



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA
CAPACITAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA A
ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Santarém, com vista a obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

VERÓNICA FIGUEIREDO

Orientador:

Profª Doutora Hélia Dias

Coorientador:

Profº Doutor José Amendoeira

Abril de 2020

RESUMO

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, partindo da questão “Quais os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na capacitação da mulher grávida para a atividade física?”. Objetivos: identificar os conhecimentos do EEESMO e as estratégias utilizadas na capacitação da mulher grávida para a atividade física. Utilizaram-se duas abordagens de pesquisa, a revisão sistemática da literatura e um focus grupo. Na discussão recorreu-se à triangulação de dados com o objetivo de ampliar a compreensão do estudo. Conclui-se que os contributos do EEESMO na capacitação das mulheres grávidas para a atividade física, ficam muito aquém do esperado. O défice de conhecimento na área, limita a perspetiva do desenvolvimento da prática baseada na evidência. Emerge a necessidade de estratégias formativas dos EEESMO em contexto de trabalho, a atualização dos Curso de Preparação para o Nascimento e a introdução da temática nos currículos académicos nas áreas da saúde.

Palavras – chave: Atividade física, Capacitação, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Grávida.

ABSTRACT

A qualitative, descriptive and exploratory study has been carried out, having as starting point the question “what are the contributions of a midwife as far as the empowerment of expectant women for physical activity is concerned?”

The main objectives were to identify the knowledge and skill level of the midwife, as well as the strategies followed to enable the pregnant woman to build the physical activity required capacity.

For the purpose, two research approaches have been used, a systematic review of the literature available and a focus group.

As a way of ensuring an increased understanding of the subject under study, the method used throughout the discussion was the data triangulation.

In the light of the results, it was concluded that the contributions from the training of pregnant women for physical activity fall far below expectations. The deficit of knowledge on the area under study does limit the perspective of the practical development based on the evidence. There is, therefore, the need for further work-related formation/training of the midwife involved, updated Birth and Parenthood Preparation Courses as well as the introduction of the subject in the academic curriculums within the health-related areas.

Keywords: Physical Activity, Empowerment, Midwife, Pregnant.

“Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior. Estas atitudes se refletirão em mudanças positivas no seu ambiente familiar. Deste ponto em diante, as mudanças se expandirão em proporções cada vez maiores. Tudo o que fazemos produz efeito, causa algum impacto.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

A todos os que acreditaram neste projeto, me deram força e coragem para nestes tempos difíceis nunca desistir.

Às mulheres, parceiras de equipa que me empoderaram todos os dias, na busca de um redesenhar do nascimento, como um momento único e espetacular, procurando uma pintura com outras cores, sugestivas de calma e tranquilidade, com leves toques de movimentos livres e pessoais, mas sempre com um risco firme e seguro!

Aos melhores professores desta Escola do qual tive a sorte de ser contemplada com as suas extraordinárias orientações que me fizeram crescer e ser melhor!

A ti que estiveste sempre aí.

*A todos o meu sincero **OBRIGADA!***

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Atividade Física

APEO – Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras

AV – Atividade de vida

ARS – Administração Regional de saúde

BTT – Bicicleta todo o terreno

CDS – *Centers for Disease Control and Prevention*

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENPAF – Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física

ICM – International Confederation of Midwives

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAGPAF – Plano de Ação Global para a Atividade Física

PPAQ – Pregnancy Physical Activity Questionnaire

PBE – Prática baseada na evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNVGBR – Plano Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco

RANZCOG – Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and gynecologists

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologist

RSL – Revisão sistemática da literatura

SOGC – Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USDHHS – U. S. Department Health and Human Services

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Prisma	42
-------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Atividades Físicas Seguras e Não Seguras durante a Gravidez de Baixo Risco	19
Quadro 2 – Sinais de aviso para parar o exercício durante a gravidez	24
Quadro 3 – Contraindicações relativas e absolutas para o exercício aeróbio durante a gravidez.....	25
Quadro 4 – Benefícios da Atividade Física na Gravidez a Nível Físico, Psicológico e Social	26
Quadro 5 – Critérios para a formulação da questão de investigação	39
Quadro 6 – Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados.....	40
Quadro 7 – Síntese dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura	43
Quadro 8 – Grelha de análise	56
Quadro 9 – Matriz de Análise	132

ÍNDICE

RESUMO	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMENTOS	5
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	8
ÍNDICE	9
INTRODUÇÃO	11
1 – SAÚDE, POLÍTICAS E ATIVIDADE FÍSICA	14
2 – ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ	18
2.1 - RECOMENDAÇÕES NA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA	19
2.2 – CONTRA-INDICAÇÕES DA ATIVIDADE FÍSICA	24
2.3 – BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA	25
3 - O ESTATUTO DO EEESMO NA CAPACITAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA A ATIVIDADE FÍSICA	28
4 – METODOLOGIA	37
4.1 – TIPO DE ESTUDO	37
4.2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	38
4.3 – FOCUS GROUP	50
4.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
6 – A ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ: UM CAMINHO A PERCORRER	77
7 – CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	92
ANEXO I – Pregnancy physical activity questionnaire (PPAQ)	93

ANEXO II – Protocolo de pesquisa	98
ANEXO III – Guião de entrevista	107
ANEXO IV – Resumo dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura	112
ANEXO V – Pedido de apreciação à Comissão de ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém	125
ANEXO VI – Consentimento informado	127
ANEXO VII – Parecer da Comissão de ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém	129
ANEXO VIII – Apresentação do estudo	131

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo natural, no entanto, envolve inúmeras transformações e adaptações, quer a nível físico, quer psicológico. De acordo com Apolinário e Figueiredo (2016), a forma como cada mulher/casal/família vivencia a gravidez varia de acordo com fatores biopsicosocioculturais e espirituais, sendo fundamental durante a vigilância pré-natal, não só o conhecimento dessas transformações como a participação na construção do plano de cuidados a implementar, por forma a serem uma parceria informada e ativa em todo o processo de cuidados. Esta fase é a ocasião ideal para a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Chaves, Coutinho & Silva, 2014).

A evidência científica têm demonstrado que a saúde da criança é na sua maioria programada durante a sua vida intrauterina, recomendando-se a adoção de um estilo de vida saudável, com início antes da gravidez, de modo a otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações gestacionais e de algumas doenças no feto (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015).

A adoção de um estilo de vida saudável no período pré-concepcional torna-se determinante no crescimento e desenvolvimento fetal: uma alimentação equilibrada e diversificada; a adesão a uma prática regular de exercício físico¹; e o não consumo de drogas lícitas, é fundamental para otimizar não só a saúde materna, mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto e reduzir o risco de complicações peri e pós-natal (Santo, 2015).

A prática de atividade física (AF) tem vindo a ser incentivada por vários organismos nacionais (DGS, OE) e internacionais, visando a promoção da saúde, tornando-se cada vez mais integrada na rotina de muitas mulheres.

¹ A utilização do termo exercício físico surge contextualizada na fonte de onde emerge. Sempre que não for explícito utiliza-se o termo atividade física considerando a definição constante na ACSM (2002) – “qualquer movimento corporal produzido pela pessoa quando esta realiza a contração dos seus músculos esqueléticos (...)”

Atualmente, sustenta-se, vincadamente, a importância da AF na saúde da mulher grávida. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2015) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDS)/American College of Sports Medicine (ACSM) recomenda o início de AF ou a sua continuação, com duração de 30 minutos ou mais, na maioria dos dias da semana, nas mulheres com gravidezes de baixo risco (sem contra-indicações). Também a DGS (2015) segue estas recomendações no seu Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR).

O último Eurobarómetro (2018) indicou a falta de tempo (43% da população), a falta de interesse ou motivação (33% da população) e ainda a perceção de que a AF é demasiado dispendiosa (13% da população) como as principais barreiras à prática de AF indicadas pelos adultos portugueses, contribuindo estas para os elevados níveis de sedentarismo da população. Indo ao encontro do que já havia sido afirmado por Santos (2014) que julga que a falta de informação ou conhecimento, aliada à reduzida disponibilidade de tempo por parte das mulheres, poderão estar subjacentes a uma menor adesão a esta prática. Assim, a AF durante a gravidez deve tornar-se um foco de atenção dos profissionais envolvidos no acompanhamento e vigilância das mulheres durante o período pré-natal, visando inverter esta tendência. É importante esclarecer as futuras mães e sensibilizar a equipa multidisciplinar que as acompanha para a sua real importância. Contudo importa perceber o porquê da necessidade deste empoderamento da mulher grávida/casal, da sua capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis especificamente em relação à AF.

De acordo com as orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020 (OMS, 2015), os Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica² (EEESMO) são elementos essenciais das equipas multidisciplinares e interdisciplinares para propiciar um começo de vida saudável, capacitar para a autogestão dos cuidados e promover a literacia em saúde.

² Podem ser utilizados outros termos, que não sendo sinónimos, resultam do enquadramento da profissão no país em causa e que pode ser: parteira.

Devendo o profissional através de uma abordagem colaborativa, centrada nas necessidades e preferências da mulher grávida/casal, facilitar a regulação e gestão do seu processo de mudança. Por outras palavras, comunicar com estes no sentido de facilitar o seu processo de mudança comportamental, indo ao encontro das suas necessidades, orientando no seu processo de tomada de decisão e do que as motiva a mudar.

Importa perceber como estamos a caminhar neste sentido, assim a questão de investigação do estudo é: “Quais os contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para a atividade física?”. A partir da questão formulada, definiram-se como objetivos de investigação: identificar os conhecimentos do EEESMO relativo à prática de AF para a grávida; conhecer as estratégias que o EEESMO utiliza para capacitar a mulher grávida para a AF.

Pretende-se com este trabalho, inserido no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, o incremento de novos saberes e competências do EEESMO, sendo o contributo de um trabalho de investigação em enfermagem abrir caminho para a descoberta de novas áreas de possível intervenção.

Estruturou-se o trabalho em duas partes distintas. Na primeira parte, procedeu-se à construção de um quadro conceptual, abrangendo de forma objetiva e sistematizada as áreas em estudo, de acordo com os objetivos da investigação. A segunda parte constitui os procedimentos metodológicos que suportam o estudo. Desenvolveu-se todo o estudo em termos metodológicos, apresentação e análise de resultados obtidos e discussão dos mesmos. Por último, concluiu-se com a exposição de algumas considerações.

1 – SAÚDE, POLÍTICAS E ATIVIDADE FÍSICA

Em Portugal a assistência pré-natal desenrola-se maioritariamente no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP) sob a orientação do médico de família e da enfermeira de cuidados gerais ou do EEESMO. Assim este acompanhamento centra-se mais nos Centros de Saúde (CS) ficando os cuidados hospitalares incumbidos da gravidez de risco.

Desde 2005 (Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de junho) que Portugal iniciou uma reforma nos CSP, motivada por uma procura de melhor qualidade e acessibilidade, melhor qualidade de prestação de cuidados, participação ativa e maior satisfação de todos, profissionais e utentes. Estas novas organizações vêm romper com o modelo tradicional vertical e hierarquizado, permitindo aos profissionais organizarem-se por equipas escolhidas por si, com autonomia funcional e focadas nas pessoas e comunidades que servem (Biscaia & Heleno, 2017).

De acordo com a legislação que lhes dá suporte, os agrupamentos de centros de saúde (ACES) são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas administrações regionais de saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais, e tendo a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Destas unidades funcionais, constam: as unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem – as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); as Unidades de Saúde Pública (USP), que funcionam como observatório de saúde da área geodemográfica dos ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população; as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais e as Unidades de Cuidados na

Comunidade (UCC), que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. Este novo modelo possibilita uma maior proximidade e permite que seja sempre a mesma equipa de profissionais de saúde a prestarem os cuidados, incluindo às mulheres grávidas, promovendo as relações interpessoais e terapêuticas.

Com esta reforma dos CSP e a criação de diferentes unidades de saúde, as UCC, maioritariamente compostas por Enfermeiros Especialistas, direcionam os seus cuidados para a comunidade e são responsáveis pelos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP), enquanto que as USF são responsáveis pela vigilância da gravidez de baixo risco sendo compostas por enfermeiro especialista e enfermeiro de cuidados gerais, torna-se assim fundamental uma articulação efetiva e ajustada.

Em Portugal foi criado um programa nacional de vigilância da gravidez incorporado numa rede de referência materno-Infantil (2001), havendo articulação entre os CSP e os Cuidados Hospitalares. Em 2015, a DGS atualizou e publicou um programa para a vigilância da gravidez de baixo risco, que decorre nos CS, numa tentativa de uniformizar práticas. A visão deste programa é promover um futuro mais saudável na população desde o início do ciclo de vida e assenta em três eixos fundamentais:

- Cuidados centrados na pessoa - alargando o conceito de vigilância pré-natal para que seja inclusivo (quando for esse o caso) do pai, ou de outras pessoas significativas, bem como da diversidade sociocultural e das pessoas com necessidades especiais.
- Continuidade de cuidados no ciclo de vida - reconhecendo a importância da educação para a saúde e dos fatores psicológicos e socioculturais como determinantes da saúde;
- Conceptualizando a gravidez como momento de oportunidade para a intervenção e mudança. (DSG, 2015, pp.19)

Segundo a OMS (1998) a Educação para a Saúde é uma combinação de aprendizagens que têm por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências. Procurando, assim, a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde, definido na

Carta de Ottawa (1986) como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

Deste modo, os profissionais de saúde devem tornar a aprendizagem e a partilha de informação, componentes de cada consulta de vigilância com a mulher e a sua família, sendo um dos temas a desenvolver a **Atividade Física**. Devendo o enfermeiro esclarecer acerca da importância do exercício físico ao longo da gravidez e aconselhar sobre AF (PNVGBR, 2015), recomendando o equilíbrio entre a AF (pelo menos 30 minutos por dia em cinco dias por semana) e os períodos de repouso, em linha com as orientações da ACOG (2015).

