>Effect of regular group exercise on psychological outcomes and common pregnancy discomforts, Midwifery</i>  CINAHL	Avaliar se o exercício em grupo pode melhorar o bem-estar psicológico e reduzir os desconfortos físicos durante a gravidez.	105 mulheres grávidas saudáveis, com 12 a 24 semanas de gestação.	Ensaio clínico aleatorizado	Benefícios estudados: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efeitos positivos no bem-estar, na qualidade de vida e na satisfação com a saúde.</li> <li>2. Reduz a fadiga e os sentimentos negativos.</li> <li>3. Reduz a prevalência de náuseas e má circulação nas extremidades.</li> <li>4. O exercício aeróbico foi bem tolerado por mulheres saudáveis e inativas.</li> <li>5. Não foram observados efeitos prejudiciais da intervenção.</li> </ol> <p>→"A prática regular de exercício físico pode aumentar a <b>confiança nas capacidades físicas</b> e proporcionar uma <b>sensação de controlo sobre as mudanças da gravidez.</b>"</p>
18	María Ángeles Oviedo, José Bueno, Daniel Munguía, Jesús Coll.  2018 España	<i>"Explanatory factors and levels of health-related quality of life among healthy pregnant women"</i>  CINAHL	Analisar os níveis e fatores explicativos da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em mulheres grávidas saudáveis.	N = 300 mulheres grávidas saudáveis, com gravidez única e sem patologias médicas. Entre 13 e 40 semanas, abrangendo os três trimestres.	Estudo observacional transversal.	"As mulheres que relataram praticar atividade física regular obtiveram <b>pontuações mais altas</b> tanto nos <b>componentes físicos quanto mentais da QVRS</b> .  "Promover a atividade física e o <b>apoio social</b> durante a gravidez pode contribuir para melhorar o bem-estar materno e, potencialmente, para uma <b>melhor adaptação no pós-parto.</b> "
19	<i>Juliana Fernandes Filgueiras Meireles, Carla Morgado Neves, Flávia F. R. Morgado y Maria Elisa Caputo Ferreira</i>  2020 Brazil	<i>Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto: uma pesquisa qualitativa.</i>  CINAHL	Investigar as principais atitudes relacionadas à autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto, considerando os sentimentos, crenças e comportamentos associados a este processo	18 participantes (catorze grávidas e quatro mulheres no pós-parto) entre 28 e 40 anos.	Estudo qualitativo e descritivo. 4 grupos (3 com gestantes —por trimestre— e 1 com mulheres em posparto).	<i>Identificaram quatro categorias temáticas:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Sentimentos e crenças de aceitação corporal</i></li> <li>✓ <i>Comportamentos de aceitação corporal</i></li> <li>✓ <i>Aceitação da gravidez ou maternidade</i></li> <li>✓ <i>Filtro cognitivo de proteção</i></li> </ul> <p>"A autoaceitação está relacionada a comportamentos de autocuidado e a atitudes positivas em relação ao corpo."  "A retomada da atividade física foi relatada como um momento de redescoberta e bem-estar."  "O exercício físico foi percebido como uma forma de cuidar de si e de retomar o controle sobre o corpo após o parto."</p>

20	<p>Jelsma, J. G. M., van Poppel, M. N. M., Smith, B. J., Cinnadaio, N., Bauman, A., Tapsell, L., Cheung, N. W., &amp; van der Ploeg, H.</p> <p>2018</p>	<p><i>Changing psychosocial determinants of physical activity and diet in women with a history of gestational diabetes mellitus.</i></p> <p>CINAHL</p>	<p>Investigar como uma intervenção comportamental no estilo de vida influencia mulheres com histórico de <b>DMG</b>, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento posterior de <b>diabetes tipo 2.</b></p>	<p>59 mulheres (29 intervenção, 30 controlo). Mulheres com IMC <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup> e antecedentes de diabetes gestacional.</p>	<p>Ensaio clínico aleatório (estudo controlado aleatório)</p>	<p><b>Melhorias psicossociais significativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio social ↑</li> <li>• Autoeficácia ↑</li> <li>• Redução de barreiras ↓</li> </ul> <p>“Barreiras como falta de energia e motivação foram reduzidas, mas as limitações de tempo e cuidados infantis permaneceram inalteradas.”</p>
21	<p>O'Brien, O. A., Lindsay, K. L., McCarthy, M., McGloin, A. F., Kennelly, M., Scully, H. A., &amp; McAuliffe, F. M.</p> <p>2017 Irlanda</p>	<p><i>Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study</i></p> <p>CINAHL</p>	<p>Explorar os fatores pessoais, sociais e ambientais que influenciam as escolhas alimentares e os comportamentos de atividade física de mulheres grávidas com excesso de peso.</p>	<p>22 mulheres grávidas (18–45 anos) com IMC entre 25–39,9 kg/m<sup>2</sup>. Entrevistas realizadas entre as 34 semanas de gestação.</p>	<p>Estudo qualitativo transversal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A gravidez como catalisador de mudança, mas não sustentável.</li> <li>2. Motivação extrínseca e baixa autoeficácia.</li> <li>3. Apoio social como facilitador da mudança.</li> <li>4. Barreiras ambientais e locus de controlo.</li> <li>5. Empoderamento e recomendações práticas.</li> </ol> <p>“As intervenções devem centrar-se em metas comportamentais, não numéricas, para dar às mulheres uma sensação de controlo e propriedade sobre o seu progresso.”</p>
22	<p>Emma J. Bendix, Freja Holmberg Krøner, Signe de Place Knudsen, Jane M. Bendix y Stig Molsted.</p> <p>2020 Dianamarca</p>	<p><i>Cross-cultural adaption, translation and reliability tests of the Danish version of the Pregnancy Exercise Self-Efficacy Scale.</i></p> <p>CINAHL</p>	<p>Traduzir, adaptar culturalmente e avaliar a <b>fiabilidade e validade da versão danesa</b> do P-ESES (denominada <b>P-ESES-DK</b>).</p>	<p>8 mulheres grávidas danesas ativas.</p>	<p>Estudo misto: <b>Qualitativo</b> para a validação do conteúdo e adaptação linguística. <b>Quantitativo longitudinal</b> (teste-reteste).</p>	<p>→ <b>Pregnancy Exercise Self-Efficacy Scale</b>: ferramenta que <b>mede a confiança</b> das gestantes na sua <b>capacidade de manter a atividade física</b>, apesar das diferentes circunstâncias.</p> <p>→ Medir a <b>autoeficácia percebida para realizar exercício</b> é considerado essencial, uma vez que a autoeficácia é um dos principais indicadores da manutenção de comportamentos saudáveis.</p>

23	<p>Campolong, K., Jenkins, S., Clark, M. M., Borowski, K., Nelson, N., Moore, K. M., &amp; Vickers, K. S.</p> <p>2018</p> <p>EEUU</p>	<p><i>The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women.</i></p> <p>2018</p> <p>CINAHL</p>	<p>Examinar a relação entre os níveis de exercício físico durante a gravidez e a qualidade de vida, bem como os sintomas depressivos durante a gestação e o pós-parto em mulheres saudáveis.</p>	<p>578 mulheres grávidas saudáveis (18–45 anos).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <p>Gravidez única.</p> <p>Receber ≥50% dos cuidados pré-natais na clínica.</p> <p>Capacidade para completar as avaliações</p>	<p>Coorte prospectiva (análise secundária de um estudo longitudinal maior).</p>	<p>“As mulheres apresentaram <b>maiores pontuações de HRQoL</b> (física, emocional, mental, social e espiritual) nos três trimestres e no acompanhamento pós-parto.</p> <p>“Aqueles que <b>reduziram a sua atividade física</b> ao longo da gravidez apresentaram uma <b>queda significativa na QVRS</b>, especialmente no terceiro trimestre.”</p> <p>Recomendam que os profissionais de saúde <b>promovam estratégias de apoio para manter a atividade física</b> em cada trimestre.</p>
24	<p>Xiang, Zhixuan; Han, Rongrong; Chen, Lu; Gao, Lingling</p> <p>2023</p> <p>China</p>	<p><i>Predictors of physical activity among Chinese pregnant women during the first trimester: A cross-sectional study.</i></p> <p>CINAHL</p>	<p>Identificar preditores da prática de atividade física no primeiro trimestre de gravidez em mulheres chinesas e estimar quantas não cumprem as diretrizes (≥150 min/semana de AF moderada).</p>	<p>n = 687 gestantes &lt;14 semana</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p><b>Intervenções sugeridas de acordo com os indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Autoeficácia:</b> micro-objetivos semanais, feedback sobre o progresso; modelagem de papéis e ensaio de tarefas.</li> <li><b>2. Apoio social:</b> Envolver o <b>cônjuge/família</b> (acompanhamento em caminhadas, tarefas domésticas), criar <b>grupos</b> ou <b>miniprogramas</b> online de apoio.</li> <li><b>3. Incômodos:</b> <b>ajustar intensidade</b> (AF ligeira-moderada fracionada), Educação sobre segurança no 1º trimestre, estratégias para náuseas/fadiga (melhoram ao longo da gravidez).</li> <li><b>4. Tabus culturais:</b> <b>Educação sanitária</b> clara (segurança moderada da FA) e mensagens específicas para famílias que costumam aconselhar repouso.</li> </ol> <p><u>Alavancas mais poderosas e modificáveis: são a autoeficácia e o apoio social.</u></p>

25	Lee, E. H., & Jang, I.  2020  Coreia	<i>Do depression, anxiety, emotional intelligence, and sleep quality affect diabetes management self-efficacy in Korean women with gestational diabetes in pregnancy? A descriptive correlational study.</i> CINAHL	Identificar os fatores psicológicos e comportamentais associados à autoeficácia na gestão da diabetes em mulheres coreanas grávidas com DMG	160 mulheres coreanas com diagnóstico de DMG após a 20ª semana de gestação.	Estudo correlacional descritivo transversal.	<p>“A autoeficácia para o tratamento da DMG não depende exclusivamente de variáveis clínicas ou educativas, mas também de fatores emocionais e comportamentais.”</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A <b>inteligência emocional</b> surge como o <b>fator mais influente</b>, indicando que as grávidas com maior capacidade para reconhecer e regular as suas emoções apresentam <b>maior confiança na sua capacidade</b> para controlar a sua doença.</li> <li>2. A <b>qualidade do sono</b> também influencia positivamente a autorregulação e a tomada de decisões.</li> </ol> <p>A prática de <b>exercício físico</b> reforça a <b>perceção de controlo e autoeficácia</b>, sugerindo um ciclo de retroalimentação positiva entre comportamento ativo e confiança pessoal.</p>
26	Harrison, A. L., Taylor, N. F., Frawley, H. C., & Shields, N.  2020  Australia	<i>A consumer co-created infographic improves short-term knowledge about physical activity and self-efficacy to exercise in women with gestational diabetes mellitus.</i> CINAHL	Avaliar se uma infografia criada em conjunto com mulheres com diabetes gestacional poderia melhorar o conhecimento sobre atividade física e a autoeficácia nesta população.	69 mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional.	Ensaio aleatorizado y controlado	<p>O estudo sugere que o <b>reforço da autoeficácia</b> pode ser alcançado sem intervenções longas ou complexas, desde que as mensagens sejam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevantes para a experiência real das grávidas.</li> <li>• Focados nas suas preocupações.</li> <li>• Entregues num formato acessível e empático.</li> </ul>
27	Noelia Marín-Jiménez, María-Ayllón, Andrea Marchán-Rubio y Virginia A. Aparicio  2022 España	<i>The favourable association of self-reported physical fitness with depression and anxiety during pregnancy: The GESTAFIT project.</i> CINAHL	Examinar a relação entre a condição física autodeclarada (avaliada pela <i>International Fitness Scale</i> ) e os níveis de depressão e ansiedade durante a gravidez (semanas 16 e 34).	Examinar a relação entre a condição física autodeclarada (avaliada pela <i>International Fitness Scale</i> ) e os níveis de depressão e ansiedade durante a gravidez (semanas 16 e 34).	Estudo observacional transversal ( <i>cross-sectional study</i> ) dentro do Projeto GESTAFIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Uma <b>melhor condição física percebida</b> foi associada a <b>menos sintomas de depressão.</b>”</li> <li>2. “Uma <b>melhor condição CRP e força muscular</b> foram associadas a <b>níveis mais baixos de ansiedade.</b>”</li> <li>3. <b>Indicador protetor do bem-estar psicológico</b> durante a gravidez: <i>reflete a confiança da mulher na sua capacidade de enfrentar as exigências físicas da gravidez.</i></li> <li>4. “Melhorar a aptidão física antes e durante a gravidez pode <b>reduzir o risco de ansiedade e depressão pré-natal.</b>”</li> <li>5. Propõem incorporar o <b>rastreio da condição física autodeclarada</b> nos cuidados pré-natais.</li> </ol>

						→“Promover a boa forma física durante a gravidez pode ser uma estratégia eficaz e acessível para favorecer uma melhor adaptação física e emocional no pós-parto”
28	James J. Newham, Carly Allan, Patricia Leahy-Warren, Debbie Carrick-Sen y Fiona Alderdice  2015 Reino Unido	<i>Intentions Toward Physical Activity and Resting Behavior in Pregnant Women: Using the Theory of Planned Behavior Framework in a Cross-Sectional Study.</i>  MEDLINE COMPLETE	Analisar, a partir do quadro da <i>Teoria do Comportamento</i> , as intenções das mulheres grávidas em relação à atividade física e ao descanso, identificando os fatores psicológicos, sociais e clínicos.	345 grávidas atendidas em dois hospitais (Newcastle Tyne, Reino Unido; Cork, Irlanda).	Estudo transversal	<p>1. “As mulheres sentem uma maior pressão social por parte das suas famílias, amigos e/ou profissionais de saúde para descansar nas fases finais da gravidez”</p> <p>2. Não opor “exercício vs. repouso” → promover a <b>compatibilidade</b></p> <p>“<b>Quebrar o sedentarismo:</b> (micro-pausas, caminhadas leves, alongamentos, ioga/pilates de baixo impacto em casa).</p> <p>3. Campanhas para famílias e profissionais que <b>desnormalizem o repouso prolongado</b> no terceiro trimestre e legitimem a <b>AF segura</b>.</p>
29	Meghan Garland, JoEllen Wilbur, Pamela Semanik y Louis Fogg  2019  Estados Unidos	<i>Correlates of Physical Activity During Pregnancy: A Systematic Review with Implications for Evidence-based Practice.</i>  MEDLINE COMPLETE	Identificar quais fatores têm maior influência na prática de atividade física durante a gravidez, para poder conceber intervenções mais eficazes e baseadas em evidências.	Amostras entre 38 e 467 mulheres por estudo. Mulheres grávidas saudáveis	Revisão sistemática	<p><u>Mulheres que se mantiveram ativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinham melhor saúde mental e praticavam exercício físico antes da gravidez.</li> <li>• Elas tinham confiança na sua capacidade de serem ativas (autoeficácia) ou mais intenção de se manterem ativas.</li> </ul> <p><u>Mulheres que se mostraram sedentárias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinham medo de prejudicar o feto.</li> <li>• Eles percebiam muitas barreiras (falta de tempo, cansaço, incômodos).</li> </ul> <p>→ <i>As intervenções bem-sucedidas devem concentrar-se em aumentar a autoeficácia, o prazer, a compreensão dos benefícios e a segurança percebida.</i></p>