Em maio de 2015 é elaborado o PNS revisão e extensão 2020. Este, surge como um documento que propõe uma visão simples, caracterizada pelo empoderamento dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a saúde. O PNS conta com o contributo de cada um dos cidadãos para maximizar a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, tendo a intenção de trazer valor ao Sistema de Saúde Português. À semelhança do documento “Um Futuro para a Saúde” (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) considera-se que a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.

Considerando a inatividade física como um problema de saúde pública, em 2016 a DGS seguiu as recomendações globais da OMS e apresenta a – Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF 2016-2025), com intuito de reduzir o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável, perspetivando o “exercício como medicamento”. Importa realçar o 2º objetivo deste documento, dirigido aos profissionais de saúde, promovendo entre estes a AF, a elaboração de orientações sobre aconselhamento da AF, formação sobre o aconselhamento em AF e o trabalho de parceria com desenvolvimento de redes de cooperação entre profissionais, serviços, estruturas e projeto de diversas áreas.

Recentemente, no dia 4 de junho de 2018 a OMS lançou o Plano de Ação Global para a atividade física 2018-2030, que procura dar resposta às solicitações dos países sobre orientações atualizadas e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis para aumentar

a AF a todos os níveis. Este plano oferece um roteiro integrado e sistemático para todos os países, a fim de possibilitar a AF e reduzir o comportamento sedentário. Sem dúvida que se encontra diretamente relacionado com as prioridades e aspirações do desenvolvimento sustentável global para 2030 que a OMS definiu em 2015. Uma nova agenda de ação até 2030, que resultou de um trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo, e pretende criar um modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o meio ambiente e combater as alterações climáticas. São 17 os objetivos de desenvolvimento sustentável, em áreas que afetam a qualidade de vida de todos os cidadãos do mundo e daqueles que ainda estão para vir.

2 – ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ

Importa ter um leque de conhecimentos que nos permite adquirir competências e agir com segurança, nomeadamente, no que se relaciona com a AF na gravidez. A AF é definida, segundo ACSM (2014), como qualquer movimento corporal produzido pela pessoa quando esta realiza a contração dos seus músculos esqueléticos. Podem ser aqui incluídas atividades recreativas ou de lazer, de transporte, sejam andar a pé ou de bicicleta, ocupacionais como trabalhar, e prática de exercício planeado ou desporto (OMS, 2010). Por sua vez, o exercício físico é a realização de movimentos corporais planeados e estruturados, de forma repetitiva, com o objetivo de melhorar a aptidão física (ACSM, 2014).

Na faixa etária compreendida entre os 18 e os 64 anos de idade, é recomendada a prática de, pelo menos, 150 minutos por semana de AF aeróbia, ou seja, que estimule a respiração e a circulação sanguínea, *de intensidade moderada*. Em alternativa, podem ser 75 minutos por semana de AF aeróbica de intensidade vigorosa ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa. Esta, deve ser distribuída por períodos de, pelo menos, 10 minutos por dois ou mais dias da semana e, devem ainda ser incluídas atividades de fortalecimento muscular, onde se envolvam os grupos musculares maiores (ACOG, 2015; OMS, 2010). Estas recomendações podem ser encontradas, no Livro da Gravidez Ativa - Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto (Santos-Rocha, 2017).

Perante uma gravidez de baixo risco, ou seja, perante a ausência de contraindicações, a prática de AF é considerada segura e desejável, necessitando, contudo, ser avaliada de forma individual e cuidadosa, de modo a adequar-se a cada mulher grávida (ACOG, 2015). Quando a mulher grávida já é praticante de atividade aeróbia de intensidade vigorosa, as recomendações são de continuar com a sua prática de AF durante a gravidez e no período pós-parto, desde que permaneça saudável e que a gravidez seja vigiada (ACOG, 2015). É, portanto, essencial que o EEESMO esteja sensibilizado para a importância destas *guidelines*, para que as suas orientações incluam a promoção da

Atividade de Vida (AV) *mobilidade* (Quadro 1) e conseqüentemente, sejam promotoras de hábitos de vida saudáveis e seguros para a mulher grávida e geradores de ganhos em saúde durante a gravidez e TP.

Quadro 1 – Atividades Físicas Seguras e Não Seguras durante a Gravidez de Baixo Risco

AF SEGURAS durante a Gravidez de Baixo Risco	AF NÃO SEGURAS durante a Gravidez de Baixo Risco
<ul style="list-style-type: none"> • Caminhar • Nadar • Bicicleta estática • Aeróbica de baixo impacto • Yoga (modificada) • Pilates (modificado) • Corrida ou <i>jogging</i> • Desportos com raquetes • Treino de força 	<ul style="list-style-type: none"> • Desportos com contacto (hóquei no gelo, boxe, futebol e basquetebol) • Atividades com alto risco de queda (esqui na neve downhill, esqui aquático, surf, BTT, ginástica e equitação) • <i>Sky diving</i> • Mergulho • “Hot yoga” e “Hot Pilates”

(Adaptado e traduzido de ACOG, 2015)

2.1 - RECOMENDAÇÕES NA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA

Em 2015, o ACOG reafirma as recomendações de 2002, ao recomendar que as mulheres grávidas acumulem pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade moderada a vigorosa. Quer o CDC quer a ACSM, reconhecem igualmente que o exercício físico mais intenso realizado em sessões de 20 a 60 minutos em 3-5 dias por semana resultará em melhores níveis de AF (ACOG, 2015; ACSM, 2014).

Em 2016, o Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) publica as recomendações para a prática de AF, recomendando que se realize na maioria dos dias da semana, com um acumular de 150 a 300 minutos de atividade de intensidade moderada. Aconselha que a intensidade da

AF seja monitorizada com a frequência cardíaca, de acordo com a idade materna, ou combinando com o “talk test” (RANZCOG, 2016), ou sejam, se uma mulher conseguir manter uma conversa enquanto prática de exercício, é provável que não ultrapassa o seu nível de esforço.

De forma categórica, o ACOG recomenda que todas as mulheres grávidas, sem contraindicações obstétricas ou médicas, pratiquem AF regular. O CDC, o ACSM, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), o Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) e o U.S. Department Health and Human Services (USHHS) apoiam as recomendações do ACOG, apesar dos parâmetros da AF serem diferentes em alguns pontos (tipo, duração, intensidade e frequência).

De uma forma geral, as recomendações e retificações, por diversas sociedades científicas a nível mundial, coadunam numa busca constante e atualizada relativa à perceção da prática de AF durante a gravidez aliada à segurança. A evidência científica revela que a AF durante a gravidez assume uma importante relevância na promoção da saúde, na qualidade de vida da mulher grávida e do feto e na prevenção e controlo de doenças crónicas não transmissíveis, sendo mesmo considerado seguro e benéfico o início da sua prática durante a gravidez em mulheres previamente sedentárias (ACOG, 2015 & RANZCOG, 2016b).

Em Portugal ainda não existem recomendações para a prática da AF durante a gravidez. Encontram-se algumas referências nos programas de saúde da DGS (DGS, 2015) e da ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), no que respeita ao esclarecimento/aconselhamento da prática de AF durante as consultas de vigilância da gravidez.

No momento de o médico recomendar a prática de AF durante a gravidez, nas mulheres que o desejam manter ou iniciar, é aconselhado a utilização do *Physical Activity Readiness Medical Examination* (ANEXO I), PARmed-X para efetuar uma triagem inicial. Posteriormente é aconselhado ter em conta os seguintes parâmetros (ACOG, 2015; ACSM, 2014; Bacchi, et al., 2016; Evenson, et al., 2015; Garland, 2017; RANZCOG, 2016):

a) TEMPO – Mulheres sedentárias previamente à gravidez devem realizar uma progressão gradual da AF. Iniciar com 15min/dia, aumentando progressivamente até a

um máximo de 30min/dia, de intensidade moderada, atingindo um total de 150 minutos/semana. É importante um aquecimento de 10 a 15 minutos e um relaxamento de baixa intensidade com a mesma duração. A AF sugerida de aquecimento e relaxamento (antes e após as sessões), respetivamente, devem resultar num acumular de 150 minutos/semana. Mulheres com um IMC ≥ 25 kg/m² com prescrição de AF de baixa intensidade devem iniciar 25 min/dia e aumentar 2 min/semana até atingir 40 minutos, 3 a 4 dias/semana.

b) FREQUÊNCIA – Na ausência de contraindicações todas as mulheres grávidas devem ser incentivadas a atingir e manter os níveis adequados de AF. Mulheres que praticavam AF antes da gravidez podem manter o seu programa normalmente (podendo utilizar o guião PARmed-X). As mulheres que anteriormente à gravidez eram sedentárias ou que apresentam algum tipo de limitação e pretendem iniciar a prática de AF, devem iniciá-la depois das 14 semanas de gestação, devendo adequar o ritmo de AF de forma a atingirem os níveis recomendados. Todas as mulheres grávidas devem ser acompanhadas e aconselhadas por um profissional de saúde antes de iniciar um programa de AF.

c) TIPO – AF dinâmica e rítmica que utilize grandes grupos musculares, é recomendada. Podem ser realizados treinos de força que englobem os principais grupos musculares e que permitam várias repetições (12 a 15 repetições) de modo a atingir níveis moderados de intensidade. A AF de resistência e aeróbia também faz parte das recomendações, como a natação, hidroginástica, bicicleta estacionária, caminhada, correr e programas de exercício aeróbio de baixo impacto com/sem peso. Os exercícios de reforço do pavimento pélvico (exercícios de períneo) e todos os exercícios que possam requerer força pélvica no solo são aconselhados. Devem ser evitadas atividades com grande potencial de queda ou trauma abdominal, como: os desportos de contato (patinagem, futebol, basquetebol e desportos de luta, equitação, desportos de neve, entre outros); atividades que solicitem posições de supina por tempo prolongado e o mergulho, devido à diminuição do retorno venoso que condicionam; e ambientes sobreaquecidos (“hot yoga” ou o “hot Pilates”) por possíveis consequências

teratogénicas no feto. Devem ser também evitados exercícios que impliquem manobras de valsava e exercícios isométricos.

d) INTENSIDADE – a intensidade do exercício deve ser regulada consoante o estado de gravidez. Moderada-leve para a mulher grávida que não está habituada à prática do exercício e moderada para a mulher grávida que está habituada à prática do exercício. Quanto mais vigoroso for o exercício menos tempo de treino requer por semana, diminuindo cerca de 60% o tempo necessário de treino comparando com treinos de baixa intensidade. A intensidade moderada é recomendada para mulheres com IMC <25kg/m², definida como um esforço físico suficiente para aumentar a frequência cardíaca e respiratória, mas mantendo sempre a capacidade de falar frases curtas. São recomendadas as zonas de treino modificadas, como descrito no PARmed-X (Anexo I), para a medição da intensidade do exercício durante a gravidez. O “*talking test*” define que as mulheres grávidas consigam manter uma conversação verbal durante a AF. Assim, a AF leve a moderada deve ser praticada pelas mulheres grávidas sedentárias antes da gravidez e moderada a vigorosa para as mulheres grávidas que já praticavam AF previamente.

e) PROGRESSÃO – A prática de AF vigorosa, quando já praticada previamente à gravidez, deve ser de pelo menos 20 minutos, 3 dias/semana, devendo ser encorajadas a manter caso não tenham nenhuma contra-indicação. As mulheres grávidas que eram sedentárias antes de engravidar são recomendadas sessões de 15 minutos de AF contínua (de acordo com a taxa de esforço percebida ou o IMC), com uma progressão gradual até sessões de 30 minutos/dia durante 5 dias/semana ou, até um acumular de 150 minutos/semana. A maioria das mulheres grávidas podem manter os níveis de AF moderada ou vigorosa que tinham antes de engravidar. A prática deve ser interrompida e a mulher grávida deve ser observada por um profissional de saúde, na presença de algum sinal de alerta, como: hemorragia vaginal; contrações dolorosas regulares; dispneia antes do esforço; suspeita de rotura de membranas; cefaleias; tonturas; dor torácica ou; diminuição da força muscular que afete o equilíbrio.

f) AMBIENTE – Mulheres grávidas que praticam AF devem assegurar que reforçam a ingestão calórica adequada antes e depois das sessões (ou mesmo durante).

Durante a gravidez o aumento do consumo metabólico condiciona um incremento das necessidades calóricas em 300 Kcal por dia. Neste sentido, deve haver um ajuste dietético de modo a assegurar o equilíbrio entre as necessidades maternas e fetais. A ingestão hídrica deve também ser adequada. Mulheres grávidas que se exercitam devem assegurar que tomam líquidos antes, durante e depois dos exercícios. As roupas utilizadas devem ser leves e confortáveis de modo a permitir a dissipação do calor. O calçado deve ser adequado e permita um bom suporte do peso do corpo. Devem também ser evitados ambientes muito quentes e húmidos. Salienta-se ainda o facto de que durante a prática de AF, devem ser evitados os exercícios que exijam demasiado equilíbrio, especialmente no 3º trimestre, atendendo às alterações morfológicas. Assim como o evitar a posição supina após o 1º trimestre (diminuição do débito cardíaco e dificulta o retorno venoso o que pode provocar tonturas) e evitar os exercícios em decúbito ventral depois do 1º trimestre e qualquer forma de exercício que possa causar trauma abdominal (ACOG, 2002 & ACSM, 2014). A mulher grávida deve planear períodos regulares de repouso, sobretudo à medida que a gravidez avança. Após a prática de AF, é essencial incluir exercícios de alongamentos para o relaxamento no final (ACOG, 2002).

A Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (2003) considera que os principais objetivos deverão ser, manter um bom nível de condição física durante a gravidez sem tentar atingir o pico de forma e sem treinar para uma competição. Geralmente, as participações em atividades de lazer são seguras, contudo deve ser analisado cada desporto individualmente de modo a avaliar o risco potencial, devendo ser evitadas as atividades com um elevado risco de queda ou trauma abdominal. Também a participação em desportos com um elevado risco de contato (hóquei e futebol), e as atividades com um elevado risco de queda (ginástica, passeios a cavalo e patinagem) devem ser evitados, porque poderiam resultar num traumatismo abdominal para a mulher grávida. O mergulho deve ser evitado durante a gravidez porque pode provocar um risco de embolismo por dióxido de carbono e efeitos teratogénicos para o feto. Deve-se também evitar realizar atividades em altitudes mais elevadas do que 6.000 pés, pois podem causar diversos riscos (ACOG, 2002).

2.2 – CONTRA-INDICAÇÕES DA ATIVIDADE FÍSICA

Antes de iniciar um programa de AF, a mulher grávida deve ser sujeita a uma avaliação clínica completa, de forma a assegurar que não existam razões médicas para evitar o exercício, ACOG (2002) considera que a mulher grávida com uma obesidade mórbida extrema, pouco peso, anemia severa, hipertensão gestacional, gestação múltipla com risco de parto pré-termo, rutura de membranas, perdas de sangue persistente durante o 2º e 3º trimestre, doença pulmonar restrita e doença cardíaca significativa não devem iniciar nem manter a prática de AF durante a gravidez. A tromboflebite, a fraqueza muscular, as tonturas, a perda de líquido amniótico, o sangramento vaginal, a gestação múltipla, o inchaço repentino dos tornozelos, mão e face, e as doenças cardiovasculares, pulmonares e a diabetes são contra-indicações para a prática de AF durante a gravidez (ACSM, 2014).

ACOG (2015) destacam os sinais que devem levar à suspensão do exercício físico, como podemos verificar no Quadro 2.

Quadro 2 – Sinais de aviso para parar a atividade física durante a gravidez

<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia vaginal• Contrações dolorosas regulares• Perda de líquido amniótico• Dispneia antes do esforço• Tonturas	<ul style="list-style-type: none">• Dor de cabeça• Dor no peito• Fraqueza muscular que afeta o equilíbrio• Dor na perna ou edema
---	---

(Adaptado de *Committee Opinion ACOG*, 2015)

Segundo a ACOG (2015) o exercício aeróbico regular durante a gravidez melhora ou mantém a aptidão física, contudo destacam contra-indicações absolutas e relativas para a prática do mesmo, como se pode verificar no Quadro 3.

Quadro 3 – Contraindicações relativas e absolutas para o exercício aeróbio durante a gravidez

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS	CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS
<ul style="list-style-type: none"> • Anemia; • Arritmia cardíaca materna não avaliada; • Bronquite crónica; • Diabetes tipo I não controlado; • Obesidade mórbida extrema; • Baixo peso extremo (IMC\leq12); • História de vida sedentária extrema; • Restrição do crescimento intrauterino (RCIU), na gravidez atual; • Hipertensão mal controlada • Limitações ortopédicas; • Doença convulsiva mal controlada; • Hipertiroidismo mal controlado; • Grande fumadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença cardíaca hemodinamicamente significativa; • Doença pulmonar restritiva; • Cérvix incompetente ou cerclage; • Gestação múltipla com risco de parto pré-termo; • Hemorragia persistente no segundo ou terceiro trimestre; • Placenta prévia após as 26 semanas de gestação; • Trabalho de parto pré-termo na gravidez atual; • Pré-eclâmpsia ou hipertensão induzida pela gravidez; • Rutura de membranas; • Anemia severa

(Adaptado de *Committee Opinion ACOG*, 2015)

2.3 – BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

De acordo com a ACOG (2015) e PNVGBR (2015), a AF regular em todas as fases da vida, promove benefícios para a saúde, sendo esta fase um período ideal para adotar um estilo de vida saudável. ACSM (2014) corrobora com esta opinião, emitindo recomendações baseadas na evidência, nas quais afirma que a AF tem riscos mínimos para a gravidez e beneficia a maioria das mulheres, sendo por vezes necessário algumas modificações nos programas atendendo às alterações anatómicas, fisiológicas e exigências fetais. No quadro 4 apresentamos alguns dos benefícios da AF na gravidez a nível físico, psicológico e social, adaptado pela ACSM (2013).

Quadro 4 – Benefícios da Atividade Física na Gravidez a Nível Físico, Psicológico e Social

Nível Psicológico e Social	Nível Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do humor e da autoconfiança; • Promoção do bem-estar; • Diminuição do <i>stress</i> emocional; • Melhoria da sensação de gravidez feliz; • Diminuição da ansiedade e depressão pós-parto; • Desmistificar o parto e a gravidez; • Melhoria da imagem corporal; Convivência em grupo; • Melhoria das condições para o trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da função cardiorrespiratória; • Menor incidência de dificuldades respiratórias; • Diminuição da pressão arterial e da incidência de diabetes gestacional; • Melhoria do sistema músculo-esquelético (resistência; força muscular; flexibilidade); • Redução da probabilidade do aparecimento de problemas circulatórios; • Melhor controlo do peso; • Redução da obstipação e melhoria da digestão; • Melhoria do controlo postural com diminuição de lombalgias; • Aumento e melhoria das horas de sono; • Diminuição da sensação de dor, bem como do tempo de duração do parto; • Melhoria da recuperação pós-parto.

(Adaptado da ACSM, 2013)

Outros autores reforçam a ideia relativa aos benefícios da AF, evidenciando os mesmos em relação ao feto, nomeadamente Mottola e Artal (2016), dizem que numa gravidez de baixo risco o feto encontra-se protegido através de mecanismos de adaptação. Como exemplo, podemos pensar que aquando da diminuição da glicose materna, a placenta vai utilizar o lactato materno como substrato para a glicogénese, sendo este utilizado como fonte alternativa de substrato para o seu crescimento e desenvolvimento. Alguns estudos relatam, ainda, um efeito protetor de macrossomia nos recém-nascidos de mães fisicamente ativas (Barakat et al., 2016).

Segundo o mesmo autor, a AF regular durante a gravidez melhora a aptidão física, ajudando a mulher a controlar o seu peso sem comprometer o crescimento do bebé, promove uma menor retenção de líquidos, reduz o risco de diabetes gestacional, aumenta a capacidade de oxigenação, diminui a pressão arterial, evita trombozes,

previne as dores lombares, favorece o fortalecimento da musculatura pélvica e o aumento da flexibilidade contribuindo para a manutenção da condição física e postura, e melhora o bem-estar psicológico.

Segundo um estudo realizado por Rasmussen e Yaktine (2009), a AF poderá ter um papel importante no aleitamento, uma vez que o excesso de peso e a obesidade estão associados a uma menor duração da amamentação. Atualmente também se fala muito dos efeitos do stress, e para minimizar o mesmo é importante aprender a descontraír, a relaxar. De acordo com ACOG (2015), são várias as atividades que podem promover o relaxamento, às quais a mulher grávida pode recorrer, nomeadamente a Meditação, o *Yoga*, o *Pilates*, as massagens, e até as caminhadas. As vantagens da AF durante a gravidez refletem-se também nos aspetos emocionais, contribuindo para que a mulher grávida se torne mais autoconfiante e satisfeita com a sua aparência, eleve a autoestima e reduza o risco de depressão (Lima & Oliveira, 2005).

Corroborando Santos et al. (2016) os benefícios da AF carecem ainda da adequada promoção entre as mulheres grávidas e os profissionais de saúde, a fim de se ultrapassarem mitos e conseguir empoderar as mulheres grávidas na gestão da sua saúde e a aumentar a prática de AF.

3 - O ESTATUTO DO EEESMO NA CAPACITAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA A ATIVIDADE FÍSICA

A 16 de Setembro de 2009, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a relevância das intervenções do enfermeiro especialista através da criação dos Colégios das Especialidades, conforme o disposto no nº2 do artigo 31º da Lei 111/2009. Deste modo pode-se afirmar que a enfermagem portuguesa detém um quadro de referências, bem estruturado, com instrumentos reguladores da intervenção dos enfermeiros, assentes no desenvolvimento e certificação de competências profissionais e legislação comunitária (Cerejeira, 2010).

O enfermeiro especialista possui um exercício profissional autónomo e regulado em Portugal, através de competências comuns do enfermeiro especialista (regulamento nº 140/2019). Competências estas que envolvem várias dimensões como educacionais, de orientação, aconselhamento, liderança, investigação, sempre na procura constante de melhorar a prática de enfermagem.

Mais recentemente, em maio de 2019 é publicado o Regulamento nº391/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. No âmbito da sua intervenção, o EEESMO é detentor de um perfil de competências específicas, assumindo a responsabilidade pelo cuidado à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, inserida na família e comunidade, enfatizando o seu empoderamento/capacitação. Os seus cuidados devem atender à compreensão da mulher, “colocando-a no lugar central” (OE, 2015, p.8) e na família, tendo em consideração as “dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física” (OE, 2015, p. 9). A International Confederation of Midwives (ICM, 2013) refere que o EEESMO “possui os conhecimentos e as competências necessárias de obstetrícia, neonatologia e ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias”. Por conseguinte, “ministra educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover

uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva” (ICM, 2013). O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde materna e obstétrica visa promover a reflexão sobre o exercício profissional e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2018). No que se refere à satisfação do utente, o enfermeiro procura alcançar os mais elevados níveis de satisfação, ao respeitar as suas capacidades, crenças, valores e desejos, mostrando empatia, estabelecendo parceria nos cuidados envolvendo os seus conviventes significativos e minimizando o impacto negativo causado pelas mudanças de ambiente. A relação terapêutica promovida no âmbito do “exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2012, p. 10). A relação terapêutica permite o desenvolvimento de ações educativas, que respeitem a individualidade de cada mulher e estimulem o aumento do conhecimento de si mesma e daquilo que a rodeia, fornecendo-lhe ferramentas para poder exercer mudanças no ambiente e no seu comportamento, com vista a melhorar a sua saúde promovendo a literacia em saúde. Assim o enfermeiro não se limita só a transferir informação, representa um veículo de confiança, autonomia e poder para a tomada de decisão, contribuindo para o aumento de sentimentos positivos, capacitando a mulher para o parto e a maternidade (Silva, Ferreira, & Duarte, 2015).

A satisfação do utente também requer demonstração evidente de equidade e proximidade por parte dos profissionais. Torna-se fundamental que o EEESMO se empenhe no desenvolvimento e fortalecimento da sua relação com a mulher e família ao longo de um processo dinâmico, com o intuito de promover a sua proatividade na consecução do seu projeto de saúde. Este processo é facilitado quando é valorizado o impacto da presença com outro, ausência de julgamento, reconhecimento do valor e da autonomia do outro, cuidados centrados na pessoa, escuta e da consideração positiva (Phaneuf, 2005). Na promoção da procura de saúde, o enfermeiro ajuda o utente a alcançar o seu máximo de potencial de saúde através da identificação da sua situação de saúde e respetiva família/comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis e fornecendo informação que permita o seu empoderamento. Relativamente à prevenção

de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, o enfermeiro identifica os problemas potenciais do utente, prescreve intervenções de enfermagem adequadas intervindo com rigor técnico/científico e referenciando as situações que estejam além da sua área de atuação, supervisiona as atividades concretizadas ou delegadas, sendo responsável pelas suas decisões, atos que pratica ou delega. Na readaptação funcional, o enfermeiro, promove a continuidade dos cuidados, planeia a alta de acordo com as necessidades do utente e dos recursos disponíveis na comunidade, otimiza as suas capacidades ao fornecer ensino, instrução e treino adequado às necessidades deste. Por último, na organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro, orienta-se por um quadro de referências do exercício da profissão, promovendo a existência de um sistema de melhoria continua, sistema de registos e política de formação continua, a satisfação de outros enfermeiros e de metodologias promotoras de cuidados de qualidade.

Reforçando, na promoção da saúde a capacitação é um conceito importante. Centra-se no potencial que a pessoa tem para desenvolver capacidades de controlo e determinação, através do desenvolvimento de competências, da autoestima e autoeficácia (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). A capacitação da mulher grávida é determinada pelos conhecimentos adquiridos e experiências vividas ou partilhadas, conferindo assim à mulher autonomia, competência e poder para realizar escolhas que por sua vez influenciam a sua saúde. A capacitação para o parto e para a maternidade, demonstrada através da independência, autoeficácia e poder de decisão da mulher grávida, parece ser influenciada por fatores demográficos, obstétricos e do foro psicossocial (Silva et al., 2015). Torna-se essencial o conhecimento destes fatores que influenciam a capacitação da mulher grávida, por forma a desenvolver programas de educação em saúde que respondam melhor às suas necessidades, levando a uma transição para a maternidade mais tranquila e harmoniosa.