30	<p>Astrid Merx, Marlein Ausems, Luc Budé, Raymond de Vries, Marianne J. Nieuwenhuijze.</p> <p>2017</p> <p>Países Baixos.</p>	<p><i>Factors affecting perceived change in physical activity in pregnancy.</i></p> <p><b>MEDLINE COMPLETE</b></p>	<p>Explorar como cinco tipos de atividade física (AF) mudam durante a gravidez e quais fatores comportamentais estão associados a essas mudanças.</p>	<p>N=455 grávidas saudáveis (todas as idades gestacionais) atendidas em 30 consultas de parteiras nos Países Baixos.</p>	<p>Análises secundário de una encosta transversal.</p>	<p>→<b>51,6%</b> reduziram a sua AF; <b>44,7%</b> mantiveram-na; <b>3,7%</b> aumentaram-na.</p> <p>→ <b>Implicações práticas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Substitua desportos/AF vigorosos por <b>AF moderada agradável e acessível</b> (caminhada, bicicleta, natação).</li> <li>• <b>Mensagens clínicas:</b> evitar recomendações genéricas sem alternativas; reenquadrar o cansaço/dor com ajustes de intensidade, pausas ativas e apoio.</li> <li>• <b>Empoderar</b> com informações fiáveis e concretas.</li> <li>• <b>Foco em mulheres múltiparas</b> e mulheres ativas antes da gravidez (risco de maior diminuição).</li> <li>• Potenciar o prazer da AF (componente afetiva) como alavanca de motivação.</li> </ul>
----	--	--	---	--	--	---

## CONCLUSÃO

A análise das evidências científicas demonstra que a prática de exercício físico durante a gestação exerce um impacto positivo profundo e multidimensional sobre a saúde das mulheres. A atividade física regular, especialmente quando supervisionada e adaptada ao período gestacional, está associada a melhores níveis de qualidade de vida, equilíbrio emocional, percepção de saúde e integração social. Esses efeitos consolidam o exercício como uma poderosa ferramenta de empoderamento feminino, ao fortalecer a autoeficácia, o locus de controle interno e a autonomia sobre o próprio corpo e processo reprodutivo.

A partir da visão global desta *scoping review* podemos concluir que uma gravidez ativa constitui, portanto, um fator determinante para um pós parto positivo. Mulheres fisicamente ativas tendem a apresentar melhor recuperação física, emocional e social, menor vulnerabilidade psicossocial e maior percepção de bem-estar global. Intervenções que integram exercício físico e educação em saúde demonstram benefícios duradouros, e aumentando a confiança e satisfação corporal. Além disso, o apoio social e a presença de companheiras na prática de exercício emergem como facilitadores relevantes para a adesão, a manutenção do comportamento ativo e o fortalecimento do empoderamento e da autoeficácia materna.

Contudo, a literatura ainda é escassa no que se refere a programas que integrem explicitamente o empoderamento como objetivo central das intervenções em saúde perinatal. Observa-se, portanto, a necessidade de desenvolver estratégias baseadas em evidências que promovam a autonomia, a tomada de decisão informada e a continuidade do comportamento ativo após o parto. Nesse contexto, o exercício físico emerge não apenas como uma prática de promoção da saúde, mas como uma ferramenta de transformação social e de fortalecimento do protagonismo feminino ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

## REFERÊNCIAS

- Abreha SK, Zereyesus YA. Women's Empowerment and Infant and Child Health Status in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 2021 Jan;25(1):95-106. doi: 10.1007/s10995-020-03025-y. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33226578; PMCID: PMC7822794.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIMES Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804*. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIMES Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Appendix 12.1 Data extraction / characteristics of included studies template, pp. 485. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Barakat Carballo, R., Díaz-Blanco, A., Franco, E., Rollán-Malmierca, A., Brik, M., Vargas, M., Silva, C., Sánchez Polan, M., Perales, M., Gil, J., Mottola, M. F., De Roia, G., & Pérez Medina, T. (2019). *Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(5), 464-471. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n5/06-AE-GC-ejercicio-embarazo.pdf>
- Bendix, E. J., Krøner, F. H., de Place Knudsen, S., Bendix, J. M., & Molsted, S. (2020). Cross-cultural adaptation, translation and reliability tests of the Danish version of the Pregnancy Exercise Self-Efficacy Scale. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25, 100542.
- Broberg, L., De Wolff, M. G., Anker, L., Damm, P., Tabor, A., Hegaard, H. K., & Midtgaard, J. (2020). Experiences of participation in supervised group exercise among pregnant women with depression or low psychological well-being: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 85, 102664. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102664>
- Broberg, L., Tabor, A., Rosthøj, S., Backhausen, M., Frøkjær, V. G., Damm, P., & Hegaard, H. K. (2021). Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study). *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(1), 129-138. <https://doi.org/10.1111/aogs.13982>
- Budnik-Przybylska D, Laskowski R, Pawlicka P, Anikiej-Wiczenbach P, Łada-Maško A, Szumilewicz A, Makurat F, Przybylski J, Soya H, Kaźmierczak M. Do Physical Activity and Personality Matter for Hair Cortisol Concentration and Self-Reported Stress in Pregnancy? A Pilot Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 1;17(21):8050. doi: 10.3390/ijerph17218050. PMID: 33139602; PMCID: PMC7663188.
- Campolong, K., Jenkins, S., Clark, M. M., Borowski, K., Nelson, N., Moore, K. M., & Vickers, K. S. (2018). The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 21(4), 481–489.
- Carta de Ottawa (1986, novembro 17-21). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.

Castillo Becerra, J. I. (2024). Autoestima y Empoderamiento en Mujeres Feministas y no Feministas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2085-2106. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i3.11400](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11400)

Corrin, L. (2022). *The importance of choosing the right keywords for academic studies*. Australasian Journal of Educational Technology.

Couture Bue, A. C. (2019). Empowerment sold separately: Two experiments examine the effects of ostensibly empowering beauty advertisements on Women's empowerment and self-objectification. *Sex Roles*, 81(9-10), 627-642. Disponível no link: <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01020-4>

Di Mascio, M., Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Marhefka, G. D., & Berghella, V. (2016). Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(5), 561-571. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.014>

DiPietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L., ... & Powell, K. E. (2019). Benefits of physical activity during pregnancy and postpartum: an umbrella review. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1292.

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível no link: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://pns.dgs.pt>

Faulkner, M., Currie, S., Fitzpatrick, B., & Deery, E. (2025). "We need more guidance, more encouragement and empowerment for what our bodies are capable of": Pregnant and postpartum women's knowledge and experiences of receiving physical activity guidance and support on the island of Ireland: An online survey study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 625. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07725-7>

Garland, M., Wilbur, J. E., Semanik, P., & Fogg, L. (2019). *Correlates of physical activity during pregnancy: A systematic review with implications for evidence-based practice*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(4), 310-318. <https://doi.org/10.1111/wvn.12391>

Gil, C. N., & Mariñelarena, C. G. (2016). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10(1), 30-35. ISSN 1576-3080.

Guelfi, K. J., Wang, C., Dimmock, J. A., Jackson, B., Newnham, J. P., & Yang, H. (2015). A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0734-6>

Haakstad, L. A. H., Torset, B., & Bø, K. (2016). What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. *Midwifery*, 32, 81–86. <https://doi-org.accedys2.bbt.k.uib.no/10.1016/j.midw.2015.10.008>

Haakstad, L. A. H., Vistad, I., Sagedal, L. R., Lohne-Seiler, H., Torstveit, M. K., Bere, E., ... & Overby, N. C. (2018). How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian Fit for Delivery study, a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 127. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1771-8>

- Halili, L., Liu, R. H., Weeks, A., Deonandan, R., & Adamo, K. B. (2019). High maternal self-efficacy is associated with meeting Institute of Medicine gestational weight gain recommendations. *PLoS ONE*, 14(12), e0226301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226301>
- Harrison, A. L., Taylor, N. F., Frawley, H. C., & Shields, N. (2020). A consumer co-created infographic improves short-term knowledge about physical activity and self-efficacy to exercise in women with gestational diabetes mellitus: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy (Elsevier)*, 66(4), 243–248. <https://doi-org.accedys2.bbk.ull.es/10.1016/j.jphys.2020.09.010>
- Hong, Y. J., & Kim, H. O. (2025). The mediating effects of convergence of femininity–maternity and marital intimacy in the relationship between postpartum depression and quality of life in postpartum mothers: A cross-sectional study. *Women’s Health Nursing*, 31(1), 56–65. <https://doi.org/10.4069/whn.2024.12.17>
- Jelsma, J. G. M., van Poppel, M. N. M., Smith, B. J., Cinnadaio, N., Bauman, A., Tapsell, L., Cheung, N. W., & van der Ploeg, H. P. (2018). Changing psychosocial determinants of physical activity and diet in women with a history of gestational diabetes mellitus. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 34(1). <https://doi.org/10.1002/dmrr.2942>
- Kabeer, N. (2002). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>
- Kocsis, I., Szilágyi, T., Turos, J., Bakó, A., & Frigy, A. (2017). *Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant women. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 56(2), 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.001>
- Kracht, C. L., Blanchard, C. M., Symons Downs, D., Beauchamp, M. R., & Rhodes, R. E. (2024). New parents' sleep, movement, health, and well-being across the postpartum period. *Behavioral Sleep Medicine*, 22(5), 577–590.
- Krzepota J, Sadowska D, Biernat E. (2018). Relación entre la actividad física y la calidad de vida en embarazadas durante el segundo y tercer trimestre. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de diciembre de 2018;15(12):2745. doi: 10.3390/ijerph15122745. PMID: 30563083; PMCID: PMC6313753.
- Lee, H. A., & Jang, K. S. (2021). Do depression, anxiety, emotional intelligence, and sleep quality affect diabetes management self-efficacy in Korean women with gestational diabetes in pregnancy? A descriptive correlational study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(4), 358-367. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.11.27>
- Lesser, I. A., Bean, C., & Ritondo, T. (2025). “Take a minute (or 60) to focus on yourself”: Using autophotography to explore postpartum physical activity experiences and associated psychological constructs. *Journal of Health Psychology*, 30(8), 1946–1962. <https://doi.org/10.1177/13591053241284032>
- Lesser, I. A., Turgeon, S., Nienhuis, C. P., & Bean, C. (2023). Examining the role of physical activity on psychological well-being and mental health postpartum. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 31(1), 40-49.
- Marín-Jiménez, N., Castro-Piñero, J., Rodríguez-Ayllón, M., Marchán-Rubio, A., Delgado-Fernández, M., & Aparicio, V. A. (2022). The favourable association of self-reported physical fitness with depression and anxiety during pregnancy: The GESTAFIT project. *European Journal of Sport Science*, 22(12), 1932–1940. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1986141>

- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Morgado, F. F. R., & Ferreira, M. E. C. (2020). Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto: uma pesquisa qualitativa. *Motricidade*, 16(S1), 72–84. <https://doi.org/10.6063/motricidade.22283>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Merkx A, Ausems M, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze MJ. Factors affecting perceived change in physical activity in pregnancy. *Midwifery*. 2017 Aug;51:16-23. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.007. Epub 2017 May 9. PMID: 28505580.
- Merkx A, Ausems M, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze MJ. Factors affecting perceived change in physical activity in pregnancy. *Midwifery*. 2017 Aug;51:16-23. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.007. Epub 2017 May 9. PMID: 28505580.
- Minayo, M. C. S. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (30ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da saúde (2023). Preparação para o Parto e Parentalidade. Disponível no link: <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.
- Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, Barrowman N, Adamo KB, Duggan M, Barakat R, Chilibeck P, Fleming K, Forte M, Korolnek J, Nagpal T, Slater LG, Stirling D, Zehr L. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*. Novembro de 2018; 52(21):1339-1346. doi: 10.1136/bjsports-2018-100056. PMID: 30337460
- Mourady D, Richa S, Karam R, Papazian T, Hajj Moussa F, El Osta N, Kesrouani A, Azouri J, Jabbour H, Hajj A, Rabbaa Khabbaz L. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. *PLoS One*. 2017 May 22;12(5):e0178181. doi: 10.1371/journal.pone.0178181. PMID: 28542529; PMCID: PMC5439948.
- Musavi, M., Rahimzadeh, M., Tabaghdeh, M. H., & Saeieh, S. E. (2024). The effect of sexual education on the postpartum women's sexual self-confidence and self-efficacy: a theory-based intervention. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06255-y>
- National Library of Medicine (2024). *Welcome to Medical Subject Headings*. <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
- Newham, J. J., Allan, C., Leahy-Warren, P., Carrick-Sen, D., & Alderdice, F. (2015). Intentions Toward Physical Activity and Resting Behavior in Pregnant Women: Using the Theory of Planned Behavior Framework in a Cross-Sectional Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 42(4), 354–361.
- O'Brien, O. A., Lindsay, K. L., McCarthy, M., McGloin, A. F., Kennelly, M., Scully, H. A., & McAuliffe, F. M. (2017). Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. *Midwifery*, 47, 28–35. <https://doi.org/accedys2.bbt.ull.es/10.1016/j.midw.2017.02.003>
- Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros 2019. Regulamento nº391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica 20(85), pp. 13560-13565. Lisboa. Disponível no link: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892> .

Oviedo-Caro, M. Á., Bueno-Antequera, J., Munguía-Izquierdo, D., Coll-Rubio, J., & Gallo-Vallejo, M. Á. (2018). Explanatory factors and levels of health-related quality of life among healthy pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8), 1914–1925.

Rodríguez-Blancque R, Aguilar-Cordero MJ, Marín-Jiménez AE, Menor-Rodríguez MJ, Montiel-Troya M, Sánchez-García JC. 2020. Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health*. Feb 17;17(4):1288. doi: 10.3390/ijerph17041288. PMID: 32079342; PMCID: PMC7068410.

Saligheh, M., Hackett, D., Boyce, P., & Cobley, S. (2017). Can exercise reduce symptoms of postpartum depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 188-197. doi: 10.1007/s00737-017-0750-9

Santos-Rocha, R. GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto 2020

Szumilewicz, A., Kuchta, A., Kranich, M., Dornowski, M., & Jastrzębski, Z. (2020). *Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence: A quasiexperimental trial*. *Medicine*, 99(6), e18874. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018874>

Uluoz, E., Toros, T., Ogras, E. B., Temel, C., Korkmaz, C., Keskin, M. T., & Etiler, I. E. (2023). The impact of sustainable exercise and the number of pregnancies on self-efficacy, self-esteem, and assertiveness levels in pregnant women. *Sustainability*, 15(11), 8978.

Vainauskienė V, Vaitkienė R. (2021). *Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review*. *Int J Environ Res Public Health*. Feb 24;18(5):2247. doi: 10.3390/ijerph18052247. PMID: 33668329; PMCID: PMC795649.

World Health Organization. (2020). Physical activity and sedentary behaviour: WHO guidelines. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization.

Xiang, Z., Han, R., Chen, L., & Gao, L. (2023). Predictors of physical activity among Chinese pregnant women during the first trimester: A cross-sectional study. *Journal of Sports Sciences*, 41(14), 1585–1592. <https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2212747>

## **APÊNDICE III: Guião de questionários semiestruturados**

# QUESTIONÁRIO SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ E NO POS PARTO

## 1. Dados sociodemográficos

- Idade: \_\_\_\_
  - Estado civil: \_\_\_\_
  - Local de residência:  Urbana  Rural
  - Profissão: \_\_\_\_
  - Tipo de atividade laboral:  
 Sedentária  Moderadamente ativa  Muito ativa
- 

## 2. História obstétrica

- Número de filhos: \_\_\_\_
  - Tempo decorrido desde o último parto: \_\_\_\_
  - Tipo de parto:  Vaginal espontâneo  Instrumentado  Cesariana
  - Teve complicações no parto?  
 Não  Sim → Especificar: \_\_\_\_  
(ex.: hemorragia, laceração, episiotomia, infecção, outras)
- 

## 3. Atividade física e hábitos anteriores à gravidez

- Praticava exercício físico regularmente antes da gravidez?  Sim  Não
  - Tipo de atividade física habitual: \_\_\_\_
  - Frequência:  
 1-2 vezes/semana  3-4 vezes/semana  ≥5 vezes/semana
  - Outros hábitos:
    - Alimentação equilibrada:  Sim  Não
    - Tabaco:  Sim  Não
    - Álcool:  Sim  Não
- 

## 4. Exercício durante a gravidez

- Praticou exercício físico durante a gravidez?  Sim  Não
  - Se sim:
    - Tipo principal de atividade:  Caminhada  Yoga  Pilates  Natação  Bici  
 Exercícios de força adaptados  exercícios de preparação para o parto
    - Outro: \_\_\_\_
    - Frequência semanal: \_\_\_\_
    - Trimestres em que praticou:  1.º  2.º  3.º
    - Teve acompanhamento profissional?  Sim (quem?) \_\_\_\_  Não
    - Benefícios percebidos (assinale os que se aplicam):
      - Menos dor lombar
      - Menos fadiga
      - Melhor humor
      - Controlo do peso
      - Preparação para o parto
        - Melhoria do sono
        - Outro: \_\_\_\_
    - Teve de interromper a prática devido a complicações?  Sim  Não
  - Quais os **principais motivos para** decidir fazer exercício físico durante a gravidez ? \_\_\_\_

- Caso contrário, se não realizou exercício físico quais foram os motivos? como se sentiu?

---

---

## 5. Exercício no pós-parto

- Retomou o exercício após o parto?  Sim  Não
  - Se **sim**:
    - Tempo até ao reinício:
    - Tipo de atividade retomada:
    - Teve acompanhamento profissional (fisioterapeuta, enfermeiro especialista, treinador)?   
Sim  Não  
No caso de ter tido acompanhamento, o que valorizo deste?
  
  - Barreiras encontradas:
    - Dor/lesões
    - Cansaço
    - Falta de tempo
    - Cuidados com o bebé
    - Receio de prejudicar o pavimento pélvico
      - Insegurança de aumento do sangramento
      - Outro: \_\_\_\_
  
  - **Benefícios percebidos** desde que retomou a atividade física:
  
  - Se **não realizou**:
    - Motivo principal:

---

## 6. Apoio social e contexto

### Perguntas abertas:

- O seu o companheiro/a apoiou a prática de exercício durante a gravidez e após o parto?
  
- O seu companheiro/a apoiou nas novas responsabilidades (tempo, cuidados com o bebé, motivação)?
  
- Sente que tem tempo suficiente para retomar as atividades que gostava de fazer anteriormente?
  
- Sentiu o apoio adequado da sua família para poder ter tempo para si mesma?
  
- As amigas/grupos de exercício influenciaram a continuidade?

- Considera que a falta de apoio social foi uma barreira para a prática de exercício no postparto?

-

---

## 7. Impactos percebidos (escala Likert 1–5)

(1 = *Discordo totalmente* · 2 = *Discordo* · 3 = *Nem concordo nem discordo* · 4 = *Concordo* · 5 = *Concordo totalmente*)

**Pode deixar em branco se preferir não responder a algum item.**

- Eu **decido** sobre a minha saúde e sobre fazer exercício durante a gravidez/puerpério. 1 2 3 4 5

- **Consigo organizar tempo** para cuidar de mim (ex.: praticar exercício, descansar). 1 2 3 4 5

- O exercício contribuiu positivamente para o meu bem-estar durante a gravidez? 1 2 3 4 5

- Dialogo com o(a) meu(minha) companheiro(a)/família para organizar tempo destinado ao meu autocuidado. 1 2  
3 4 5

- **Sinto-me confiante** para retomar/ajustar a atividade física no postparto. 1 2 3 4 5

- O exercício teve um impacto positivo na minha recuperação física e emocional durante o puerpério. 1 2 3 4  
5

- Tenho **recursos** (informação, espaços, equipamentos) para praticar exercício de forma segura. 1 2 3 4 5

- A minha **opinião é valorizada** pelos/as profissionais de saúde. 1 2 3 4 5

- Sinto-me **à vontade para recusar** recomendações que não se adequem às minhas necessidades/valores.  
1 2 3 4 5

- **Cuidar de mim** (ex.: fazer exercício, descansar, retomar algum hobby) é **parte de cuidar do meu bebé**.  
1 2 3 4 5

- Mesmo quando estou cansada, consigo **dar pequenos passos** (ex.: caminhada curta, alongamentos, exercícios funcionais leves). 1 2 3 4 5

- **Se precisar, peço ajuda** para conseguir tempo para mim. 1 2 3 4 5

**Pontuação:** Realizarei média dos 12 itens (quanto maior, **maior empoderamento percebido**).  
(Likert, 1932)

---

## 8. Opinião e sugestões

- Considera que os profissionais de saúde fornecem informação suficiente sobre o exercício durante a gravidez e no puerpério?

Sim  Não

- Que recursos ou apoios teriam sido úteis para si? (ex.: workshops, grupos de mães, guias práticos; brochuras, acompanhamento pós-parto mais contínuo...): \_\_\_

- Algo que deseje acrescentar:

## **APÊNDICE IV: Consentimento Informado**

## FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título do estudo:** “Gravidez ativa enquanto promotora do empowerment feminino no pós-parto.”

**Investigador/a responsável:** Alba Díaz Herrera. Orientadora Professora Conceição Santiago .Instituto Politécnico de Santarém.

**Contacto:** [230000148@essaude.ipsantarem.pt] | [+34 628267012]

**Data:** [ ]

### 1. Em que consiste este estudo?

Este é um estudo baseado em questionários para compreender a relação entre atividade física, qualidade de vida e bem-estar durante a gravidez e o pós parto. A sua participação consiste em preencher um questionário com duração aproximada de 15 minutos. Não serão recolhidas amostras biológicas nem realizados procedimentos clínicos.

Critérios de participação: pessoas maiores de 18 anos num período pós parto (até um ano após o parto) que compreendam o idioma do questionário e prestem o seu consentimento.

### 2. Voluntariedade e direito de desistir

A participação é voluntária. Pode não participar ou desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem quaisquer consequências para a sua atenção em saúde ou situação académica. Pode solicitar a eliminação dos seus dados a qualquer momento.

### 3. Benefícios e riscos

- **Benefícios diretos:** não se esperam benefícios clínicos diretos; a sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento científico e as intervenções de promoção de saúde na gravidez/posparto.
- **Riscos/desconforto: mínimos.** Poderá sentir cansaço ou desconforto ao responder a perguntas pessoais. Pode omitir qualquer pergunta que não deseje responder e pausar ou abandonar o questionário quando entender.

### 4. Confidencialidade e proteção de dados.

O tratamento dos dados cumpre o Regulamento (UE) 2016/679 — RGPD e a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto (execução do RGPD em Portugal).

- Responsável pelo tratamento: Escola Superior de Saúde de Santarém
- Finalidade: investigação académica sobre atividade física, qualidade de vida e bem-estar maternal.

- Base jurídica: o seu consentimento (art. 6.º, n.º 1, al. a) do RGPD).
- Dados recolhidos: dados sociodemográficos básicos, informação obstétrica geral e respostas a questionários pseudonimizados.

## 5. Resultados e divulgação

Os resultados serão apresentados de forma agregada e anónima em publicações e/ou congressos. As pesquisas pessoais serão eliminadas após a extração dos dados.

## 6. Dúvidas ou reclamações

Para dúvidas sobre o estudo: entre em contacto com o investigador principal.

Para questões de proteção de dados ou reclamações: [Contacto do EPD/DPO / Comissão de Ética]. Também pode contactar a **CNPD**.

## Participante

Nome completo: \_\_\_\_\_ BI/Cartão de Cidadão (opcional): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: // \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

## Investigador/a que informou

Nome completo: Alba Díaz Herrera Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: // \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE V: Síntese do Registo de Atividades**

**Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities**

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	183
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	56
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	2
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	25
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	11
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	41
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	53
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	25
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	28
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	185
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	182
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	18
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	105
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	2
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	2
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	2
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	4

Santarém, 2025 \_\_\_\_\_

Estudante/*Student* Alba Diaz Herrera

Professor/*Teacher* Maria Conceição Santiago

Coordenador do curso/*The course coordinator* \_\_\_\_\_

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

**APÊNDICE VI: Atividades finais de conclusão do estágio – (15h tipologia  
Seminário)**

## UC - Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

10º CMESMO

Docente: Sra Conceição Santiago

Alumno: Alba Díaz Herrera



### ESTÁGIO

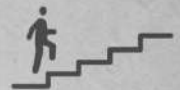
- A unidade curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do 2º ano de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Santarém (IPS), exige um número mínimo de experiências, de acordo com o **Decreto-Lei n.º 322/87 (Ministério da Saúde, 1987)**, que dá cumprimento às disposições constantes da Diretiva n.º 80/155/CEE.

- O estágio terá lugar na Espanha a modo de Estância Formativa Externa.



- Orden SAS/1349/2009, de 6 de maio: desenvolve o programa de formação oficial para a especialidade: **4 anos de enfermagem + 2 anos de contrato laboral de residencia**; admissão mediante examen nacional.

- 3600 horas no total, com um mínimo de: 80 partos eutócicos, 100 puérperas, 100 recém-nascidos, 150 exames ginecológicos, 40 com fatores de risco, entre outros



### Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)

- A primeira parte do estágio : entre 23 de setembro a 20 de novembro de 2024:

- Lugar:** Centro de Atención Primaria (CAP) de San Fernando de Henares II, da Província de Madrid pertencentes a Dirección Asistencial do Sudeste da Comunidade de Madrid.
- Equipa multidisciplinar:** 2 enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (Matronas), 12 enfermeiros de família, 12 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, 4 Médicos especialistas em Pediatria, 1 trabalhadora social, equipo de odontologia, 1 fisioterapeuta, e 2 auxiliares de enfermagem.

Horas mínimas:

150h

Horas reales:

210h



## Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)

- **Funções na área de saúde materna e obstétrica** : consulta de planeamento familiar, pré-concepcional, de saúde materna , control de RN ate os 2 meses de vida, funcionamento de pavimento pélvico e rastreio e saúde em climatério.

Actividades	Número
Seguimiento de embarazo	53
Seguimiento puérperas	92
Cuidados RN	90
Problemas ginecológicos	37
Planificación	10
Citologías/Exudados	68

Tem como missão a "prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica abrangente, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, promovendo a humanização e a satisfação dos utentes e dos profissionais" (Ministério da Saúde, 2017).

## Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)



## Hospital del Henares

Início de estágio hospitalar : total de 27 semanas.



Hospital nivel II

- Hospital público → Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Cobre uma população de aproximadamente 170.000 habitantes.

O Hospital de Henares defende a mulher grávida como uma pessoa saudável e o processo de nascimento como um **processo fisiológico**, e garante a saúde e o bem-estar das mães e dos futuros bebés, sendo ambos a prioridade → promove a participação em **sessões de educação** materna por ser um excelente recurso para **reduzir a ansiedade**, o medo e a dor; e tem um impacto positivo na capacidade das mulheres para gerir o processo do parto e iniciar a **maternidade o mais positiva possível**.