Não se pode falar de programas de educação para a saúde e promoção da saúde sem referenciar Aaron Antonovsky. Este autor apresenta um paradigma orientado para as condições e fatores que favorecem a saúde - modelo salutogénico (Martins, 2005). É um modelo que reforça a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu

ambiente, e defende que as pessoas devem reforçar o seu sentido de coerência, isto é, de adquirirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Antonovsky, 1987 citado por Carrondo, 2006). Neste sentido, a intervenção da enfermagem deve ter em vista a capacitação dos cidadãos, para que estes desenvolvam o seu sentido de coerência. As estratégias a desenvolver devem promover os fatores individuais, sociais e culturais: inteligência, educação, estratégias de ‘coping’, suporte social, capacidade financeira e estabilidade cultural (Bengel et al.,1999 citados por Carrondo, 2006).

Um aumento da literacia em saúde materna é crucial, Ferreira (2013, p.38) refere que a literacia está relacionada com “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos “. De acordo com Khorasani, Peyman e Esmaily (2018) o estado de saúde de uma mulher e o seu nível de conhecimento sobre saúde durante as fases pré-concepcional, gravidez e pós-parto afetam diretamente a sua gravidez e a saúde do seu filho. Também a OMS define a literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS,2019)

A literacia em saúde é considerada pela DGS uma das suas principais prioridades, sendo reflexo disso, a elaboração em 2019 do *Manual de boas práticas literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde*. Segundo Graça Freitas (DGS, 2019) níveis de Literacia em Saúde elevados possibilitam à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde. Em contrapartida baixos níveis de Literacia em Saúde estão associados a uma maior utilização dos serviços de saúde, com uma menor prevalência de atitudes preventivas, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida.

Sendo a gravidez uma fase da vida das mulheres em que estas estão altamente recetivas a intervenções para a mudança de comportamentos de saúde, os CPNP ou pós-parto

são oportunidades excelentes para aumentar a Literacia em Saúde das mães e respetivas famílias.

O EEESMO tem o dever de informar e capacitar a mulher grávida, permitindo criar oportunidades para que esta se sinta mais competente, independente, autoconfiante e seja capaz de encontrar a resolução para as suas necessidades (Pereira et al., 2011). A literacia em saúde contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde.

Relacionada com as mudanças que envolve a gravidez estão também adaptações e transições no contexto pessoal, psicológico e social. Segundo Meleis (2012), a transição de uma situação não parental para parental visa mudanças pessoais e interpessoais, assim como o ajuste de pequenos sistemas que no seu conjunto vão contribuir para receber um novo membro na família. Por vezes, estas adaptações podem decorrer de forma não saudável, sobretudo quando não são planeadas ou desejadas. No contexto da gravidez, o casal pode experienciar transições de saúde-doença. No entanto, não sendo a gravidez uma doença acreditamos que estas transições poderão decorrer de modo fisiológico, não esperando mudanças não saudáveis neste âmbito. Para compreender as experiências vivenciadas durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais (significados, crenças, cultura, status económico, conhecimento), da comunidade e sociedade (existência de apoio familiar e social, recursos instrumentais, representação social, estereótipos), os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que a mulher grávida/casal alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação de sua identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que se pode dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos. De acordo com Meleis (2012) os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado a redes sociais de apoio, como a família, amigos, e/ou

profissionais de saúde; o interagir com pessoas na mesma situação, neste caso com outras grávidas ou profissionais de saúde com objetivo de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios; e o desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação. Os indicadores de resultado referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos definem um processo de transição saudável. Ainda segundo o mesmo autor (2012), a fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspectiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar. Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os utilizem na sua prática. Com um cuidar de acordo com as necessidades reais do utente conseguem alcançar um completo bem-estar, facilitando a reformulação da identidade e a mudança de comportamentos.

Muitas mulheres quando engravidam, continuam sem realizar AF, apesar de esta ser benéfica para si e para o feto. O EEESMO que, segundo o seu Regulamento das Competências Específicas (OE, 2019), assume a responsabilidade pelo cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, deve assumir um papel de promotor de hábitos de vida saudáveis, onde se inclui a prática de AF. Deve considerar esta etapa da vida da mulher como uma oportunidade para identificar e modificar hábitos de vida pouco saudáveis e, como é referido no PNVGBR “esclarecer acerca da importância do exercício físico ao longo da gravidez” e “aconselhar sobre atividade física” (DGS, 2015).

Em relação ao tema escolhido – a prática de AF durante a gravidez de baixo risco -, existem já vários estudos que demonstram existir claros benefícios para a mulher grávida e feto (ACOG, 2015), nomeadamente a melhoria da condição músculo-esquelética, restrição de ganho de peso sem compromisso do crescimento fetal, recuperação mais célere no pós-parto e um maior bem-estar psicológico (Artal & O'Toole, 2003).

Como é referido no PNS extensão a 2020, os ganhos em saúde remetem-nos para os resultados positivos em saúde. Estes são importantes considerar no processo de melhoria da qualidade dos cuidados e podem ser traduzidos em indicadores mensuráveis, como é o exemplo da diminuição de episódios de doença ou redução do seu tempo de duração, diminuição de situações de incapacidade temporária, aumento da funcionalidade física e psicossocial e a melhoria da qualidade de vida (DGS, 2012).

A definição de enfermagem não é estática, vai-se modificando, depende em grande parte, das intervenções realizadas por outros profissionais de saúde (Tomey, 2003). O enfermeiro trabalha no seio da equipa multidisciplinar de forma interdependente. Os enfermeiros e outros membros da equipa ajudam-se mutuamente para o mesmo plano de cuidados, no entanto, cada profissional de saúde desempenha a tarefa que lhe está destinada. O EEESMO, como membro da equipa de saúde e parceiro de cuidados à mulher grávida, deve reconhecer que a mesma possui vontades, desejos e necessidades. Assim, o período pré-natal é fundamental para ensinar e transmitir informações com as

melhores evidências científicas para que o processo de tomada de decisão seja livre e verdadeiro, favorecendo o seu empoderamento (Jardim, Silva, & Fonseca, 2017) e capacitando a pessoa a participar, negociar, influenciar e controlar tudo o que diz respeito à sua vida. Acrescentar mais benefícios, tal como: potenciar a autoeficácia e autoestima, aumentar a sensação de controlo, aumentar o conhecimento e permitir a mudança de comportamentos, com impacto positivo na saúde e bem-estar da pessoa (Woodal, Raine, South, & Warwick-Booth, 2010).

Este processo exige intervenções de carácter educativo, de forma a proporcionar confiança na relação entre EEESMO/mulher grávida, tornando-a mais harmoniosa e favorecendo o protagonismo da mulher (Jardim, Silva, & Fonseca, 2017).

A participação das mulheres na tomada de decisão deve ser promovida pelo EEESMO durante as sessões de preparação para o nascimento e parentalidade e nas consultas de saúde materna, garantindo que sejam proactivas neste processo (Couto & Carneiro, 2017). Os CPNP são constituídos por sessões a grupos de casais (grávida e pessoa significativa), onde estes podem esclarecer as suas dúvidas e partilhar ideias e experiências. Com objetivo de “capacitar a mulher/casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e saudável” (Pereira, 2016, p. 153). O EEESMO tem assim um papel essencial na implementação destes cursos, uma vez que apenas este tem competências e pode ministrar os CPNP, a contribuição de outros profissionais nestes cursos, em parceria com os EEESMO pode ser uma mais-valia, de acordo com o mencionado pela Mesa do Colégio da especialidade.

Em Portugal, os CPNP surgiram com a função de reduzir a ansiedade e a dor associado ao momento do parto, existindo como um direito legalmente estabelecido segundo a Lei nº 142/99 de 31 de agosto. Inovações têm sido notadas no decorrer do trabalho de parto, há como uma procura do “Renascimento do Parto” como afirmou Figueiredo, no 5º Congresso Internacional da APEO em 2016, corroborado por Balaskas (2017) ao afirmar que ocorreu uma revolução global, com o respeito pela fisiologia normal do processo de parto, conduzindo a novas práticas, como sejam, a utilização de posições verticais, a mobilidade entre outras medidas não farmacológicas.

As necessidades da mulher atual não são as mesmas de há 20 anos. É importante que se atualizem conteúdos e que se tenha uma abordagem multidisciplinar e individualizada. Este comportamento acarreta inúmeras vantagens para a mulher e pessoa significativa. A mulher com mais conhecimentos acerca da gravidez, do trabalho de parto e parto sente-se mais confiante, mais proactiva, desfruta de um parto menos doloroso, com menor probabilidade de um parto instrumentado ou cesariana e necessita de menos medicação (Pereira, 2016).

Segundo Apolinário e Figueiredo (2016), na perspetiva do profissional a preocupação crescente está na procura do equilíbrio entre a qualidade e segurança dos cuidados. Procuram-se novos conhecimentos e técnicas, integrando fatores culturais, assim como a vontade da mulher/casal/família em participar mais ativamente na gravidez e no parto. Torna-se necessário reorientar as práticas tradicionais da preparação para o parto, onde a consciencialização pela mulher grávida do seu corpo, torna particular relevo.

Deste modo, sobre o tema em estudo, torna-se fundamental que todos os profissionais de saúde, mas em especial o EEESMO, esteja preparado para o aconselhamento da AF adequada, desempenhando um papel integrativo na promoção de AF pré-natal (Lindqvist, Persson & Mogren, 2018).

4 – METODOLOGIA

A metodologia é o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objetivos de um trabalho de investigação. É composta por um conjunto de atividades sistemáticas e racionais para percorrer e alcançar os objetivos pretendidos. Constitui uma fase essencial no processo de investigação, permitindo ao investigador personalizar todo o seu estudo, respondendo às questões formuladas.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista a natureza dos objetivos do estudo, a abordagem qualitativa da pesquisa é a que mais se adapta ao objeto proposto, pois, segundo Streubert e Carpenter (2013) a investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e de que forma dá sentido à vida. Permite múltiplas interpretações da mesma realidade. A interpretação de cada indivíduo é baseada no que percebe como sendo a realidade, construída ao longo da vida, onde recebe-processa e interpreta a informação, no compromisso da interação.

Trata-se de um estudo descritivo na medida em que pretende identificar, descrever e analisar os contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para a AF. Tal como Fortin (2009) defende, a investigação qualitativa analisa fenómenos e procura a sua compreensão de um modo alargado com intuito de elaborar teorias. Considerado também um estudo exploratório uma vez que o tema é pouco explorado, desconhecendo-se a existência estudos relacionados com o tema, segundo o mesmo autor este procura descrever ou caracterizar um fenómeno com intuito de o conhecer melhor.

Neste estudo recorreu-se à utilização de duas abordagens de pesquisa. A revisão sistemática da literatura (RSL) que permitiu conhecer as evidências científicas mais recentes em relação ao tema em estudo, diagnosticar potenciais problemas e perspetivar novas hipóteses de investigação, abrindo assim caminho para a descoberta

de novas áreas de possível intervenção. O facto de ser um assunto sem estudos na realidade portuguesa, a investigadora decidiu aplicar uma outra metodologia de carácter exploratório – descritivo através de um *focus group*. Com o objetivo de conhecer a visibilidade de intervenção dos EEESMO nas várias Unidades de Saúde, no contexto atual e nacional.

A investigação qualitativa oferece oportunidades de estudo que vão além dos números, focaliza a realidade que não pode ser quantificada e visa aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Interessa-se pela maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas. Caminha para o universo de significações, motivos, fenómenos, atitudes, aspirações, crenças e valores que não são quantificáveis. O uso de uma metodologia qualitativa possibilita uma abordagem holística dos fenómenos humanos, explorando a riqueza e complexidade que os caracteriza. Tem como principal objetivo descobrir novos factos que ajudam à compreensão dos fenómenos (Fortin, 2009).

Nos capítulos seguintes serão detalhadas as abordagens metodológicas seguidas.

4.2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Foi eleito como método de pesquisa a RSL, uma vez que “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão” (Mendes et al., 2008, p.759), permitindo, desta forma, conhecer a evidência científica mais recente. Corroborando Booth, Sutton e Papaioannou (2016) afirmam que a utilização da RSL, permite "fazer um balanço" e ter a fotografia do conhecimento produzido até ao momento, identificar oportunidade ainda não exploradas e realizar um projeto de investigação inovador, em síntese possibilita conhecer o “estado de arte”. Por outro lado, permite verificar uma hipótese específica, de modo a selecionar ferramentas ou instrumentos que são úteis para conduzir a investigação e ainda conhecer lacunas nos estudos, indicar tópicos inexplorados ou ajudar a formular questões de investigação.

Segundo Barroso e Amendoeira (2018) a RSL constitui-se na atualidade como um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência (científica), que em associação com a experiência profissional e o valor atribuído à centralidade da pessoa quanto às suas preferências e valores, permite sustentar uma prática baseada na evidência (PBE).

Esta abordagem requer uma sequência de etapas cuja metodologia é claramente explicitada no protocolo de pesquisa (ANEXO II) com técnicas padronizadas e passíveis de reprodução, sendo uma das metodologias mais seguidas, aplicadas à evidência em enfermagem. De acordo com o mesmo autor, este protocolo pré-define os objetivos e métodos de pesquisa o que permite a transparência do processo, permitindo perceber como as conclusões e recomendações foram alcançadas. Foi seguida a orientação do *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014* (JBI, 2014).

Como ponto de partida para a RSL foi formulada a seguinte questão de pesquisa:

"Quais os Contributos do EEESMO (P) na Capacitação (I) da mulher Grávida para a Atividade Física (O)? " (formato PI[C]O).

A partir da questão formulada, definiram-se os seguintes objetivos da RSL:

- Identificar os conhecimentos do EEESMO relativo à prática de atividade física para a grávida;
- Conhecer as estratégias que o EEESMO utiliza para capacitar a mulher grávida para a AF.