(Prensa do Hospital del Henares, 2023)

De 4 de novembro a 22 de dezembro de 2024

## Internamento puerperio e gravidez patológica

Horas mínimas:

150h

Horas totales:

188h



mês Janeiro de 2025

Horas totales: 152h

### Consulta de semana 36 de gravidez

- Seguimiento de embarazo de s.36 ( 4ª visita hospitalaria)
- Revisión resultados analítica 3º trimestre.
- Nueva analítica si valor alterado.
- Recogida de exudado vagino-rectal.
- Maniobras Leopold + latido con Sonik.
- Entrega de consentimientos de parto.
- Entrega plan de parto.
- Información de donación sangre de cordón.
- Control peso y constantes vitales.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas.
- Recomendación de ejercicios preventivos y prodrómicos.
- Recordar signos de alarma para venir a urgencias.
- Crear petición de monitores de semana 40 y sucesivas obstétricas.

### Consultas



### Consultas de Ginecología

- Primera visita confirmación embarazo + pruebas complementarias.
- Seguimiento 1ª ecografía.
- Ecografía obstétrica 3er trimestre.
- ECO morfológica semana 20 .
- Seguimiento gravidez de alto riesgo.
- Valoración de pavimento pélvico.
- Senología e Cáncer de VPH

Horas totales: 68h

## Educação para pais



El parto en el H.Henares

Una experiencia  
en positivo



Servicio de Parto

# Henares



## Bloco de partos

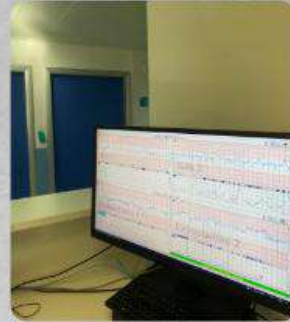
De 24 de Fevereiro a 30 Abril de 2024

Horas mínimas:

300h

Horas reales:

380h



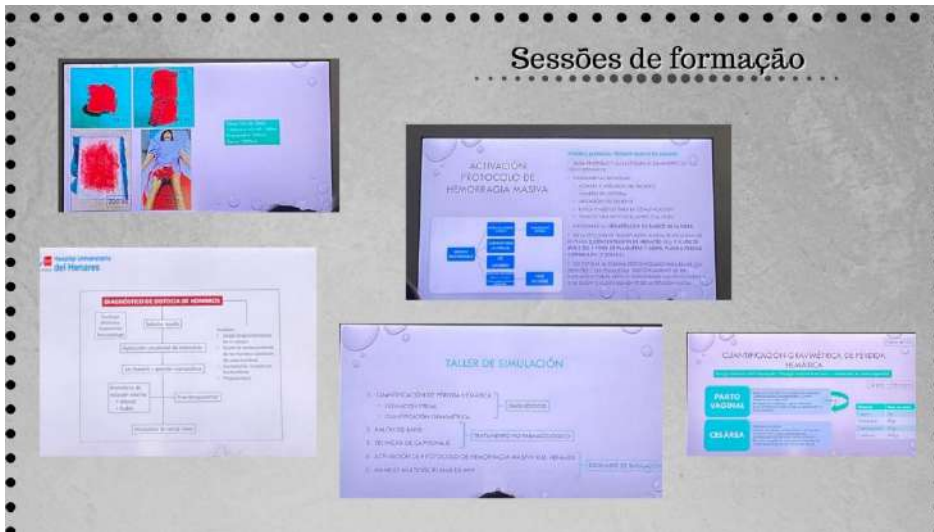
- Tem a media de partos de 1.5 ao dia.
- **Partos de media- baixa intervenção**
- Compreende dois habitações de expectantes e 4 dilatações, e o bloco de partos encontra-se em conjunto com as urgências obstétricas.
- No ano 2024, no Hospital Henares houver um total de 500 partos, dos quais 369 são partos eutócicos, com um 20% de partos cesarianas e um 6.2% de partos instrumentais.


## Sessões de formação



## Sessões de formação








**Horas mínimas:**  
100h

**Horas reales:**  
108h

**Bloco de partos**


No mês de Maio de 2025



**Hospital nivel II**

- Hospital de prestação privada – Grupo QuirónSalud. Apertura en 2021
- Quirónsalud cuenta con 57 hospitales en España e mais de 120 centros sanitarios.

Tem sido explorada outra visão diferente do parto, no “Hospital de Quirón” em Torrejón (Madrid), que preconiza por um **parto fisiológico de baixa intervenção**, que caracteriza-se pelo seu carácter empático e respeitador, com salas de parto inovadas que promovem ajudar o casal a relaxar e a conseguir a **ligação de corpo e alma** com o processo de parto, e promove a adaptação às exigências que a sociedade vai introduzindo, posicionado como um das **equipas mais atualizadas** na assistência ao processo de nascimento de um bebé (Quirón del Henares,2024).



- Tem a média de partos de 3 ao dia.
- **Partos de baixa interpretação**
- Compreende dois box de expectantes e monitores e 4 dilatações, com 1 habilitada com piscina de parto.
- No ano 2024, no Hospital Henares houver aprox 300 partos, dos quais 70% partos eutócicos, com um 20% de partos cesarianas e um 10% de partos instrumentais.
- Protocolo profilaxia de RPM e indução pela BR inicia-se partir as 24h
- Consultas de aleitamento, puerperio, massagem perineal e preparação para parto.





No mês de Junho de 2025

Bloco de partos	Horas mínimas:	100h
	Horas reales:	144h

Hospital nivel III

- Hospital público → Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Cobre uma população de aproximadamente 528 922 habitantes.

Para completar o processo de aprendizagem sob uma experiência completa, o período de bloco de partos foi cumprido no hospital de referência em Espanha, podendo atender às diversas complexidades do parto, devido à grande demanda de assistência que este hospital apresenta. Inaugurado em 1964, mais de 730 000 crianças de toda a Espanha nasceram até agora na Maternidade deste Hospital, com capacidade para centenas de mães e RN, tudo articulado num complexo vertical de 18 andares, que favorece o atendimento integrado e humanizado, sendo um exemplo de profissionalismo e vanguarda em matéria de atendimento, ensino e investigação e pioneiro na humanização do atendimento de saúde. (Hospital de la Paz, 2024)

- Este hospital conta com uma ampla Unidade de Reanimação Neonatal: Cuidados Intensivos Neonatais (23 vagas), Vigilancia Intensiva Neonatal (15 vagas) e Cuidados Especiais (28 vagas).
- En 2024, el área de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital registró **1.516 recién nacidos** atendidos.

- Protocolo profilaxia de 2 antibióticos pela RPM e indução pela BR inicia-se partir as 12h.
- O Hospital de la Paz cosnta ainda com um **serviço de alta precoce**, que consiste em dar **alta aos partos eutócicos às 24 horas** e às **cesarianas às 48 horas**, se cumprirem os critérios de normalidade, e posteriormente receberão uma **visita domiciliaria** às 48 horas por parte de uma matrona que se encarregará de monitorizar a progressão de um puerpério fisiológico, bem como avaliar os cuidados do recém-nascido, realizando também o **teste de doenças metabólicas**, para que assim não tenham de se deslocar a um centro hospitalar para o realizar





- Tem a media de **15 partos** ao dia.
- **Partos de madia- alta interpretação**
- A Unidade Materno-Infantil conta com urgências obstétricas, localizadas na base da torre, bem como três andares de hospitalização para puérperas e um andar para gravidez patológica.
- O bloco de partos conta com um andar de pré-parto e dez salas de dilatação.
- No ano 2024, o Hospital registrou 5150 partos, dos quais 70% partos eutócicos, com uma taxa de cesáreas de 27.36%.

## Registro de partos:

**Partos eutócicos: 56**  
 Trabajo de parto (dilatación): 25  
**Partos distócicos: 12**  
**Cesáreas: 13**  
 Total mujeres de parto: 106



		PARTOS EUTÓCICOS
H	[REDACTED]	32
H	[REDACTED]	6
H	[REDACTED]	18
Total		56

## Formação



**KATHLEEN KENDALL-TACKETT**  
 Psicóloga clínica, experta en lactancia materna (International Board Certified Lactation Consultant IBCLC).  
 Directora de Praeclarus Press y Editora en jefe de la revista Psychological Trauma. Amarillo, Texas, EEUU.

# Formação

## PROGRAMA

JUEVES 7 DE NOVIEMBRE DE 2024	
HORA	TÍTULO
8:30-9:00	Registro Matrimonial. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
9:00-9:30	Planificación de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
9:30-10:00	Diagnóstico de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
10:00-10:30	Manejo de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
10:30-11:00	Seguimiento de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
11:00-11:30	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
11:30-12:00	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
12:00-12:30	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
12:30-13:00	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
13:00-13:30	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
13:30-14:00	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
14:00-14:30	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
14:30-15:00	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
15:00-15:30	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>
15:30-16:00	Atención de la familia. <b>Dr. Miguel Ángel Martínez</b>

# Formação



### CERTIFICA

Que D./Dña.  
**Alba Díaz Herrera**  
con DNI 45896244c

ha superado con éxito el curso presencial sobre  
**SUTURA PERINEAL**  
celebrado el día 24 de noviembre de 2024 en Madrid. Con  
una duración de 10 horas lectivas y acreditado con 1,4  
créditos CFC.

Y para que así conste se expide el presente certificado  
en Plasencia, a 23 de diciembre de 2024



**Luis Miguel Ponce García**  
Administrador Red Ebsalud



## Organiza el CURSO de:

### VALORACIÓN CLÍNICA DE LA VULVA PARA MATRONAS. VULVA NORMAL Y PATOLÓGICA

3ª EDICIÓN

#### ¿Cómo apuntarse?

Se requiere ser registrada en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Inscripción en: <https://www.ebsalud.com/curso-valoracion-clinica-vulva>

#### ¿Cuándo?

10-14 de Febrero 2025, por la mañana de 9:00 a 13:00 (media hora de descanso).

15-19 de Febrero 2025, por la tarde de 16:00 a 20:00 (media hora de descanso).

Todas las fechas por proporcionar y con inscripción en línea (directa por inscripción).

Para cualquier duda, contactar con el departamento de atención al cliente.

#### ¿Cuánto cuesta?

Matrícula online: 40€ IVA incluido.

Matrícula online: 40€ IVA incluido + 10€ de inscripción.

No se cobra de inscripción: 40€ IVA incluido.

#### Ubicación y duración

Se irá a demostrar en aulas del colegio oficial de enfermeras en Plasencia / Avda. Alarcón, 100, 101.

15 horas

#### Unidades Didácticas

- UD 01: Evolución de la valoración clínica (20').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 02: Anatomía fisiológica y fisiología de la vulva (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 03: Métodos de exploración de la vulva (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 04: Exploración vulvar: fisiológica y patológica (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 05: Principales infecciones de la vulva (20').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 06: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 07: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 08: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 09: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 10: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 11: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 12: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 13: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 14: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 15: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 16: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 17: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 18: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 19: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta
- UD 20: Síndrome de Carlini-Barnard: de la fisiología a la patología (40').
- Dr. Pablo Lázaro Ochaíta

## Valoración clínica de la vulva para Matronas. Vulva normal y patológica

### CASOS CLÍNICOS

**Dr. Pablo Lázaro Ochaíta**  
Dermatólogo especialista en Dermatología Vulvar

# Formação



## RELATORIO

### Introducción

"O exercício físico como ferramenta de empoderamento e bem-estar integral em mulheres durante a gravidez e o pós-parto: uma scoping review."

• Traz desenvolver este projeto com base na observação em campo de estágio, junto com os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do CMESMO, e devido ao um **interesse especial no campo do período do puerpério tardio**, permitiu a identificação de um tema pertinente na área de saúde materna e obstétrica para desenvolver no relatório final de estágio:

- Será efetuada uma Scoping Review para fornecer a evidencia científica sobre a questão a investigar e posteriormente será avaliado o nível de capacitação das puérperas de estudo mediante métodos descritivo-observacional (como entrevista /encostas) e assim poder propor intervenções que possam ser eficazes neste contexto, após a aprovação pela Comissão do IPS.



## RELATORIO

### ENCUADRAMIENTO TEÓRICO-CONCETUAL

• É especialmente relevante no contexto da gravidez a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, uma vez que envolve uma transição de identidade, rol e saúde para a mulher.

• Os novos papéis que devem ser assumidos pela mãe, juntamente com às construções sociais de ideologia de base machista, implica que a mulher senta a necessidade de assumir de maneira íntegra as novas responsabilidades que um filho implica. (Dominguez P. 2021)

- Espera-se que as mulheres sejam capazes de ultrapassar todas as dificuldades e, muitas vezes, colocam a sua satisfação pessoal em segundo plano, o que pode afetar a sua qualidade de vida, com possíveis repercussões na sua autoimagem e autoestima (Gil, C. et al 2016; Musavi et al 2024).
- **A AUTOIMAGEM e a AUTOESTIMA são partes integrantes de AUTOCONCEITO.**

• Neste contexto, destacamos Empowerment, segundo Kayser et al (2019) – 4 elementos promotores do empowerment: **autoeficácia, autocontrolo, autodeterminação** e ser capaz de **sentir** um significado naquilo que faz diariamente



## RELATORIO

### ENCUADRAMIENTO TEÓRICO-CONCETUAL

A nova perceção do empoderamento feminino está a lutar para quebrar os diferentes estereótipos que a sociedade utilizou para atribuir papéis de género às mulheres, sendo positivo para as diferentes mudanças nas atitudes das mulheres, e especialmente em relação à sua autoestima, pois transmite estabilidade emocional e autoconfiança

É extremamente importante aliar o empoderamento feminino à autoestima para elevar a sua liderança no dia a dia, permitindo-lhes levar uma vida de acordo com a sua autonomia.

Por causa disso, o empoderamento feminino na gravidez e no período pós-parto através do exercício físico é um tema de interesse crescente na literatura científica.



Castillo Becerra , J. I. (2024) ; Castellanos & Lasso 2019)

# RELATORIO

## PRIMEIROS RESULTADOS

O exercício após o parto não só contribui para a recuperação física da mãe, mas também traz benefícios psicológicos e sociais que podem fortalecer a sua autoestima e autonomia.

(Castillo Becerra , J. I2024 ; Castellanos & Lasso 2019)

O apoio social, o acesso a informações fiáveis e a possibilidade de retomar as atividades pessoais, como o exercício físico, contribuiram comprovadamente para a perceção de controlo e a satisfação com a maternidade.

(Saligheh et al., 2017).

→ Diversas pesquisas comprovam que a atividade física regular pode contribuir para a prevenção de complicações obstétricas, melhorar a saúde mental, reduzir o risco de depressão pós-parto e favorecer a recuperação funcional após o parto.

→ A atividade física pode melhorar a autoestima, a autoeficácia e a perceção de controle sobre o próprio corpo, promovendo assim uma experiência mais positiva da gravidez, do parto e do puerpério.

As recomendações atuais sugerem que o retorno à atividade física deve ser progressivo e adaptado às condições individuais de cada mulher. Recomenda-se iniciar com exercícios de baixo impacto, como caminhadas, exercícios de mobilidade e fortalecimento do assoalho pélvico, antes de avançar para atividades de maior intensidade.

(Davenport et al., 2019).

Santos-Rocha, B.GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto 2020



## **APÊNDICE VII: Seminário Educação Maternal**

# SEMINÁRIO EDUCAÇÃO MATERNAL

**09<sup>OCT</sup>  
2024**

*Residente mestranda: Alba Diaz Herrera*  
*Matrona Tutora: Gloria Boal*  
*Coordnadora: M<sup>o</sup> Conceção Santiago*

17:00h- 17:30h INTRODUÇÃO

Lugar: Centro de Saúde San Fernando, Madrid

**17h30 - 18:30**  
*Matrona Gloria Boal*

## **Acesoramiento lactancia materna**

Destinado a mães com problemas durante a aleitamento materno e a mães veteranas com uma amamentação bem estabelecida

Objetivo da intervenção: 20 mães

**18h30 - 19:30**  
*Residente Alba Diaz*

## **Mudanças na gravidez**

Destinado a futuros pais que estão a iniciar-se na educação parental

Objetivo da intervenção: 6 casais

**23<sup>OCT</sup>  
2024**

17:30h- 18h INTRODUÇÃO

**17h30 - 18:30**  
*Matrona Gloria Boal*

## **Acesoramiento lactancia materna**

Destinado a mães com problemas durante a aleitamento materno e a mães veteranas com uma amamentação bem estabelecida

Objetivo da intervenção: 20 mães

**18h30 - 19:30**  
*Residente Alba Diaz*

## **Pre parto**

Destinado a futuros pais que estão a iniciar-se na educação parental

Objetivo da intervenção: 6 casais


## **APÊNDICE VIII: mudanças da gravidez.**




# Cambios en el embarazo

Alba Díaz; Gloria Boal  
09 de Octubre de 2024

- 1º TRIMESTRE (s1-12)
- 2º TRIMESTRE (s13-26)
- 3º TRIMESTRE (s27-40)



## ¿CUALES SON LOS CAMBIOS FÍSICOS PRINCIPALES?





El organismo de la mujer experimenta cambios fisiológicos con la finalidad de adaptarse y dar respuesta a la gran demanda que representan las 40 semanas de gestación.

(Carrillo-Mora, 2020)

## Cambios físicos



- Amenorrea
- Hiperpigmentación de la piel
- Pirosis
- Aumento de volumen abdominal
- Estreñimiento y polaquiuria
- Aumento del tamaño de las mamas.

## Cambios fisiológicos

### Cambios cardiovasculares

- Aumento del volumen sanguíneo
- Incremento de la frecuencia cardíaca
- Disminución de la tensión arterial

- Incremento del volumen sanguíneo,
- 25% de V. sanguíneo a útero y placenta,
- Aumento de FC de 12-20 lpm con respecto a los valores previos,
- La TA disminuye hasta llegar a su punto más bajo entre las semanas 16 y 20.
- Edema periférico en miembros inferiores,
- Compresión de vena cava en posición supina (mareos, nauseas).

(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

# Cambios fisiológicos



## Cambios respiratorios

- Dilatación de los capilares de la mucosa nasal (epistaxis)
- El crecimiento del útero produce un ascenso diafragmático, lo que condiciona una disminución de la capacidad pulmonar total.
- Aumenta la frecuencia respiratoria.
- Se eleva un consumo de oxígeno un 20%.

(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

# Cambios fisiológicos



Presión sobre la vejiga

## Cambios urinarios

- Los riñones incrementan su tamaño alrededor de un 30%
- Vejiga es presionada por el útero. Aumenta la frecuencia con la que la mujer necesita ir al baño.
- Aumenta el riesgo de infecciones (orina menos ácida, ureteres más dilatados ect)



Mayor riesgo de ITUs

(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

# Cambios fisiológicos



Relajación de unión esófago-estómago



Desplazamiento del estómago



Digestiones más lentas y pesadas



Antojos

## Cambios digestivos

- Náuseas y vómitos al inicio de la gestación (se resuelve antes de la semana 20).
- Desplazamiento del estómago hacia arriba,
- Aumento del reflujo gastroesofágico,
- Estreñimiento y distensión abdominal, que puede estar **exacerbado por las conductas alimentarias y el sedentarismo.**
- Algunas mujeres sienten **rechazo** por alimentos que antes consumían, o **antojos** por un determinado alimento (cambios hormonales y agudizamiento en el olfato y el gusto).

(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

# Cambios fisiológicos

## Cambios metabólicos

- Incrementan la producción de la hormona prolactina con el objetivo de preparar a las glándulas mamarias para la alimentación del bebe, inmediatamente después del parto.
- Aparece el calostro, a partir de semana 12-18 de gestación.
- Deficiencia de yodo debido al transporte activo a través de la placenta y mayor excreción urinaria, se recomienda ingesta de **150-200 g al día** (3 raciones de leche y derivados + 2g de sal yodada).



(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

# Cambios fisiológicos

## Cambios metabólicos

- Resistencia a la insulina en la madre, comienza en 2ºT y presenta un pico en 3ºT (**importancia de detectar diabetes gestacional**). !!
- Durante el ayuno materno, los ácidos grasos libres se convierten en cuerpos cetónicos en el hígado materno y pueden ser tóxicos para el bebe.



(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

## Cambios aparato reproductor y glándulas mamarias

- Mayor sensibilidad y sensación de hinchazón de las mamas,
- Aumento de tamaño por desarrollo de las glándulas que producen la leche,
- Agrandamiento de areolas mamarias y pezones, que también se oscurecen,
- Aparición de los tubérculos de Montgomery (ayuda a proteger y lubricar el pezón),
- Mayor notoriedad de las venas superficiales.
- Incremento del flujo vaginal. Caída del tapón mucoso.

(Chandra, M 2024)



Mayor sensibilidad



Aumento de tamaño



Areolas oscurecidas

# Cambios fisiológicos

## Cambios en la piel



Cloasma gravídico



Línea negra



Estrías

- Manchas de color amarronado en la piel, especialmente en la cara, (melasma o cloasma gravídico),
- Aparece la línea negra de Alba (del ombligo al pubis),
- Se oscurecen areolas, pezones, vulva, periné, axilas, cara interna de muslos ect.

(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)



## Cambios músculo-esqueléticos

- La mujer cambia su postura inclinándose ligeramente hacia atrás (cambio en el centro de gravedad).
- La hormona relaxina hace que articulaciones y ligamentos estén más relajados y laxos (mayor inestabilidad).



Cambio en el centro de gravedad



Mayor inestabilidad

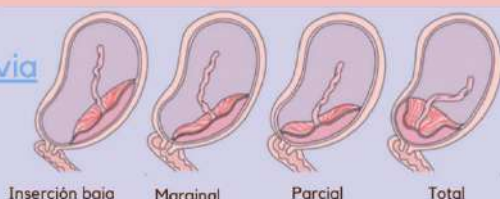
(Carrillo-Mora, 2021/ Chandra, M 2024)

## Placenta y cordón umbilical

La placenta está conectada al feto por el cordón umbilical. A través de ella la placenta le da oxígeno y nutrientes al bebé en desarrollo y elimina los desechos de la sangre del bebé.



### Placenta previa



Inserción baja

Marginal

Parcial

Total

Sangrado indoloro, rojo intenso. !!

(Cunningham, 2016)

# RECOMENDACIONES

## Aspectos a tener en cuenta

Isoinmunización materna por incompatibilidad entre los antígenos eritrocitarios maternos y fetales.

La pareja puede mantener relaciones sexuales de manera habitual.

Se recomienda 1ª Ecografía semana 11-13 y 2ª Ecografía semana 20. 3º trimestre según el Hospital.

Reducir riesgo de infección por Toxoplasmosis (gatos).

Prevenir Listeriosis, y anisakis.

Vacunación de Toserina, gripe y Difteria/tétanos (si precisa).

Suplementación con ácido fólico y yodo (si precisa)

Ministerio de Sanidad (2014)

## Amenaza de aborto !

Dieta insuficiente

Desequilibrio hormonal

Madre fumadora

Infecciones de transmisión sexual

Fiebre alta

(Cunningham, 2016)



# CAMBIOS PSICOLÓGICOS



## La transición a la parentalidad

"La mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre"

Durante la gestación los futuros padres tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida.

Este proceso se ha denominado "parentificación" o "parentalidad"

(Maldonado-Durán, 2008)

## Cambios psicológicos

Existen 4 tareas clave para integrar la identidad materna:

- Garantizar un embarazo saludable para la madre y el bebé;
- Promover la aceptación del bebé
- Unirse emocionalmente al feto
- Dar lo mejor de sí como padres.

(Orden dos enfermeiros, 2023)

## Cambios psicológicos



### 1º Trimestre

- Recopilación de información,
- Mayores cambios de estado de ánimo,
- Pueden sentir miedo a mantener relaciones sexuales.



### 2º Trimestre

- La mujer comienza a disfrutar el embarazo,
- Se inicia conversación con el bebé,
- Aumenta el deseo sexual,
- Interés por educación maternal.

### 3º Trimestre

- Baja autoestima, molestias físicas,
- Preocupación ante el parto,
- Sentimientos encontrados (miedo a los cuidados del bebé).
- Disminución de relaciones sexuales por miedo a provocar parto.

(Maldonado-Durán, 2008/ Reproducción asistida (2024))



En casi toda mujer, puede existir un grado de ambivalencia, aún cuando se desee al futuro bebé.

El 24,9% de los casos, la gestación no ha sido planeada y puede ocurrir en un momento inoportuno.

(Maldonado-Durán, 2008/ SEC 2022)



La salud emocional de la mujer durante el embarazo es muy importante, ya que influye en el desarrollo del bebé.



- Entender los cambios del embarazo,
- Evitar situaciones estresantes,
- Adaptar el estilo de vida y hobbies,
- Aprovechar el tiempo del embarazo para reencontrarse consigo misma,
- Dedicar tiempo a expresar las emociones y buscar apoyo en el entorno.



(Maldonado-Durán, 2008/ Reproducción asistida (2024))

# Gracias !



## Referencias Bibliográficas

- Carrillo-Mora, Paul, García-Franco, Alma, Soto-Lara, María, Rodríguez-Vásquez, Gonzalo, Pérez-Villalobos, Johendi, & Martínez-Torres, Daniela. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina (México), 64(1), 39-48. Epub 06 de julio de 2021. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Chandra, M., & Paray, A. A. (2024). Natural Physiological Changes During Pregnancy. The Yale journal of biology and medicine, 97(1), 85–92. <https://doi.org/10.59249/JTIV4138>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2016). Obstetrica de Williams-24. McGraw Hill Brasil. ISBN: 978-8580555257.
- Orden dos enfermeiros. 2023. Guia orientador de boas práticas. Gravidez e adaptação a gravidez.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatología y Reproducción Humana, 22(1), 5-14.
- Ministerio de Sanidad. 2014. Guía de Práctica Clínica en el SNS. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo.
- Pereira Calvo, J. ., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (2020). Actualización en preeclampsia. Revista Medica Sinergia, 5(1), e340. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>
- Reproducción Asistida ORG. 2024. Estado de ánimo en el embarazo. <https://www.reproduccionasistida.org/estado-de-animo-embarazo/#emociones-en-el-primer-trimestre-de-embarazo>
- Sociedad Española de Anticoncepción. Encuesta SEC de Anticoncepción en España 2022. <https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2022-2/#:~:text=El%2024%2C9%20%25%20se%20arriesga,relaciones%20sexuales%20sin%20protecci%C3%B3n%20alguna.>

## **APÊNDICE IX: educação materna pré-parto.**

## EDUCACION EN EL PRE PARTO



Alba Díaz, Gloria Boal  
23 de Octubre de 2024



# ¿QUÉ ES EL PREPARTO?



## PREPARTO O PRÓDROMOS DE PARTO

- **NO TIENE UN INICIO DEFINIDO.**
- **APARICIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE ADVIERTEN QUE SE ACERCA EL MOMENTO DEL PARTO:** AUMENTO DE FLUJO VAGINAL, AUMENTO DE LA FRECUENCIA URINARIA Y LA EXPULSIÓN DEL TAPÓN MUCOSO.
- **AUMENTO DE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES QUE VAN MODIFICANDO EL CUELLO UTERINO, ACORTÁNDOLO.**
- **LAS CONTRACCIONES DESAPARECEN AL DESCANSAR O CAMBIAR DE POSICIÓN.**



(Rodríguez, C. M., ET AL. Pródromos de parto. ¿Cuándo acudir al hospital?. Revista Sanitaria de Investigación. 2021) OMS2018

## PREPARTO

MENOS DE 37 SEMANAS

ACUDIR URGENTE AL HOSPITAL



MÁS DE 37 SEMANAS

Si no ha roto bolsa, esperar a contracciones regulares

(Rodríguez, C. M., ET AL. Pródromos de parto, ¿Cuándo acudir al hospital?. Revista Sanitaria de Investigación. 2021) OMS2018

SI MENOS DE 37 SEMANAS...