Para a formulação da pergunta foram definidos os critérios apresentados no quadro 5:

Quadro 5 – Critérios para a formulação da questão de investigação

				Descritores
P	PARTICIPANTES	Quem foi estudado?	EEESMO	Midwives Physical activity Pregnant Empowerment
I	INTERVENÇÕES	O que foi feito?	PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO	
C	COMPARAÇÕES	Pode existir ou não	-----	
O	OUTCOMES	Resultados/Efeitos/Consequências	CAPACITAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA AF	

Para ir ao encontro do objetivo procedeu-se à pesquisa de artigos nas bases de dados da plataforma EBSCOhost: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MedicLatina e também na Pubmed e Web of Science.

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (Quadro 6):

QUADRO 6 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Humano; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF.
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos
MedicLatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Booleano/frase.
Pubmed	Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos
Web of Science	Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta

Foram pesquisados artigos científicos, publicados entre 2014.01.01 e 2019.01.01 em texto integral, usando as seguintes palavras-chave, na sequência apresentada: Midwives AND Physical Activity AND Pregnant AND Empowerment.

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma Mesh Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 10 de setembro de 2019.

De modo a limitar a pesquisa da evidência científica apenas à questão delineada, foram definidos critérios de inclusão. Foram incluídos estudos cujas participantes fossem mulheres grávidas adultas de baixo risco; artigos de investigação que incluíssem as palavras-chave; artigos de investigação publicados nos últimos 5 anos (janeiro 2014 a janeiro de 2019) de modo a obter evidência atual; e artigos de investigação redigidos em Português e Inglês. Foram excluídos os artigos que não respondiam aos critérios de

inclusão, mulheres grávidas adolescentes ou com patologia associada; estudos noutras línguas; estudos sem evidência científica, artigos de investigação duplicados e artigos de investigação que não se enquadravam no tema em estudo após leitura do título.

Inicialmente, a pesquisa efetuou-se com as palavras isoladas e posteriormente a sua conjugação (ANEXO II), obtendo-se com a conjugação das quatro palavras-chave o total de 178 artigos, aos quais foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão definidos.

Após a leitura do título dos artigos foram identificados 19 duplicados, após leitura do título e do resumo dos artigos obtiveram-se 11 artigos. Estes foram lidos na íntegra e considerando os critérios de inclusão/exclusão, selecionaram-se 5 (Quadro 7), que constituem um dos pilares para a elaboração da análise reflexiva e respetivas conclusões. Tratando-se de artigos com estudos qualitativos com grau de evidência 3, (ANEXO IV) foram submetidos a análise de qualidade metodológica, recorrendo a instrumentos construídos e adaptados segundo as indicações do The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 (JBI, 2014).

Seguindo o protocolo passamos à etapa seguinte com a elaboração do PRISMA 2009 Flowchart (Figura 1)



PRISMA 2009 Flow Diagram

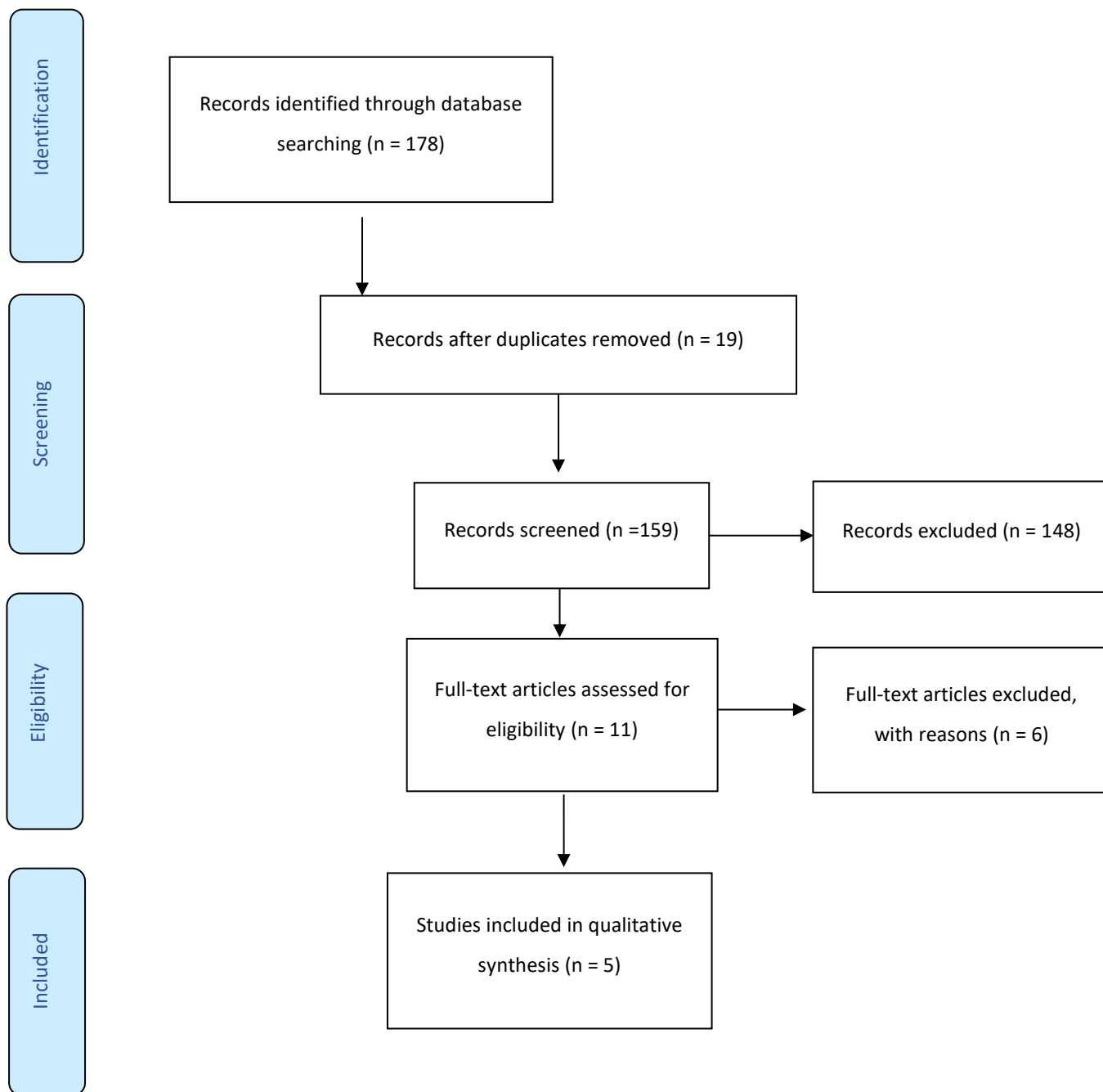


Figura 1 – PRISMA

(Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institut))

Quadro 7 - Síntese dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
<p>“An on-going individual adjustment”: a qualitative study of midwives’ experience counselling pregnant women on Physical activity in Sweden.</p>	<p>M. Lindqvist; M. Persson; I. Mogren; E. Eurenus; K. Edvardsson 2014 / Suécia</p>	<p>Perceber o tipo de aconselhamento que as parteiras suecas realizam às grávidas relativamente à AF, focalizando especificamente os fatores facilitadores e barreiras existentes.</p>	<p>Avaliação qualitativa, exploratória e descritiva 8 discussões Grupos Focais a 41 parteiras que trabalham em clínicas de cuidados pré-natais (ACN) nas áreas geográficas selecionadas. Realizadas entre setembro de 2013 e janeiro de 2014. A amostra intencional teve em conta uma variedade de idade, experiência de trabalho como parteira, número de anos de emprego em um ACN e localização geográfica. O guia de entrevista foi desenvolvido com base em ideias da literatura atual, bem como sobre as experiências de trabalho dos autores, como os seguintes temas: Aconselhamento sobre atividade física em geral Barreiras e facilitadores para atividade física Aconselhamento de mulheres suecas nativas Aconselhar mulheres imigrantes Significado da forma do próprio corpo da parteira Importância do estilo de vida da parteira As entrevistas foram gravadas digitalmente transcritas e analisadas usando análise de conteúdo manifesto e latente Resultados: emerge o tema principal - “Um ajuste individual contínuo” e três categorias: “Aconselhamento como desafio”; “Aconselhar como andar o gelo fino” e “Aconselhamento como uma oportunidade”. A apresentação dos resultados foi estruturada com um resumo inicial de cada categoria, seguido por uma</p>	<p>O aconselhamento sobre atividade física durante a gravidez pode ser uma tarefa desafiadora para as parteiras, caracterizada por ajustes com base nas necessidades individuais de cada grávida.</p> <p>Alcançar a mudança comportamental desejada em mulheres grávidas muitas vezes requer dar às próprias mulheres um papel central nos cuidados pré-natais; tal abordagem requer um bom relacionamento entre a parteira e as mulheres grávidas</p> <p>Apesar do esforço das parteiras para encontrar soluções individuais para incentivar a AF, é necessário melhorar o aconselhamento, as parteiras sentem necessidade de treino adicional, onde as barreiras organizacionais e financeiras precisam de ser abordadas. Com intuito de promover a motivação da grávida para a AF.</p> <p>Em síntese, os resultados deste estudo têm algumas implicações clínicas, nomeadamente a educação formal adicional e treino em práticas para parteiras. Com intuito de fornecer as ferramentas e estratégias para sua prática diária na promoção de atividades de vida diária saudáveis como a AF.</p>

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
			apresentação subcategorias incluídas. Os achados foram ilustrados usando as devidas cotações.	
To be able to support her, I must feel calm and safe': pregnant women's partners perceptions of professional support during pregnancy	Backstrom C Thorstensson S Martensson LB Rimming R Nyblin Y Golster M 2017 / Suécia	Explorar as percepções dos parceiros das grávidas relativas ao apoio profissional durante a gravidez	<p>Projeto de pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, cujo fenómeno descrito é o suporte profissional</p> <p>O estudo foi realizado em um condado no sudoeste da Suécia; a coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.</p> <p>Foram convidados um total de 38 parceiros, 20 dos quais aceitaram. Usando uma amostragem estratégica, um total de 14 parceiros (pais expectantes e co-mães) foram incluídos no estudo.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: 1) Parceiros de mulheres que esperavam seu primeiro filho com gestações únicas; 2) Pretendem dar à luz no hospital do condado e 3) Ambos entender e falar sueco.</p> <p>A amostragem foi utilizada para garantir a variação em termos de idade, local de residência, o ensino médio e / ou o ensino universitário e o (s) momento (s) de educação que recebiam (somente aula de educação pré-natal, apenas a palestra do hospital, ou ambos). Todos os participantes foram contatados pelo primeiro autor via telefone. Antes do início das entrevistas foram</p>	<p>Os parceiros das gestantes incluídas neste estudo perceberam que o apoio profissional durante a gravidez poderia influenciar o relacionamento do casal.</p> <p>A capacidade dos parceiros de se comunicar e experimentar a união com as mulheres aumentou quando o casal expectante recebeu apoio profissional juntos.</p> <p>O apoio também criou possibilidades de conhecer e compartilhar experiências com outros pais expectantes, o que foi percebido como positivo. Por outro lado, foi constatado que a falta de apoio contribui para os sentimentos de falta de importância dos parceiros.</p> <p>Era essencial que as parceiras incluíssem os parceiros, confirmando que eram indivíduos que tinham necessidades diferentes de vários tipos de apoio profissional.</p> <p>Os parceiros perceberam que era mais fácil absorver as informações quando elas eram adequadas e recebidas com uma pedagogia que fazia os parceiros se interessarem e se envolverem emocionalmente.</p>

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
			<p>informados por escrito sobre a profissão do entrevistador (parteira / estudante de doutorado).</p> <p>Entrevistas semiestruturadas individuais foram realizadas por telefone usando um guia de entrevista composto por perguntas abertas; gravadas em áudio e transcrito textualmente. As perguntas abertas foram as seguintes: "Que tipo de apoio profissional você recebeu para o parto e para os pais?" "Como você percebeu o apoio destinado a você?" Perguntas investigativas como "você poderia explicar mais?" também foram usadas. Duas entrevistas-piloto foram realizadas antes da primeira entrevista.</p> <p>Os resultados do estudo foram apresentados através de quatro categorias descritivas: Capacidade de absorver informação; Possibilidade de conhecer e compartilhar com outros pais expectantes; Confirmação da importância do parceiro; e Influência no relacionamento do casal. Usando uma suposição teórica do relacionamento entre as categorias mostrou que a quarta categoria foi influenciada pelas outras três categorias.</p>	
Midwives understanding of physical activity guidelines	Hopkinson Y; Hill DM. Fellows L; Fryer S 2018 /Reino Unido	Avaliar o atual nível de compreensão do EESMO em relação às diretrizes de AF do NICE e que	Análise qualitativa. Pesquisa eletrônica, 59 parteiras participaram no inquérito on-line composto por 11 perguntas de pesquisa (abertas e fechadas). Os participantes foram	Reconhecemos as sérias consequências para mãe e bebê quando uma mulher é fisicamente inativa durante a gravidez, é necessária uma melhor divulgação das diretrizes atuais junto das parteiras.