## AMENAZA DE PARTO PREMATURO!

- **CONTRACCIONES UTERINAS FRECUENTES, REGULARES, CON O SIN DOLOR QUE OCURRE ANTES DE LA SEMANA 37 DE GESTACIÓN.**
- **DOLOR PÉLVICO, ABDOMINAL O LUMBAR, PRESIÓN EN LA REGIÓN PÉLVICA,**
- **CAMBIOS EN EL FLUJO VAGINAL.**
- **SANGRADO NO HABITUAL**



OMS2018

DESPUES DE LA SEMANA 37..

## FALSO TRABAJO DE PARTO

- **CONTRACCIONES IRREGULARES O TEMPORALMENTE REGULARES.**
- **PARAN CON EL CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MUJER.**
- **SENSACIÓN DE DOLOR EN LA ESPALDA O ABDOMEN ENCIMA DEL OMBLIGO.**
- **BEBÉ AÚN NO INCRUSTADO EN LA PELVIS.**
- **NO HAY CAMBIOS EN CUELLO UTERINO**

(OMS,2018)

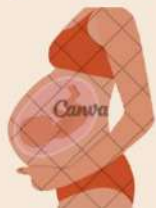
## VERDADERO TRABAJO DE PARTO

- **CONTRACCIONES REGULARES**, DE FRECUENCIA E INTENSIDAD REGULARES, A INTERVALOS CADA VEZ MÁS CORTOS, DE DURACIÓN E INTENSIDAD QUE AUMENTAN CON LA MARCHA.
- **DOLOR EN LA REGIÓN LUMBAR Y ABDOMINOPÉLVICA.**
- NO MODIFICA DE MEDIDAS DE COMODIDAD.
- ÚTERO ENDURECIDO.

(OMS,2018)



## ¿COMO RECONOCER LAS CONTRACCIONES?



## CONTRACTILIDAD UTERINA REGULAR

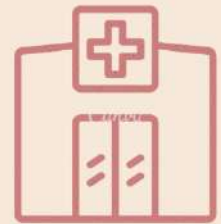
**2-3** CONTRACCIONES A **CADA 10MINUTOS**  
CON DURACIÓN ENTRE **20-40 SEGUNDOS**



(OMS,2018)



# ¿CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL?



**ROTURA BOLSA**

**SANGRADO VAGINAL**

**CONTRACCIONES FRECUENTES**

**NO PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES**



## ROTURA DE BOLSA

**SIEMPRE ES MOTIVO DE INGRESO**

¿HORA?

¿COLOR?





## Sangrado vaginal

MAYOR A UNA REGLA



Se puede sangrar de forma habitual en algunas ocasiones.

- exploraciones
- relaciones sexuales
- durante las contracciones cerca del parto

ACUDIR AL HOSPITAL PARA VALORACIÓN 

## CONTRACCIONES FRECUENTES

SE REPITEN CADA EL MISMO TIEMPO  
TIENEN UNA INTENSIDAD SIMILAR O EN  
AUMENTO  
NO SE PASAN EN REPOSO



## NO SENTIR AL BEBÉ

✓ Toma un aporte de glucosa y tumbate del lado izquierdo



✓ Si pasados 30-60 minutos continuas sin notarlo acude al hospital.



## ¿Y el tapón mucoso?

NO INDICA MOMENTO DEL PARTO

NO ES MOTIVO DE URGENCIAS

REFLEJA CAMBIOS EN EL CUELLO DEL ÚTERO



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Npunto [Internet]. 2020 [consultado 27/03/2022]; 3 (24). Disponible en: 5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf (npunto.es)
- Castellanos-Villegas, Ashley E., Hernández-García, Jorge D., & Vázquez-Martínez, Edgar R.. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y reproducción humana*, 37(1), 31-38. Epub 05 de junio de 2023. <https://doi.org/10.24875/per.22000013>
- Ministerio de Sanidad. 2011. *Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal*. España. Disponible: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). Guía orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Lorena Aznar Galve, Marta Lugo Baile, Andrea Ruiz Martínez, María Royo del Río, Patricia Blanco Rollán, Andrea Echart Broto 2024. Uso y efectos del hipn parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 5, N.º. 6.
- Santos-Rocha, R (coord.) 2020 GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto [Active Pregnancy Guide. Physical Activity, Exercise, Sport and Health in Pregnancy and Post-partum; Portuguese]. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém, 78 pp. ISBN 978-989-8768-26-1 (print), 978-989-8768-27-8
- Rodríguez, C. M., del Fresno Serrano, M. Á., & del Fresno Serrano, E. (2021). Pródromos de parto, ¿ Cuándo acudir al hospital?. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(2), 62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813186>
- Luis Roldán, L. D. (2022). Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto.
- Galve, L. A., Baile, M. L., Martínez, A. R., del Río, M. R., Rollán, P. B., & Broto, A. E. (2024). Uso y efectos del hipn parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(6), 157.
- Gynea Laboratorios. Esferodinamia en el embarazo. Barcelona, 2014. Disponible en: <https://www.vivirlamaternidad.com/consejos/Esferodinamia.pdf>

## **APÊNDICE X: educação materna parto.**

# PARTO



Alba Diaz; Gloria Bual  
23 de Octubre de 2024



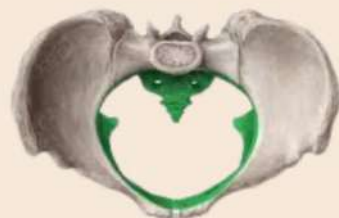
# FISIOLOGIA DEL PARTO



## ANATOMIA

### PELVIS ÓSEA

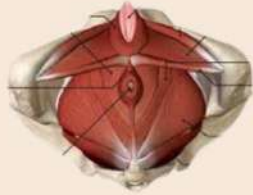
PELVIS MAYOR



PELVIS MENOR

## ANATOMIA

### PELVIS BLANDA



## HORMONAS DEL PARTO



### OXITOCINA



Contracciones  
Eyección de la  
leche  
Vínculo  
Orgasmo



### ADRENALINA

Estrés  
Ansiedad  
Inseguridad  
Exceso de  
estímulos

### ENDORFINAS



Felicidad  
Analgésia  
endógena

Parto no medicalizado

(Castellanos-Villegas, et al. Papel de las hormonas durante el embarazo y el trabajo de parto. 2023)

El parto es un proceso **INVOLUNTARIO**

Que puede verse afectado por el **ENTORNO**, las creencias y las emociones

A lo largo de muchos años la experiencia del parto fue vivida por las mujeres como algo negativo. dolor, sufrimiento y riesgo a no sobrevivir, hizo que el miedo al parto se instalase en casi todas las culturas.



Para favorecer la aparición de endorfinas es vital sentirse relajada y segura, sin estrés, ni tensiones, miedos o preocupaciones.



(Castellanos-Villegas, et al. Papel de las hormonas durante el embarazo y el trabajo de parto. 2023)



# ETAPAS DEL PARTO



## ETAPAS DEL PARTO

### 1ª FASE:

#### Fase Latente (18/20h)

- Contracciones primarias- involuntarias (**irregulares**)
- Hasta los **4 cm** de dilatación del cuello uterino

**Importante distinguir entre verdadero y falso trabajo de parto.**

#### Fase activa (2.5-5h)

- Contracciones involuntarias- primarias (**regulares**)
- Dilatación progresiva y descenso del bebé ( hasta los **10cm**)



(Ministerio de Sanidad. España. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. 2011)

## ETAPAS DEL PARTO

### 2ª FASE:

#### Fase expulsiva

-Dilatación completa, período expulsivo ( 30/60' hasta 1-2h)

Contracciones secundarias- voluntarias (pujos).



(Ministerio de Sanidad. España. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. 2011)

## ETAPAS DEL PARTO

### 3ª FASE:

## CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

Se recomienda realizarlo entre los 30" o 3'



## SALIDA DE PLACENTA

Ocurre entre los 30' -1h

(Ministerio de Sanidad. España. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. 2011)

## VERDADERO TRABAJO DE PARTO

- CONTRACCIONES REGULARES, DE FRECUENCIA E INTENSIDAD REGULARES, A INTERVALOS CADA VEZ MÁS CORTOS, DE DURACIÓN E INTENSIDAD QUE AUMENTAN CON LA MARCHA.
- DOLOR EN LA REGIÓN LUMBAR Y ABDOMINOPÉLVICA.
- NO MODIFICA DE MEDIDAS DE COMODIDAD.
- BARRIGA ENDURECIDA.

(OMS,2018)

## FALSO TRABAJO DE PARTO

- CONTRACCIONES IRREGULARES O TEMPORALMENTE REGULARES.
- PARAN CON EL CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MUJER.
- SENSACIÓN DE DOLOR EN LA ESPALDA O ABDOMEN ENCIMA DEL OMBLIGO.
- BEBÉ AÚN NO INCRUSTADO EN LA PELVIS.
- NO HAY CAMBIOS EN CUELLO UTERINO

(OMS,2018)



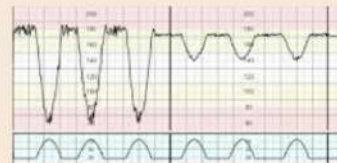
## CONTRACCIONES DE PARTO

SE REPITEN CADA EL MISMO TIEMPO  
TIENEN UNA INTENSIDAD SIMILAR O EN  
AUMENTO  
NO SE PASAN EN REPOSO



## CONTRACTILIDAD UTERINA REGULAR

**2-3** CONTRACCIONES A **CADA 10MINUTOS**  
CON DURACIÓN ENTRE **20-40 SEGUNDOS**



(OMS,2018)

¿QUÉ PUEDO HACER  
CUANDO ESTÉ CON  
CONTRACCIONES?






## Respiración

Conexión cuerpo-mente

- Relajación y control mental
- Disminución de adrenalina
- Contracciones mas eficaces
- Útero y bebé mejor oxigenados



### Respiración completa



Abdominal y torácica  
Antes y después de las contracciones  
Oxigenación

### Respiración soplante



Durante las contracciones  
Relajación y control

## PRIMERA FASE DEL PARTO

### RESPIRACIÓN LENTA

Inicio de contracciones intensas



### RESPIRACIÓN ACELERADA LIGERA

En el pico de la contracciones



### RESPIRACIÓN VARIABLE O JADEO

Deseos de pujos sin dilatación completa

«Ji, Ji, Ju»



## SEGUNDA FASE DEL PARTO

### RESPIRACIÓN POR EXPULSIÓN O DE PUJO

Inspirar profundamente, barbilla al pecho, inclinarse y empujar,

Tras 5-6s, liberar la relajación por completo y relajar.



Luis Robles, L. G. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto. 2022



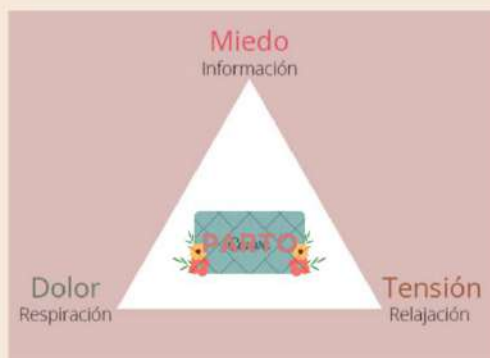
# MEDIDAS PARA CONTROL DEL DOLOR



NO FARMACOLÓGICAS	Técnicas psicológicas	Método de la hipnosis
		Método de la escuela inglesa
		Método Lamaze
		Método Bradley
		Método Odent
	Técnicas de relajación	Hidroterapia y parto en agua
		Movilidad y cambios posturales maternos
		Yoga
		Acupuntura y acupresión
		Masoterapia
		Ambientación periparto
		Técnicas de modulación respiratoria
	Técnicas mecánicas	Asistencia continua al parto
		Música y audioanalgesia
		Aromaterapia
Técnica Eléctrica Nerviosa Transcutánea (TENS)		
Termoterapia y crioterapia		
	Balón suizo	
	Técnica de rebozo	
	Inyección de agua estéril	

Luis Roldán, L. D. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto. 2022

### TRIÁNGULO MIEDO-TENSION-DOLOR



**RESPIRACIÓN-  
CONTRACCIÓN**  
SE CONVIERTE EN UN NUEVO  
REFLEJO CONDICIONADO  
QUE ANULA EL ANTIGUO  
**CONTRACCIÓN-DOLOR**

*"TÉCNICA DE JACOBSON"*

*"Método Psicoprofiláctico"*

(Dick Read, Método de la escuela inglesa, Parto natural, 1993)

### HIPNOPARTO

Reemplazar el miedo y la ansiedad alrededor del parto por seguridad y confianza.



Entre las técnicas de relajación empleadas con mayor frecuencia : **imágenes guiadas**, la **relajación muscular progresiva**, las **técnicas de respiración**, el **yoga** y la **meditación**.

Promueven partos más cortos, menos dolorosos y experiencias más positivas.



(Galve, et al. Uso y efectos del hipnoparto, Revista Sanitaria de Investigación, 2024)

## ESFERODINAMIA


↓

### EJERCICIOS SUELO PÉLVICO CON BOLA DE PILATES

- Fortalecer tono muscular
- Flexibilidad.
- Relajación de tensiones.
- Conciencia corporal (mejora postura).

Díezes L et al. Ejercicios esferodinámicos en el embarazo. Barcelona, 2016. / Sánchez Conde J. Fisioterapia aplicada para matrones. 2020.

La posición de cuclillas aumenta **un centímetro** el diámetro transverso y **dos centímetros** el anteroposterior, en comparación con la posición de litotomía.




Luis Roldán, L. D. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto. 2022

POSTURAS VERTICALES	VENTAJAS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO
<b>Decúbito supino</b>	Disminuye el riesgo de hemorragia intraparto y postparto.
<b>Bipedestación</b>	Aumenta la eficacia de las contracciones uterinas y el nivel de oxigenación fetal. Además, disminuye el porcentaje de episiotomías y administración de oxitocina y analgesia intraparto.
<b>Decúbito lateral</b>	Se reduce el riesgo de trauma perineal debido a que los músculos del periné están relajados y, además, proporciona un mayor control de la cabeza fetal.
<b>Sedestación</b>	Proporciona alivio de la zona lumbar y se obtiene un mejor control y eficacia a de las contracciones uterinas.
<b>Cuadrupedia</b>	Se obtiene mayor elasticidad de los músculos del periné, por lo que se reduce el riesgo de lesiones y se favorece el descenso del feto por el canal del parto.
<b>Cuclillas</b>	Genera un aumento de los diámetros pélvicos que, a su vez, proporcionan una disminución del riesgo de laceraciones perineales, administración de oxitocina sintética y la necesidad de partos instrumentados.