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
during pregnancy		orientações dão às grávidas	<p>solicitados a identificar sua compreensão das atuais diretrizes / recomendações do Reino Unido para AF durante a gravidez, incluindo a frequência, intensidade e duração das atividades.</p> <p>Os participantes foram recrutados via média grupos sociais (por exemplo, grupos de obstetrícia no Facebook) usando conveniência e amostragem de bolas de neve.</p> <p>Análise de dados - os dados das 6 perguntas em aberto foram analisados da mesma maneira usando a análise qualitativa de conteúdo, cujos temas identificados foram intensidade, duração e frequência, modo de exercício e comportamentos.</p> <p>Perguntou-se às parteiras o que entendiam serem as diretrizes atuais para AF durante gravidez. Foram identificados os temas como a frequência, intensidade, duração, modo de exercício e comportamento. As respostas foram comparadas com as diretrizes.</p> <p>Após essa análise, apenas 2% das parteiras deste estudo identificou corretamente as diretrizes de para exercícios durante a gravidez, conforme estipulado pelo NICE (2010).</p>	<p>Por sua vez, isso pode ajudar a melhorar a precisão dos conselhos dados às mulheres grávidas. Além disso, melhorar as oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, especificamente relacionadas aos conselhos de parteiras devem ser ativamente encorajados nos cuidados de saúde primários.</p> <p>Verificamos que existe uma discordância entre as diretrizes atuais e o conhecimento dos praticantes, julgando-se prudente garantir o acesso adequado à formação a todos os profissionais. Apenas 2% relataram corretamente a compreensão do atual NICE diretrizes. Como tal, parece haver mais um problema de transferência de conhecimento referente a uma compreensão das diretrizes do NICE</p>
Longing for individual recognition” – Pregnant women’s	M.Lindqvist; M. Persson; I. Mogren	Avaliar quais as abordagens do EEESMO na promoção da saúde com foco especial na	Estudo de abordagem qualitativa com análise de conteúdo. Com entrevistas a 14 grávidas primíparas e/ou múltíparas com 35-36 semanas de gestação	Os resultados indicaram que alguns participantes tiveram aconselhamento limitado, caracterizado por falta de conhecimento, apoio e confiabilidade na parteira.

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
<p>experiences of midwives' counselling on physical activity during pregnancy</p>	<p>2018 / Suécia</p>	<p>AF às grávidas. Que fatores influenciaram a confiança da grávida no aconselhamento realizado pelo EEESMO</p>	<p>Recrutamento de participantes do estudo: As gestantes foram solicitadas a participar do estudo antes do exame ultrassonográfico de rotina, realizado entre 18 e 20 semanas de gestação. Todos os participantes eram clientes de um Hospital Especializado em Saúde Materna (SMHC) de um hospital no norte da Suécia. Durante a coleta de dados, foi reconhecida a necessidade de recrutar mais imigrantes e mulheres para obter a variação nas características de fundo desejadas. Nesse sentido, ocorreu um processo de recrutamento adicional destinado a gestantes obesas ($IMC \geq 30 \text{ kg / m}^2$) e / ou imigrantes. Esse recrutamento resultou em mais seis participantes, resultando em 14 participantes no estudo. Todos os participantes eram casados ou em coabitação, e seu nível educacional era igualmente distribuído entre a universidade e o ensino médio.</p> <p>Guia de entrevista temática foi criado pelos autores que correspondiam aos objetivos do estudo, foi testado em uma entrevista piloto e resultou em pequenas revisões do guia. Foram incluídos os seguintes temas: experiências de aconselhamento de parteiras sobre hábitos de vida e mudança de estilo de vida em geral e atividade física em particular, o significado do aconselhamento de estilo de vida em geral e a confiabilidade da parteira em relação ao aconselhamento.</p> <p>Com o objetivo de reunir o máximo de informações e experiências possíveis da presente gravidez, as</p>	<p>Outros participantes relataram incentivo e apoio valiosos da parteira.</p> <p>Os participantes ansiavam pelo reconhecimento individual em vez de receber conselhos gerais sobre atividade física, projetados para todas as mulheres grávidas. Assim, o aconselhamento individual sobre atividade física durante a gravidez, com base nas necessidades individuais da participante, era desejado.</p> <p>Pelo contrário, os participantes podiam experimentar a parteira como tendo sua própria agenda, conhecimento insuficiente e principalmente focada na vigilância médica.</p> <p>Há uma necessidade de maior nível de conhecimento entre as parteiras no pré-natal, sobre estilo de vida e mudança de estilo de vida durante a gravidez. Isso pode melhorar a promoção de um estilo de vida saudável para a mulher grávida durante o aconselhamento.</p>

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
			gestantes foram entrevistadas entre 35 e 36 semanas de gestação. Decorreu no período de janeiro de 2015 a agosto de 2015. Os participantes determinaram o local para as entrevistas em profundidade. Nove participantes solicitaram a entrevista em suas casas e cinco escolheram um local privado no hospital	
Pregnant Women's Perceptions of Patient-Provider Communication for Health Behavior Change during Pregnancy	Leiferman, J. Sinatra, E. Huberty, J. 2017 / USA	Examinar percepções sobre a comunicação, mudança de comportamento em saúde. Determinar tipo de comunicação facilita ou impede o envolvimento do paciente e a adesão a certos comportamentos de saúde.	<p>Estudo qualitativo, com 3 focus group num total 24 grávidas.</p> <p>Para participar no grupo focal elegeram mulheres grávidas, falantes de inglês e com idades entre 18 e 46 anos. Os participantes foram recrutados em clínicas locais de obstetrícia e obstetrícia. Foram examinadas 70 mulheres, das quais 24 participaram de um grupo focal. Três grupos focais foram realizados com uma média de 8 participantes por grupo.</p> <p>As perguntas foram intencionalmente planejadas para serem interpretadas de maneira ampla, para que os participantes não fossem orientados em suas respostas. Por exemplo, "O que tornou mais fácil conversar com seu médico sobre alimentação saudável e ganho de peso saudável?" Perguntas mais direcionadas foram incluídas, em caso de necessidade.</p> <p>Os dados foram transcritos na íntegra e analisados quanto a temas e padrões.</p>	<p>Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel significativo na retransmissão de informações corretas sobre a atividade física pré-natal a seus pacientes. Infelizmente, quase 50% dos profissionais de saúde desconhecem as diretrizes recomendadas para atividade física ou não discutem as diretrizes com seus pacientes. Isso é consistente com os achados de que muitas mulheres grávidas relataram receber pouca informação sobre atividade física de seus profissionais de saúde e, se o fizeram, a informação era frequentemente inconsistente.</p> <p>Muitas das grávidas não recebiam informações suficientes e procuraram on-line de várias fontes. Expressaram a necessidade de recursos disponíveis que fossem credíveis e referenciados pelos seus profissionais de saúde.</p> <p>Um dos principais facilitadores da mudança de comportamento referido foi a construção de uma relação de confiança e empatia</p>

Identificação do artigo	Autor Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusões
			<p>Os métodos para aumentar a confiabilidade incluem engajamento prolongado, observação persistente, uma trilha de auditoria, verificações informais de membros e triangulação. A triangulação envolveu reuniões da equipe de pesquisa para revisar a gama de dados, examinar dados contraditórios e considerar a possibilidade de significado simbólico ou desejabilidade social subjacente a aparentes discrepâncias. Os memorandos mantidos durante toda a experiência de trabalho de campo documentaram decisões sobre amostragem, categorização, formulação de modelo e similares.</p> <p>Temas gerais surgiram a partir dos dados em todos os comportamentos de saúde (por exemplo, atividade física, alimentação saudável / peso saudável, ganho, controle do estresse e cessação do tabagismo). Isso inclui práticas atuais, barreiras, facilitadores e recomendações</p>	

De acordo com os objetivos da RSL, os artigos foram analisados e as intervenções sintetizadas de forma a identificar os conhecimentos e as estratégias do EEESMO relativo à capacitação da grávida para a atividade física;

Essas intervenções são:

- A valorização da AF para a grávida, da relação de confiança e empatia entre a grávida e pessoa significativa e os profissionais de saúde, assim como a partilha de experiências;
- A importância do EEESMO na educação pré-natal;
- Aumento de tempo disponível dos profissionais; com uma abordagem mais proactiva e humanizada;
- A necessidade de formação continua e atualização de conhecimentos dos EEESMO por apresentarem défice de conhecimentos que permita uma abordagem segura;
- As barreiras organizacionais, institucionais e financeiras;

A discussão das evidências será integrada na discussão dos resultados dos dois métodos no capítulo 5.

4.3 – FOCUS GROUP

Em relação ao *focus group* também designado como grupo de discussão, é uma técnica que visa a recolha de dados, podendo ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação. Morgan (2010), define *focus group* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador. Segundo o mesmo autor, comporta três componentes essenciais: os *focus group* são um método de investigação dirigido à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados; e, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados. Krueger e Casey (2009), evidenciam também a focalização da discussão num dado assunto, o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse e o facto dos participantes que os compõem terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão.

As vantagens sistematizadas por Stewart et al. (2007) do *focus group* face a outros métodos de investigação, salienta o facto de este permitir fornecer dados de um grupo muito mais rapidamente e com menores custos do que se essa informação tivesse sido obtida a partir de entrevistas individuais e a sua flexibilidade, podendo ser usados para a análise de um leque alargado de tópicos com uma variedade de indivíduos e de contextos.

Segundo Krueger e Casey (2009) e Morgan (2010), a implementação de um processo de *focus group* pressupõe cinco fases - planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados- das quais segue uma breve apresentação.

O planeamento começa por alicerçar-se nos objetivos do próprio projeto de investigação. Como destacam diversos autores (Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1998; Stewart et al., 2007), a definição clara dos objetivos do estudo é um elemento essencial no planeamento de todo o projeto, dado que muitas das decisões subsequentes dependerão do(s) objetivo(s) que se pretenda(m) alcançar.

Como refere Morgan (1998) um dos aspetos diretamente relacionados com os objetivos do estudo relaciona-se com o grau de estruturação dos *focus group*, revelando-se este no guião da entrevista, o qual contou com os contributos da RSL na sua construção (ANEXO III) e no papel adotado pelo moderador. O guião de entrevista foi construído tendo como finalidades identificar os conhecimentos do EEESMO relativo à prática de atividade física para a grávida; conhecer as estratégias que o EEESMO utiliza para capacitar a mulher grávida para a AF. Do mesmo emergiram 5 temas:

1. Perspetivas relativa à Importância da AF para a mulher grávida;
2. Perceção das competências do EEESMO durante a vigilância pré-natal na capacitação da grávida;
3. Perceção sobre os cuidados prestados referentes à capacitação da mulher grávida para a AF;
4. Conhecer as experiências e/ou estratégias utilizadas na promoção da AF;
5. Limites de atuação e obstáculos considerados;

Outros aspetos que importa considerar na fase do planeamento estão relacionados com a composição e o número de grupos. Em relação à composição do grupo os participantes que o constituem devem ser os mais adequados face aos propósitos do projeto. Ainda segundo Morgan (1998), importa ter em conta as características ou interesses que os participantes tenham em comum, assim grupo foi composto por EEESMO. O tamanho dos grupos pode oscilar entre quatro e doze participantes, Morgan (1998) sublinha que na maioria dos casos, seis participantes podem ser considerados um grupo relativamente pequeno e um grupo de dez participantes relativamente grande. O focus grupo teve 6 participantes e considerando os resultados pareceu ser número aceitável.

Na segunda fase da realização do *focus group*, a *preparação*, foram considerados o recrutamento dos participantes e as condições logísticas de realização do *focus grupo* como a escolha do local. A amostra foi constituída por EEESMO que desenvolvem o CPNP nas UCC e EEESMO que ministram consultas de saúde maternas em diferentes Unidades (UCSP e USF).

O processo de amostragem teve por base, uma amostra não probabilística, por conveniência na medida em que os sujeitos do estudo foram selecionados em função da sua atividade profissional no local, num determinado momento (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão na amostra foram:

- EEESMO que desenvolvem Curso de Preparação para o Nascimento e/ou consultas de Saúde Materna nas Unidades de Saúde;

O local definido foi a Escola Superior de Saúde de Santarém, por ser um local conhecido e de fácil acesso a todos os participantes e a data o dia 7 de fevereiro de 2020. Indo ao encontro do que os diferentes autores referem quanto à escolha do local para a realização do *focus group*, a recomendação geral é a de que este seja acessível, assegure conforto aos participantes bem como a confidencialidade da informação gerada (McParland & Flowers, 2012; Morgan, 2010; Stewart et al., 2007).

Para além da familiaridade com o tópico, procurou-se criar um ambiente confortável que facilitasse a participação, referida como uma das questões básicas a considerar na composição dos grupos (Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1998). Sala confortável, com

ambiente aquecido, as cadeiras em círculo, formato que proporciona contato visual entre todos os presentes, favorecendo o debate coletivo.

A fase seguinte do processo é a moderação, podendo a sua duração ir até às duas horas e meia (Stewart et al., 2007), embora, em média, se situe nos 90 minutos (Morgan, 1998), tal como aconteceu neste focus group. O acolhimento dos participantes contou com sala organizada e aquecida, dispunha de uma mesa composta com fruta, comida e bebidas. Após a apresentação, explicação do estudo seguiu-se o preenchimento dos consentimentos informados. As intervenções do moderador constituem-se num elemento chave nesta fase (Kueger & Casey, 2009; Stewart et al., 2007) e, nesse sentido, as competências de moderação e de dinâmica de grupo que este possua representam elementos críticos do ponto de vista do seu sucesso. Como sublinham Krueger e Casey (2009), a intenção do *focus group* é a de promover autorrevelação entre os participantes havendo condições para alcançar tal propósito quando os participantes se sentem confortáveis, respeitados e livres para darem a sua opinião; o papel do moderador não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação no trilho e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar.

Para aumentar a eficácia deste processo, procurou-se ir ao encontro do que é referido pelos mesmos autores que defendem uma “equipa de moderadores”: um moderador, que teria como principal missão a condução e a manutenção da discussão e um auxiliar de moderação, cujas principais tarefas seriam a gestão do equipamento de gravação, estar atento às condições logísticas e do ambiente físico, dar resposta a interrupções inesperadas e registar algumas notas sobre a discussão do grupo.

Após recolhida a informação, segue-se a *quarta fase* do processo - *análise dos dados*.

Na investigação qualitativa os dados são para Fortin (1999), a reunião e o resumo, sob a forma narrativa. Segundo P. Henry e S. Moscovici (1968) in Bardin (2016, p.38) “(...) tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Para a melhor compreensão dos dados obtidos optámos pela técnica de análise do conteúdo segundo Bardin (2016), que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Esta técnica é, para

esta autora, um conjunto de estratégias de análise das comunicações com o objetivo geral de observar a influência do modo de produção dos objetos quotidianos sobre a relação com esses objetos. Começa com a audição das descrições verbais dos participantes e continua com a leitura e releitura das transcrições onde se podem identificar e extrair declarações significativas. (Streubert e Carpenter, 2010).

A transcrição das intervenções dos participantes do grupo de discussão focalizada foi o mais fiel possível, procurando respeitar a linguagem original, as pausas e repetições, tendo obtido, um corpus de análise que corresponde a 17 páginas transcritas A4.

Seguidamente classificaram-se os dados através da leitura exaustiva do texto com o objetivo de reunir as ideias principais expressas pelos sujeitos, constituindo assim, o corpus de análise da entrevista. Segundo Bardin (2016) o documento que vai ser submetido ao processo analítico constitui o corpus de análise. O mesmo autor (2016, p.133) afirma *“tratar o material é codificá-lo”*. Deste modo, tal como afirma Hoslti (1969) citado em Bardin (2016, p.134) *“a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, os quais permite, uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”*

Foram extraídos excertos dos vários depoimentos, a partir dos temas identificados, que constituíram as unidades de registo. Segundo Bardin (2016) a unidade de registo é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade base, suporte para a construção das categorias deste estudo.

A unidade de contexto é definida para Bardin (2106, p.137) como *“unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”*.

Também é neste momento que se pode determinar as regras de enumeração, envolvendo a relação entre as unidades de registo, como a contagem, intensidade, frequência, entre outras. Não tendo sido considerada nesta análise uma vez interessa o conteúdo das exposições e não o número de vezes referido.

Após a definição das unidades de análise procedeu-se à categorização. De acordo com o mesmo autor, as categorias são rubricas ou classes que reúnem várias unidades de registo sob um título genérico, este agrupamento é realizado tendo em conta as características comuns desses elementos. A enunciação dessas categorias segue os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da produtividade (para as inferências) e da objetividade (compreensão e clareza).

Este reagrupamento foi feito através de um método misto que engloba o dedutivo-indutivo, ou seja, tal como Dellagnelo e Silva (2005) referem este pode acontecer à priori, por dedução, a partir de um quadro operacional fixo, que nesta situação foi o uso do guião de entrevista. Permitem a formulação de um sistema de categorias e o que importa é a deteção da presença ou ausência dessas categorias no corpus. Contudo procedimentos de pesquisa, permitiram encontrar ligações entre as diversas variáveis, método indutivo, as categorias vão surgindo e sendo reorganizadas durante a análise de conteúdo. Categorização posteriori em que não existe nenhum pressuposto teórico que oriente a sua elaboração.

Neste sentido a categorização utilizada resultou da combinação de ambos os métodos, articulou-se os aspetos integrados, à priori resultantes do enquadramento teórico com o conteúdo das respostas obtidas na entrevista. Permitindo que estes fossem aprimorados, definidos e redefinidos durante a análise de conteúdo. Procedeu-se à construção de uma grelha de análise (Quadro 8).

Quadro 8 – Grelha de Análise

Tema	Categoria	Subcategoria
Perspetiva do EEESMO relativa à Importância da atividade física para a mulher grávida;	Atribuindo importância à AF na gravidez	Importância da AF Desconhecimento existente Necessidades atuais Necessidade de desmistificação
Perceção das competências do EEESMO durante a vigilância pré-natal na capacitação da grávida;	Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva	Fonte informação Incentivo à prática Confiança e segurança profissional Adaptando à necessidade
Perceção sobre os cuidados prestados pelo EEESMO referentes à capacitação da mulher grávida para a atividade física;	Atribuindo importância à saúde pré-natal	Importância da consulta pré - concecional Foco na Saúde Escolar Investigação e atualização conhecimentos
Conhecer as experiências e/ou estratégias utilizadas pelo EEESMO na promoção da AF;	Perspetivando um nascimento saudável	Trabalho multidisciplinar Formação de parcerias Motivações profissionais Formação contínua – Partilha Novas políticas de saúde Uniformização de procedimentos Introdução nos currículos escolares dos cursos superiores a vertente AF
Limites de atuação e obstáculos considerados pelos EEESMO	Vivenciando obstáculos e barreiras	Políticas de saúde Falta de formação na área Trabalho em equipa ineficaz Falta de articulação CSP e cuidados de saúde diferenciados Défice literacia em saúde

A partir dos 5 temas foram identificadas cinco categorias, resultado do processo descrito de análise de conteúdo de acordo com Bardin, que representam os contributos do EEESMO para a capacitação da grávida para a AF. Sobressaem alguns conhecimentos que possuíam, de que forma a assistência de saúde pré-natal pode facilitar a transmissão

de conhecimentos e que estratégias adotaram com vista à capacitação da grávida para a AF. Emergem assim as categorias:

- A. Atribuindo importância à AF na gravidez
- B. Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva
- C. Atribuindo importância à saúde pré-natal
- D. Perspetivando um nascimento saudável
- E. Vivenciando obstáculos e barreiras

Será analisada cada categoria, a exposição do sistema de codificação será acompanhada pelos exemplos das unidades de dados que sustentaram a codificação. Durante a construção da matriz de análise utilizaram-se alguns códigos ou símbolos linguísticos, nomeadamente:

Unidades de registo de campo apresentam-se em itálico

Texto simples – entrevistado

Texto a negrito – moderador

L- Linha da qual foram retiradas as frases significativas

VF1, VF2, VF3; VF4; VF5; VF6 – código de identificação de cada entrevistado

M - Moderador

Os resultados da matriz de análise constam no ANEXO IX.

A quinta e última fase do processo de implementação do *focus group* procura a *divulgação dos resultados*, geralmente sob a forma de relatório escrito, contudo neste estudo a discussão das evidências será integrada na discussão dos resultados dos 2 métodos no capítulo 5

4.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Realizar um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo, neste caso um estudo com abordagem qualitativa, seja sólido do ponto de vista ético e moral. Os direitos humanos necessitam de ser sempre assegurados, particularmente no que concerne à confidencialidade e à vida privada dos participantes, à relação de proximidade existente entre o investigador e os participantes, o que requer um verdadeiro sentimento de responsabilidade, honestidade e respeito pelos princípios éticos (Fortin, 2009).

Nas investigações científicas emerge assim, a necessidade de atender aos seguintes princípios: obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pelos grupos vulneráveis; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes devendo estes serem reduzidos e as vantagens otimizadas (Fortin, 2009).

Para a presente investigação, dado a existência de uma Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, foi solicitada a autorização para a realização do estudo (Anexo V), com parecer favorável a 1 de março de 2020 (Anexo VII). O grupo de participantes foi voluntário e todos procederam à assinatura do documento de consentimento livre e informado (Anexo VI), após terem sido informados sobre o propósito, objetivos e metodologia da investigação (Anexo VIII), lhes ter sido fornecido tempo para exporem as suas dúvidas e, lhes ter sido assegurado que os dados colhidos seriam usados exclusivamente para o estudo. Todos os dados referentes à identificação dos participantes foram omitidos na redação do relatório, tendo sido utilizados códigos de identificação (VF de 1 a 6). Nesse sentido foram garantidos o anonimato e a privacidade, com a exceção do conhecimento da investigadora que interagiu diretamente com todos os entrevistados.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma das especificidades desta investigação está relacionada pela investigadora ser concomitante EEESMO que realiza cursos de preparação para o nascimento, tal como os sujeitos deste estudo. Este facto determinou que a investigadora se assumisse como sujeito ativo e parte integrante do processo, o que se defende, mais que referenciado como obstáculo é entendido como condição e uma mais-valia. Para que tal acontecesse, acrescentou-se um conjunto de procedimentos metodológicos que pudesse garantir que o processo de recolha e de análise de dados não fosse influenciado pelas representações da investigadora. Que foi conseguido através da triangulação de dados, que garante que os dados obtidos são confirmados, ou não, por outros obtidos igualmente no desenvolvimento da investigação. A triangulação caracteriza-se como importante constructo para a pesquisa qualitativa, na medida em que não apenas amplia a perspetiva metodológica, mas também propícia maior profundidade nas análises, resultados mais confiáveis e estudos com maior validade e abrangência.

Minayo (2014) propõe o uso da triangulação para ampliar o intento da pesquisa, tanto na ampliação do universo informacional quanto na análise empreendida em torno de um objeto. Tal como referem Streubert e Carpenter (2013), a finalidade de misturar métodos é fornecer uma compreensão mais holística e melhor do estudo em si. De acordo com os mesmos autores, a triangulação revela as várias dimensões de um fenómeno e ajuda a criar uma descrição mais rigorosa.

Assim e de acordo com a RSL e com o *focus group* realizado, pretende-se sintetizar os resultados incluídos obtidos, por forma a caracterizar e fundamentar as intervenções de enfermagem que permitem a capacitação da grávida para a AF, organizando-se a discussão a partir das categorias da matriz de análise.

Categoria A - Atribuindo importância à AF na gravidez

No início do focus group foi de imediato alusivo por todas as participantes o reconhecimento da **Importância da AF**, procurando as mesmas abordar o tema aquando

das suas consultas e colocar em prática nos CPNP, como podemos ler nos seguintes relatos:

Sim, muito importante, nesse ponto concordamos todas.” (VF1, L22)

“Para a grávida e para qualquer ser humano!” (VF4, L23)

“já o faz deve manter, deve manter o exercício físico, continuar a ter uma AF” (VF3, L 26-27)

“fui pesquisar exercícios que podiam ajudar, (...) e fui adaptando, coisas simples que elas podem fazer em segurança, que não colocam em perigo nada, mas que trabalham coisas que não faziam antes” (VF1, L 178-180)

Resultados bem diferentes foram apresentados no estudo de Lindqvist et al. (2018), onde apenas um pequeno número (24%) de EEESMO identificaram reconhecer o papel positivo do exercício e os benefícios para a mãe e bebé.

No focus group, os EEESMO apesar de confiantes teceram afirmações que evidenciam algum **desconhecimento**, como se pode ler nos seguintes excertos:

“Tem de haver sensibilidade..., a grávida não vai fazer saltos, não vai fazer abdominais, não vai andar na passadeira” (VF4, L66-67)

(...) quando está a transpirar, está a desidratar é para suspender “(VF4,71-76)

“(...) se a pessoa não tem outro meio de desporto eu penso que pode fazer, ciclismo em BTT eu penso que não.” (VF4, L99-100)

Também Hopkinson et al (2018), procuraram perceber qual o conhecimento do EEESMO acerca das recomendações para a prática de AF durante a gravidez. Observaram que há uma confiança excessiva no que se refere ao conhecimento sobre as recomendações para a prática de AF durante a gravidez, verificando que 59% dos EEESMO relatam sentir-se muito confiantes ou confiantes em responder a questões sobre este tema, mas apenas 2% identificaram as corretas orientações e recomendações. O que poderá comprometer uma promoção adequada da AF. De acordo com os mesmos autores, parece haver alguma precaução no aconselhamento pelos EEESMO, podendo associar-se a uma diminuição do mesmo e, em alguns casos, sendo mesmo desaconselhadas a iniciar ou manter a AF. Deste modo, concluíram que há uma discordância entre as orientações e o conhecimento dos EEESMO e que existe algum desconforto na informação transmitida. Verifica-se, assim, que os profissionais de saúde se sentem pouco confiantes no momento de recomendar a AF durante a gravidez, talvez por não conhecerem as recomendações e por não terem experiência para fornecer o

aconselhamento. Comprova no seu estudo a necessidade de disseminação das diretrizes atuais relativas à AF nos CSP. Lindqvist et al. (2014, 2018) corrobora com estas afirmações em ambos os seus estudos, verificando uma necessidade de aumento do nível de conhecimentos entre os EEESMO em relação à promoção do estilo de vida saudável, reconhecendo que estes profissionais devem estar preparados para o aconselhamento da AF adequado, desempenhando um papel integrativo na sua promoção no período pré-natal.

Citado na discussão de grupo que as **necessidades atuais** da grávida são diferentes, como podemos verificar nos seus relatos:

“Foram elas que me desafiaram. Elas próprias querem sair da rotina. (VF4, L412-413)”

“miúdas novas têm outra mentalidade, já todas praticam na maioria desporto (...) perguntam sempre se podem continuar “(VF1, 37-39)

Também Lindqvist et al. (2014) afirmam, há uma mudança comportamental desejada pelas mulheres.

Apesar de valorizarem e de se mostrarem confiantes na recomendação da AF, as participantes sentem défice de conhecimentos que os permita em segurança a sua promoção, capacitando assim a mulher grávida, como se pode constatar no discurso de VF3:

“Eu não tenho esses conhecimentos para saber o que é a adequado, falta-nos conhecimentos.” (VF3-L518-519)

No estudo de Leiferman, Sinatra e Huberty (2017), quase 50% dos EEESMO desconhecem as diretrizes relativas à AF ou não as discutem com as grávidas. A informação transmitida é insuficiente e inconsistente.