Luis Roldán, L. D. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto. 2022



# POST PARTO INMEDIATO



## CONTACTO PIEL CON PIEL



Es importante humanizar e individualizar este proceso



Cada embarazo debe ser único.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Npunto [Internet]. 2020 [consultado 27/03/2022]; 3 (24). Disponible en: [5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf](https://www.npunto.es/5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf) (npunto.es)
- Castellanos-Villegas, Ashley E., Hernández-García, Jorge D., & Vázquez-Martínez, Edgar R.. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y reproducción humana*, 37(1), 31-38. Epub 05 de junio de 2023. <https://doi.org/10.24875/per.22000013>
- Ministerio de Sanidad. 2011. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. España. Disponible: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). Guía orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Lorena Aznar Galve, Marta Lugo Baile, Andrea Ruiz Martínez, María Royo del Río, Patricia Blanco Rollán, Andrea Echart Broto 2024. Uso y efectos del hipn parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 5, N.º. 6.
- Santos-Rocha, R (coord.) 2020 GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto [Active Pregnancy Guide. Physical Activity, Exercise, Sport and Health in Pregnancy and Post-partum; Portuguese]. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém, 78 pp. ISBN 978-989-8768-26-1 (print), 978-989-8768-27-8
- Rodríguez, C. M., del Fresno Serrano, M. Á., & del Fresno Serrano, E. (2021). Pródromos de parto, ¿Cuándo acudir al hospital?. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(2), 62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813186>
- Luis Roldán, L. D. (2022). Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto.
- Galve, L. A., Baile, M. L., Martínez, A. R., del Río, M. R., Rollán, P. B., & Broto, A. E. (2024). Uso y efectos del hipn parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(6), 157.
- Gynea Laboratorios. Esferodinamia en el embarazo. Barcelona. 2014. Disponible en: <https://www.vivirlamaternidad.com/consejos/Esferodinamia.pdf>

## **APÊNDICE XI: Exercício físico durante a gravidez**



# EJERCICIO FISICO



## BENEFICIOS DEL EJERCICIO

Tonifica la musculatura, especialmente del abdomen, la pelvis y las lumbares

Favorece la liberación de endorfinas que ayudarán a relajarse.

Mejora la circulación sanguínea.

Mejora la capacidad respiratoria y ventilatoria.

Ayuda a corregir la postura y el repartir el peso

Tonifica el suelo pélvico

Puede reducir el trabajo de parto

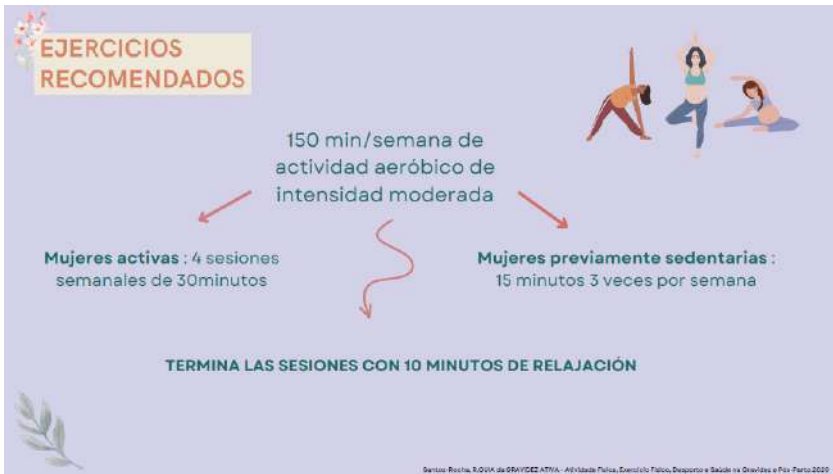


## EJERCICIOS RECOMENDADOS

- Ejercicios aeróbicos: marcha, natación, bici estática.
- Ejercicios de estiramientos.
- Resistencia muscular: peso libre o peso del cuerpo,
- Ejercicios coordinativos: pilates, yoga, taichi.
- Ejercicios de suelo pélvico.



Santos-Rocha, R.CUIA da CRAVDEZ ATIVA – Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto 2020



**ESFERODINAMIA**

↓

**EJERCICIOS SUELO PÉLVICO CON BOLA DE PILATES**

- Fortalecer tono muscular
- Flexibilidad.
- Relajación de tensiones.
- Conciencia corporal (mejora postura).

Gynae Laboratorios. Esferodinamia en el embarazo. Barcelona, 2014 / Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matrones. 2020


El estrecho inferior de la pelvis  **aumenta en posición vertical con flexión y abducción de las caderas,** combinado con la articulación del coxis hacia atrás.

Por ello, se debe evitar la posición semisentada o semiacostada.




## Ejercicios no recomendados


**NO**



**EJERCICIOS DE IMPACTO**  
Pueden dañar el suelo pélvico.



**ABDOMINALES**  
Pueden dañar el suelo pélvico.



**EJERCICIOS CON RIESGO**  
Riesgo de caídas, traumatismos..

### Contraindicaciones para la actividad física



**Contraindicaciones para la actividad física**

- Sangrado vaginal
- Disnea temprana
- Mareo que no revierte
- Dolores de cabeza
- Dolor de pecho
- Tensión elevada
- Riesgo de tromboflebitis (edemas, piernas rojas, dolor)
- Trabajo de parto pre-término
- Abortos habituales
- Disminución de mov fetales
- Retraso crecimiento fetal
- Pérdida de líquido amniótico

Diantez-Rocha, R.GUIA de GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto 2020.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Npunto [Internet]. 2020 [consultado 27/03/2022]; 3 (24). Disponible en: [5e79d8ead50baNpvolumen24-44-97.pdf](https://www.npunto.es/5e79d8ead50baNpvolumen24-44-97.pdf) (npunto.es)
- Castellanos-Villegas, Ashley E., Hernández-Garola, Jorge D., & Vázquez-Martínez, Edgar R.. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y reproducción humana*, 37(1), 31-38. Epub 05 de junio de 2023. <https://doi.org/10.24875/per.22000013>
- Ministerio de Sanidad. 2011. *Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal*. España. Disponible: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Cardoso A, Aires C, Mechado S, Silva C, Grilo AR (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Lorena Aznar Galve, Marta Lugo Baile, Andrea Ruiz Martínez, María Royo del Río, Patricia Blanco Rollán, Andrea Echart Broto 2024. Uso y efectos del hipoparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7095, Vol. 5, N.º. 6.
- Santos-Rocha, R (coord.) 2020 GUIA de GRAVIDEZ ATIVA - Atividade Física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto [Active Pregnancy Guide. Physical Activity, Exercise, Sport and Health in Pregnancy and Post-partum; Portuguese]. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém, 78 pp. ISBN 978-989-8768-26-1 (print), 978-989-8768-27-8
- Rodríguez, C. M., del Fresno Serrano, M. A., & del Fresno Serrano, E. (2021). Pródromos de parto. ¿Cuándo acudir al hospital?. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(2), 62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813186>
- Luis Roldán, L. D. (2022). Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto.
- Galve, L. A., Baile, M. L., Martínez, A. R., del Río, M. R., Rollán, P. B., & Broto, A. E. (2024). Uso y efectos del hipoparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(6), 157.
- Gynee Laboratorios. *Esferodinamia en el embarazo*. Barcelona. 2014. Disponible en: <https://www.vivirmaternidad.com/consejos/Esferodinamia.pdf>

## **APÊNDICE XIII: Slides da apresentação de defesa do relatório**

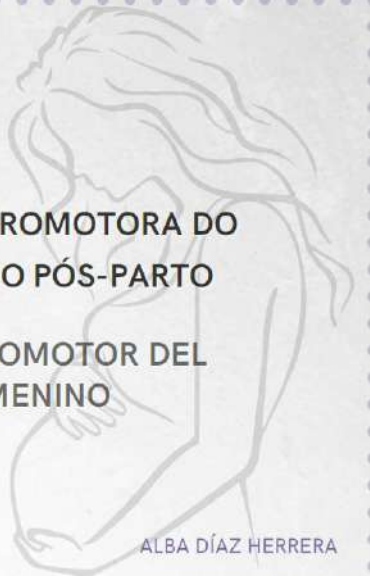
## GRAVIDEZ ATIVA ENQUANTO PROMOTORA DO EMPOWERMENT FEMININO NO PÓS-PARTO

## EMBARAZO ACTIVO COMO PROMOTOR DEL EMPODERAMIENTO FEMENINO

*Discussão do Relatório de Estágio para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

Orientação: Professora Dra. Concelção Santiago

ALBA DÍAZ HERRERA



### 1 OBJETIVO

### 2 INTRODUÇÃO

### 3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO- CONCETUAL

### 4 METODOLOGIA: SCOPING REVIEW E RESULTADOS



### ROTEIRO

### 5 CONTRIBUTOS PAPEL EEESMO

### 6 CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO

### 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



*Porque o movimento também é uma  
forma de empoderamento.*

## OBJETIVO



Analisar o **exercício físico** como **promotor** do empoderamento feminino no pós-parto nos cuidados de **saúde materna** e obstétrica, e com a finalidade que este contribua para a intervenção do EEESMO.



## INTRODUÇÃO

Apesar das evidências, a prática ainda é limitada por barreiras culturais, clínicas e sociais .



O exercício físico emerge como uma ferramenta de transformação social e de fortalecimento do protagonismo feminino ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

(Gil et al., 2016; Mottola et al. 2019; Musavi et al., 2024).

## ENCUADRAMIENTO TEÓRICO-CONCETUAL

1. *Benefícios dos exercícios na gravidez*

2. *Pós parto : recomendações*

3. *Teoria das Transições de Afaf I. Meleis*



## 1. BENEFÍCIOS FISIOLÓGICOS DO EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ



Santos-Rocha, 2020



## 2. RECOMENDAÇÕES NO PÓS PARTO

Fortalecimento do pavimento pélvico



Exercícios com resistência moderada



Exercícios de baixo impacto



Exercícios aeróbicos progressivos



(ACOG, 2020; Mottola et al., 2019; WHO, 2022).

## 2. RECOMENDAÇÕES NO PÓS PARTO

150 min/semana de  
actividade de intensidade  
moderada

4-5 sesiones semanales de  
30-45min minutos



Incorporar entrenamiento de  
fuerza ao menos  
2 días / semana

CONCLUIR AS SESSÕES COM 10 MINUTOS DE RELAXAMENTO FINAL

(ACOG, 2020; Mottola et al., 2019; WHO, 2022).

## 2. RECOMENDAÇÕES NO PÓS PARTO

Continuidade dos processos de recuperação física,  
hormonal, emocional e social da mulher.

- Ajustamento dos vínculos afetivos, e a retoma gradual da função sexual,
- Consolidação de comportamentos promotores de saúde.

(ACOG, 2020; WHO, 2022).

**Fase prolongada de adaptação  
emocional e identitária**



Processo de matrescência

(Orchard et al., 2023; Athan et al., 2024).

### 3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES AFAF I. MELEIS

- Interesse em compreender como as pessoas experimentam e enfrentam mudanças significativas nas suas vidas.

- Combina uma perspectiva feminista, cultural e social.

- **Empoderamento** – capacidade das pessoas de compreender, controlar e transformar as suas próprias condições de vida e saúde.

- O seu pensamento alinha-se com a **enfermagem feminista e transcultural**.



(Meleis, 2010).



## METODOLOGIA

### SCOPING REVIEW

#### Revisão exploratoria da literatura

**Objetivo:** mapear a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto.



### TRABALHO DE CAMPO

#### Estudo descritivo qualitativo-exploratorio.

**Objetivo:** complementar os resultados obtidos na ScR através da realização de um estudo empírico explorando as experiências vividas por **mulheres no pós-parto com prática de exercício físico** durante a gravidez e que mantiveram no pós-parto.

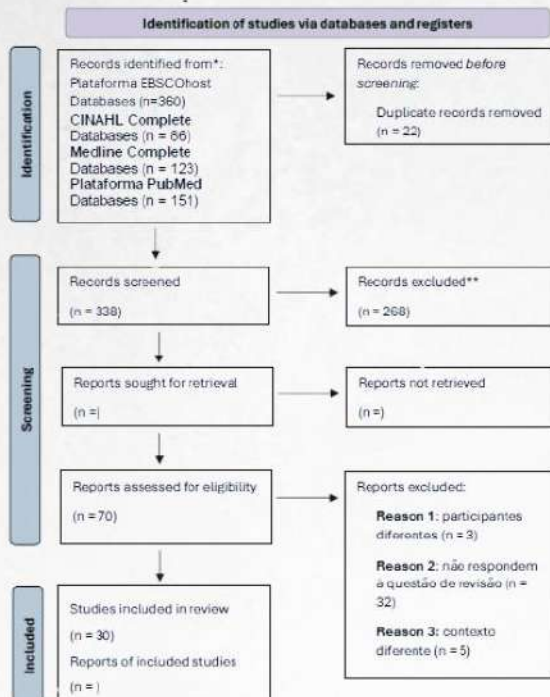
## SCOPING REVIEW

Questão de revisão: Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto?

<b>P</b>	Mulheres grávidas e no pós-parto
<b>C</b>	Exercício físico; empowerment; autoeficácia; saúde materna
<b>C</b>	Comunidade

Base de Dados		Limitadores específicos	Limitadores Universais
EBSCO host	CINAHL	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Prática baseada em evidência, Humano	Texto completo; friso temporal da data de publicação: Janeiro de 2015 a Junho 2025.
	Medline	Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.	
Pubmed		Língua portuguesa, inglesa ou espanhola Resumo disponível, Humano.	

PRISMA 2020 Diagram Flow



### Expressão de pesquisa:

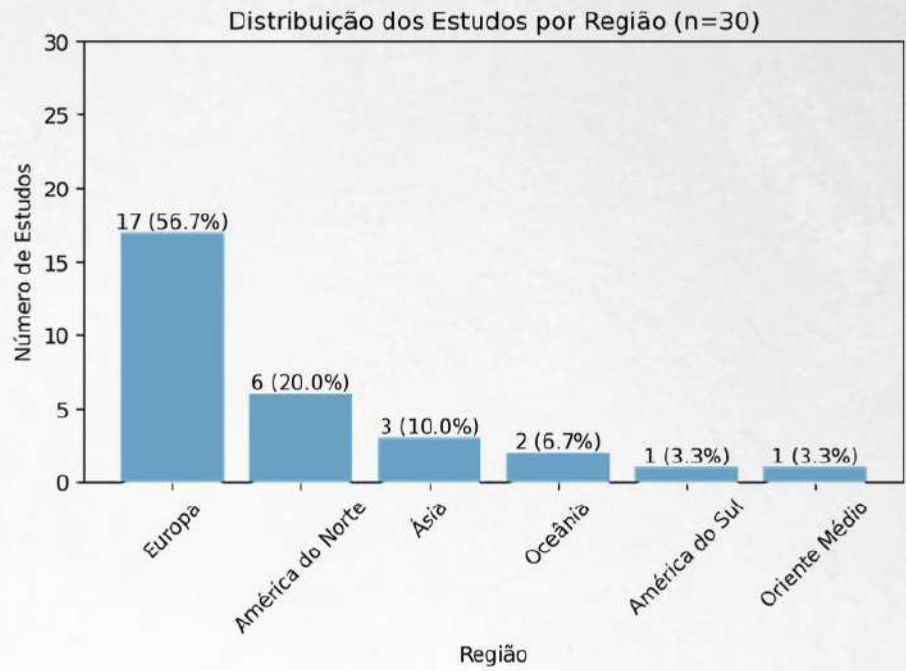
*(exercis\* OR "physical activity" OR "Physical Fitness") AND (pregnan\* OR "Postpartum Period") AND ("Empowerment" OR "Self Efficacy" OR "Quality of Life")*





## RESULTADOS scR

Tipo de Estudo	n
Quantitativos	20
Qualitativos	4
Metodologia Mista	3
Revisão Sistemática	1
Total	30



## ANÁLISE DOS RESULTADOS



1. Benefícios do exercício físico.
2. Dificuldades sentidas e desigualdades percebidas;
3. Pós-parto e empoderamento feminino;
4. Barreiras na prestação de cuidados e estratégias de coping.

## 1. Benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto



📌 Base Teórica	🔬 Evidência Biológica	📅 Evidência Longitudinal	🧠 Saúde Mental
Garland et al., 2019; Haakstad et al. 2016	Budnik-Przybylska et al., 2020	Campolong et al., 2018	Marín-Jiménez et al., 2022
EUA (SR) // Noruega (ECA)	Polónia (ET)	EUA (CP)	Espanha (GESTAFIT)
• Autoeficácia	• Cortisol em cabelo	• ↑ Qualidade de vida	• Condição física percebida
• Continuidade	• ↓ Stress fisiológico	• ↓ Sintomas depressivos	• Indicador protetor

## 2. Dificuldades percebidas e desigualdades na adesão ao exercício

🏠 Barreiras Físicas	🏗️ Desigualdade Estrutural	🌐 Pressões Socioculturais	🧠 Determinantes Comportamentais
Haakstad et al., 2018 – Noruega (ECR)	Faulkner et al., 2025 – Irlanda (Estudo misto) Lesser et al., 2025 – Canadá (Qualitativo)	Guelfi et al., 2015 – Austrália/China (ET) Hong & Kim, 2025 – Coreia (ET)	Newham et al., 2015 – Reino Unido (ET) O'Brien et al., 2017 – Irlanda (ET)
• Falta de tempo	• Sobrecarga parental – Ausência de apoio	• Segurança vs benefícios (China vs Austrália)	• Intenção comportamental
• Falta de energia	• "Autocuidado retira tempo à maternidade"	• Diferenças culturais nas crenças	• Normas sociais subjetivas
• Desconforto físico	• Falta de orientação profissional	• Cultura molda barreiras	• Controlo percebido
• Barreiras mantêm-se até 12 meses pós-parto	• Barreiras ambientais e sociais	• Pressão social para repouso	

### Fatores Protetores

-Hallil et al., 2019 – Canadá (ET)  
-Meireles et al., 2020 – Brasil (QT)  
-Xiang et al., 2023 – China (ET)

• Autoeficácia elevada

• Locus de controlo interno

• Apoio social

• Convicção nos benefícios

### 3. Pós-parto e empoderamento feminino.

DIMENSÃO-CHAVE	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	MECANISMO IDENTIFICADO	IMPACTO NO EMPODERAMENTO
<b>Autoeficácia</b>	★ Garland et al., 2019 (SR); ★ Haakstad et al., 2018 (ECR)	<b>Confiança</b> para manter a atividade física apesar das barreiras	↑ <b>Agência pessoal</b> e continuidade do autocuidado
<b>Reconexão corporal</b>	★ Meireles et al., 2020 (QT); ★ Lesser et al., 2025 (QT)	Retoma do controlo corporal e <b>autoaceitação</b>	<b>Reconstrução Identitária</b> para além do papel materno
<b>Bem-estar emocional</b>	★ Campolong et al., 2018 (CP); ★ Broberg et al., 2021 (ECA)	Redução de sintomas depressivos e melhoria da <b>qualidade de vida</b>	↑ <b>Resiliência</b> psicológica na transição para a maternidade
<b>Apoio social e conjugal</b>	★ Hong & Kim, 2025; (ET) ★ Hailili et al., 2019 (ET)	Modulam a autoeficácia e a <b>adesão</b> comportamental no pós-parto	<b>Empoderamento relacional</b> e estabilidade emocional
<b>Normas de género</b>	★ Lesser et al., 2025 (QT)	<b>Culpa, expectativas</b> sociais e sobrecarga mental	Necessidade de legitimar o <b>autocuidado como direito materno</b>

### 4. Barreiras na prestação de cuidados e estratégias de coping

ARTÍCULO	PAÍS	METODOLOGÍA	POR QUE É IMPORTANTE
★ Faulkner et al., 2025	Irlanda	Métodos mistos	Evidencia clara de <b>ausência de orientação</b> profissional e necessidade de empowerment
★ Lesser et al., 2025	Canadá	Qualitativo	Mostra <b>estratégias reais de coping</b> e barreiras socioculturais
★ Jelsma et al., 2018	Austrália	Ensaio clínico randomizado	Demonstra que <b>intervenções estruturadas</b> reduzem barreiras
★ Harrison et al., 2020	Austrália	Ensaio clínico randomizado	Educação específica aumenta <b>autoeficácia</b>

## CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO



Em linha com a teoria de A. Meleis, o EEESMO posiciona-se como facilitador do empoderamento ao promover a tomada de decisão informada, a autonomia progressiva e a reconstrução da identidade

(Jelsma et al., 2018; Harrison et al., 2020; Meleis, 2010)

## CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO



Importância de uma **abordagem mais informada**, interdisciplinar e **ajustada às diferenças individuais**, garantindo que todas as mulheres beneficiem plenamente do **papel transformador do exercício** no pós-parto.

(Jelsma et al., 2018; Harrison et al., 2020)

## CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO



Curso: "Mobilidade da bacia durante o parto": ferramentas para uma EEESMO ativa



Sessão: curso de prevenção e cuidado do pavimento pélvico



Curso Sutura Perineal



Conferência: Mulher e saúde



Sessão: Curso Avaliação clínica da vulva para EEESMOS



Sessão: Aleitamento materno



Curso "VPH: rastreio e prevenção"



Curso "novas estratégias no tratamento do climaterio"



Sessão: escola do pais "Exercício físico e gravidez"



Sessão: "assistência médica urgente a mulheres vítimas de violência sexual"



Sessão: Curso "métodos de atuação em casos de distocia de ombros e hemorragia maciça"



Sessão: educação para a saúde "parto positivo"



Sessão: educação para a saúde "Exercício físico durante a gravidez"



Sessão: educação para a saúde "fisiologia do parto"



Sessão: educação para a saúde "pre- parto"



Sessão: educação para a saúde "mudanças na gravidez"

## CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO



## CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE EEESMO

Ampliar os meus conhecimentos e contactar com diferentes perspetivas de prática profissional.

Refletir e integrar os contributos que mais valor acrescentaram à minha aprendizagem.

Contribuir para a construção da identidade profissional como EEESMO



Atividades Clínicas - Totais	
Exames pré-natais:	183
Participação em partos eutócicos:	56
Participação em partos gemelares:	2
Participação em outros tipos de parto:	25
Episiotomias:	11
Episiorrafias / perineorrafias:	41
Seguimento de púerperas sahas:	185
<b>Cuidados ao recém-nascido</b>	
• Recém nascidos saudáveis:	182
• Recém nascidos com necessidades especiais:	18
Atenção em saúde sexual e patologia ginecológica:	103



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



## **APÊNDICE XII: Proposta para Trabalho de Campo**

## Trabalho de Campo

A recolha e análise de informação científica através da ScR constituiu um contributo significativo para a resposta à questão de investigação “*Qual a evidência disponível sobre a influência da prática de exercício físico durante a gravidez no empoderamento feminino no pós-parto?*”, permitindo identificar tendências, lacunas e consensos na literatura existente. Neste sentido, considerou-se que a realização de um estudo empírico com uma seleção de mulheres pertencentes ao grupo identificado poderia constituir uma estratégia pertinente para aprofundar os resultados obtidos na ScR através das experiências vividas pelas próprias mulheres.

Contudo, perante um parecer pouco favorável por parte da comissão competente, o qual se encontra apresentado em *ANEXO I*, não foi possível a concretização do trabalho de campo no âmbito do presente relatório. Ainda assim, é apresentada uma proposta de estudo com metodologia qualitativa, do tipo descritivo exploratório, que se pretende desenvolver futuramente, com o objetivo de complementar e aprofundar o conhecimento produzido nesta investigação e permita aferir quais as vivências das mulheres que tinham a intenção de realizar atividade física durante a gravidez e pós-parto.

As participantes que poderiam participar no estudo seriam mulheres captadas no estágio em comunidade, em bloco de partos e puerpério; assim como mulheres de meu entorno que cumprem os critérios de inclusão: *mulheres no pós-parto prolongado (até 24 meses), que mantiveram uma gravidez ativa e mantiveram no pós-parto; e que tenham interesse em participar na pesquisa*. Assim, a amostra apresentaria uma seleção intencional, de natureza não probabilística, composta por mulheres no tempo de pós-parto que mantiveram uma gravidez ativa, que aceitem participar no estudo e que falem língua portuguesa ou espanhola.

A caracterização das participantes seria corretamente realizada através da colheita de dados sociodemográficos como a idade, a nacionalidade, o estado civil, o local de residência, se tem filhos e quantos; e o tipo de atividade laboral.

A recolha de dados será realizada através de questionários de escolha múltipla e de resposta aberta, permitindo assim obter dados com validade qualitativa e quantitativa. O tempo médio estimado para o preenchimento do questionário será de aproximadamente 15 minutos (*APÊNDICE III*).

O questionário será composto por questões elaboradas com base na pesquisa bibliográfica efetuada, de modo a permitir a recolha de dados relevantes para responder aos objetivos do estudo. A estrutura do questionário inclui duas partes: a primeira destina-se à recolha de dados sociodemográficos, como idade, estado civil e tipo de parto; a segunda parte centra-se em questões sobre os seus hábitos antes, durante e após a gravidez e a terceira parte, o impacto percebido e a intervenção do EEESMO,

abordando aspetos como as dificuldades enfrentadas durante o processo e qual o apoio recebido. As entrevistas serão realizadas pela investigadora, com recurso do *Google Forms*.

Após autorização da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, será processada à organização da recolha de dados. Antes da realização do questionário, será preenchido o consentimento informado, garantindo a voluntariedade da participação e o cumprimento das normas éticas da investigação (*APÊNDICE IV*).

Os dados alcançados através dos questionários de escolha múltipla e de resposta aberta, terão como objetivo identificar o exercício físico como ferramenta de empoderamento e bem-estar integral em mulheres no período pós-parto e analisar a importância de uma gravidez ativa e a sua influência na recuperação no pós-parto, articulando as descobertas com os resultados obtidos através da ScR.

A ideia inicial é que a amostra seja constituída por 10 mulheres, as quais já manifestaram o seu consentimento verbal, após serem selecionadas de acordo com os critérios acima mencionados.

A avaliação do questionário será realizada por meio de uma análise descritiva e uma avaliação básica da sua fiabilidade e validade. Em primeiro lugar, as perguntas fechadas (do tipo Sim/Não ou de escolha múltipla) foram analisadas através do cálculo das frequências absolutas ( $n$ ) e das percentagens (%), bem como das médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas, com o objetivo de obter uma visão geral das características da amostra e das respostas. As perguntas abertas serão sintetizadas em categorias temáticas, apresentando exemplos representativos das respostas obtidas. Deste modo, o empoderamento não será interpretado a partir de uma pontuação global, mas sim através da análise integrada de diferentes indicadores, quantitativos e qualitativos, possibilitando uma compreensão mais aprofundada e contextualizada do fenómeno, coerente com o carácter exploratório do estudo e com os pressupostos da *Teoria das Transições*.

Para a análise dos dados recolhidos através dos questionários (*APÊNDICE III*), recorreu-se à elaboração de uma tabela, de onde emergiram quatro categorias: atividade física e hábitos antes e depois da gravidez; controle, autocuidado e apoio social e impactos percebidos.

A ideia é que a ScR e o trabalho de campo venham a oferecer perspectivas complementares, permitindo uma compreensão mais completa da experiência das mulheres em estudo. Assim, futuramente, poderá proceder-se à análise de dados empíricos de acordo com os quatro eixos temáticos emergentes da ScR: benefícios do exercício físico durante a gravidez e o pós-parto; dificuldades sentidas e desigualdades percebidas; pós-parto e empoderamento feminino; e barreiras na prestação de cuidados e estratégias de coping.