Os mitos criados ao longo dos tempos em que a mulher grávida devia ficar resguardada, foram mencionados na discussão de grupo como presentes ainda na época atual. Devendo a **desmistificação** ser feita não só a nível da população em geral, mas também dos profissionais de saúde. Como se pode ler nos seguintes relatos:

“havia muito esta situação do obstetra não recomendar o exercício físico na mulher grávida” (VF1, L34-35)

“importante é desmistificar que a AF não é prejudicial na gravidez, começar sempre por aí. (VF2, L24)”

“Eu lembro no hospital (...) médicas diziam às mulheres que praticavam natação, que tinham de deixar porque a natação não é boa para a gravidez Muitos anos foi dito, e isto perdura. No meu tempo não se podia, portanto não podes...” (VF1 – L384-387)
“desmistificação dos profissionais e dos próprios utentes” (VF1, L 479)

Categoria B - Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva

No *focus group* foi sentida a necessidade de atualização de conhecimentos, pois a mulher exige outro tipo de cuidados, como referiu VF4:

“Exigem outros tipos de cuidados, outro tipo de população que tem outro tipo de práticas, conhecimentos.” (VF4, L203-204)

Na prática do dia a dia procuram consultar as diretivas da DGS e OE, como refere o discurso de VF3:

“O Plano nacional da AF dá essa informação, é divulgado pelas grávidas” (VF3, L 52)
“podemos contribuir para que ela mantenha uma gravidez saudável e continuar a fazer a sua AF” (VF3, L 93-95)

O **Incentivo à prática** é uma constante por parte dos participantes do focus group no podemos verificar no discurso de VF1 e VF2:

“faziam continuam, mas com alguma moderação, não ser exercícios com muito impacto, ir adaptando à situação, se nunca fez ir começando” (VF1, 43-44)
“(...) já faziam continuam ou não faziam e vamos começar de uma forma moderada a fazer” (VF2, L 29-32)

Os EEESMO reconhecem competências para o acompanhamento da gravidez de baixo risco e valorizam a relação de **confiança**, como se pode constatar nos seguintes relatos:

“(...) somos a referência na área da saúde materna nas nossas unidades (...) promovemos muito a discussão na área da saúde materna, os nossos colegas (...) durante as consultas se for preciso algum esclarecimento chamam-nos nessa consulta, ou esclarecem” (VF3, L113-118)
“(...) elas reconhecem no EEESMO capacidade para as acompanhar na gravidez de baixo risco (...) quando não há médico temos oportunidade” (VF4, L 259-263)
“(...) eu tenho competências para fazer a consulta” (VF1, L237)
“A confiança tem a ver com a postura que tu tens como enfermeiro porque se tu mostrares aquilo que és como EEESMO não há mulher nenhuma que questione o que tu fazes (...)” (VF1, L264-272)

Os autores Leiferman et al. (2017) e Lindqvist et al. (2018) e ainda Hopkinson e colaboradores (2018) dos estudos incluídos na RSL, concluíram que a relação de confiança entre a mulher e o profissional de saúde é fundamental para fomentar a aprendizagem e incrementar a tomada de decisão da mulher. Afirmam que as mulheres

grávidas se sentem mais confiantes a expor as suas dúvidas e questões junto dos profissionais de saúde ou das pessoas em quem confiam, sendo a comunicação um fator importante para o estabelecimento dessa relação. Fornecer à grávida e pessoa significativa, conhecimentos de modo a promover o envolvimento em comportamentos de saúde saudáveis não apenas afetaria positivamente os resultados da saúde pré-natal, mas também promoveria resultados positivos de saúde no período pós-parto e além.

No âmbito da AF nem todos os profissionais estão atualizados, em termos de informação e conhecimentos relativos às orientações existentes da DGS e/ou OE. Procuram transmitir informações e **adaptá-la às necessidades** de cada mulher nos seus cursos de preparação para o nascimento e consultas de saúde materna. Como se pode ler nos seus relatos:

“fui pesquisar exercícios que podiam ajudar, (...) e fui adaptando, coisas simples que elas podem fazer em segurança, que não colocam em perigo nada, mas que trabalham coisas que não faziam antes” (VF1, L 178-180)

“Plano Nacional para a AF (...) grávidas estão mais informadas, o plano nacional para a atividade física na prescrição do exercício, as próprias guidelines dão-nos essas informações” (VF3, L 40-43)

“Na minha preparação não me limito só às básculas eu já faço muita coisas (...)” (VF1, L83-L86)

“Ela é maior e vacinada e pode decidir (...) profissional tem conhecimentos, sabem que não fazemos exercícios de andarem aí aos pulos, aos pinotes. Fazemos uma atividade dirigida ao momento do parto, preparar o corpo, torná-lo mais flexível, tudo coisas tão simples” (VF1, L 280-284)

“Na minha preparação não me limito só às básculas eu já faço muita coisas (...)” (VF1, L83-L86)

“(...) exercício físico trabalha-se nos cuidados pré –concepcionais, quando as mulheres te veem dizer que querem engravidar “(VF2, L 225-230)

Também no estudo de Lindqvist et al (2014) apesar do esforço das parteiras para encontrar soluções individuais para incentivar a AF, é necessário melhorar o aconselhamento, as parteiras sentem necessidade de treino adicional, onde as barreiras organizacionais e financeiras precisam de ser abordadas. Com intuito de promover a motivação da grávida para a AF.

Categoria C - Atribuindo importância à saúde pré-natal

As intervenções terapêuticas de enfermagem, segundo Meleis (2012) são uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição, permite a incorporação

de conhecimentos, alteração de comportamentos sendo fundamental atuação na primeira infância, na adolescência ou no pré-natal. Desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Urge a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção de AF, nos quais o EEESMO desempenhe um papel de integração entre o contexto clínico e do exercício físico, com objetivos de aumentar a prática de AF durante a gravidez. Torna-se fundamental o exercício das funções como EEESMO antecipadamente à conceção de uma criança, na **saúde escolar**, ou numa **consulta pré-concecional**. Tal facto mencionado no *focus group*, como se pode ler nos seguintes excertos:

“O problema é não termos consultas pré-concecionais” (VF1, L231-232)

“Temos de começar nas consultas dos 13 anos a dizer que quando pensarem em engravidar tem de vir à consulta pré-concecional” (VF1, L 232-233)

“saúde escolar, já faz parte os adolescentes era uma área interessantíssima para se continuar na área do desporto, e da AF se forem raízes que vierem das crianças é mais fácil (VF3, L370-372)

“(…) exercício físico trabalha-se nos cuidados pré –concecionais, quando as mulheres te veem dizer que querem engravidar” (VF2, L 225-230)

A Investigação e atualização conhecimentos é uma busca constante deste grupo de participantes, tentando colocar em prática os seus conhecimentos. Como se pode verificar nos seguintes relatos:

“procurar já existem orientações nesse sentido, e já divulguei, aquelas grávidas que nos questionam mais, passamos a informação” (VF3, L89-90)

“Importante saber os sinais de alarme para a suspender” (VF4, L 28)

“Eu não vejo contra-indicação, temos é que as alertar, que podem ter riscos” (VF1, L103)

“fui pesquisar exercícios que podiam ajudar, (...) e fui adaptando, coisas simples que elas podem fazer em segurança, que não colocam em perigo nada, mas que trabalham coisas que não faziam antes” (VF1, L 178-180)

“Plano Nacional para a AF (...) grávidas estão mais informadas, o plano nacional para a atividade física na prescrição do exercício, as próprias guidelines dão-nos essas informações” (VF3, L 40-43)

Também no estudo de Lindqvist et al (2014) a educação em saúde foi muito apreciada pelas mulheres em geral, apesar da informação fornecida ser considerada insuficiente, onde deveria ter uma abordagem mais proativa. Anos mais tarde, noutro estudo, o mesmo autor e seus colaboradores (2018) reafirmam que há uma necessidade do EEESMO se afastar mais do paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem centrado-se numa prática de enfermagem humanística centrada nos

cuidados à pessoa de forma individualizada. O aconselhamento com base nas necessidades individuais sobre AF durante a gravidez era desejado. No entanto, o EEESMO está mais focado na vigilância médica, apresentando um conhecimento insuficiente.

Tal como afirma, Meleis (2010) cada evento crítico, como é o nascimento, exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, uma vez que se trata de uma fase de maior vulnerabilidade, podendo apresentar dificuldade no cuidar. Desta forma no decorrer da experiência de transição, a grávida deve sentir-se situada, como parte integrante do contexto. A sua transição implica a conceção de novos significados, outras perceções em relação ao ambiente que a rodeia. Em dinâmica constante na adaptação, no desenvolvimento da confiança e coping, o EEESMO precisa de ter um conhecimento mais aprofundado e uma maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos. Para que através das intervenções terapêuticas adequadas possibilitar à grávida alcançar um processo de transição saudável. A presença do EEESMO em todo o processo é basilar para que com a sua intervenção terapêutica impeça a grávida de caminhar na direção de vulnerabilidade e riscos, mas permita que alcance um processo de transição saudável e todas as repercussões que o mesmo terá a nível da família e comunidade.

Categoria D - Perspetivando um nascimento saudável

O **trabalho multidisciplinar** focado na entrevista de grupo, onde uma cultura de responsabilidade partilhada deve estar presente, cujas práticas são fortalecidas na reflexão crítica e confiança mútua, como se verifica nos seguintes enxertos:

*“Têm também a ver com a mentalidade dos outros profissionais, equipa multidisciplinar. “(VF6, L440-441)
“Trabalho multidisciplinar, mas a nível do colégio de saúde materna e sair uma orientação como saiu em tempos do livro de bolso da saúde materna, mas específico para o exercício físico. Uma junção e coisas definidas e orientadas para a nossa prática. “(VF3, L500-503)*

“(…) existe investigação nessa área, se formos motivados e irmos de encontro às necessidades das pessoas (…) (VF3, L293)

“(…) superinteressante ioga pela parte respiratória (…) aprendem a respirar (…) a preparação para o parto é uma diferença descomunal (…) Também o Pilates (…) agora é preciso encontrar sítios, ginásios que saibam quais são as limitações da grávida” (VF4, 52-60)

“Os técnicos em termos do desporto também já têm essa capacidade.” (VF3, L 63)

Importa referir que numa das Unidades de Saúde verifica-se a colaboração dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos CPNP, devido ao número de horas insuficientes que o EEESMO tem adstrito ao mesmo, como referido por VF1:

“(...) há pouco tu partilhavas... que tinhas parcerias com outros profissionais” (M- L123-124)

“Sim, os colegas de reabilitação, eu não tenho horas e apesar de elas serem minhas colaborantes (...) eu sei quais são os exercícios que elas trabalham com a mulher” (VF1, L125-127)”

“Há aqui uma abertura a outros profissionais, sendo o objetivo prestar os melhores cuidados aquela grávida?” (M- L128-129)

“Claro que sim, quem prestar melhor cuidado é sempre bem-vindo” (VF1, L 130)

Foi defendido pelo grupo de discussão o estabelecimento de várias parcerias, a necessidade de proximidade e comunicação entre os profissionais de saúde e os profissionais de exercício físico, assim como a identificação de mecanismos de apoio na comunidade à prática da AF, a existência de protocolos ajustados à realidade local das unidades de saúde, como se pode ler nos seus relatos:

“Assim como vamos buscar contributos à nutrição (...) deveríamos ir buscar aos profissionais do desporto conhecimentos para conseguirmos capacitar as mulheres” (VF2, L490-493)

“nós próprios damos formação aos profissionais de desporto” (VF4, L494-495)

Importante as parcerias pois incentivam a mulher e os profissionais (M, L323)

“(...) parcerias e tem também com a Escola de desporto de Rio Maior, com a divulgação de trabalhos relacionados o desporto na grávida, atividade física, era muito importante estas parcerias até com cursos”. (VF3, L153-156)

“situações dos apoios também são importantes, falamos do ACES” (VF1, L326)

“Parcerias com a câmara que também têm (...) os professores de educação física estão afetos, contratados pelas câmaras para dar as aulas de educação física (VF4, 366-369)

“(...) aqui eu convido, mas tem de pagar para ir às piscinas” (VF1, L320-321)

“projeto de exercício físico no idoso, todas têm, fornecem transporte, tudo gratuito, se fossem feitos os projetos dessa natureza para a grávida (...) nosso trabalho é facilitado (...) preciso validar e valorizar.” (VF2 L 389-395)

A OE, uma vez que é o órgão que regulamenta e disciplina a profissão de Enfermagem, e o Colégio da Especialidade foram focados como uma das soluções ao desenvolverem um parecer sobre as competências do EEESMO para vigilância e acompanhamento da prática de AF na grávida, assim como um trabalho multidisciplinar com os profissionais da área do desporto, com a elaboração de normas e orientações na área da AF para a grávida, procurando a esquematização e **uniformização de procedimentos**. A elaboração de um manual e formação que norteie a prática dos EEESMO de forma a

conseguirem capacitar a grávida para a AF com segurança e confiança. Como se pode constatar no mencionado pelas participantes:

“OE (...) um livrinho para a preparação para o parto, para todos os enfermeiros que façam preparação para o parto usarem”(VF1, L183-187)

“(...) era pertinente uma esquematização e uniformização de procedimentos” (VF6, L 181-182)

A promoção da literacia em saúde, autonomia e autocuidados, centrados nesta situação específica, na grávida implica a utilização de técnicas motivacionais e a mudança comportamental por parte dos profissionais de saúde, também focada pelos EEESMO no focus group, como se pode constatar no discurso de VF3 e VF1:

“Os profissionais ao longo do tempo precisam de ser motivados, precisam de ser atualizados” (VF3-L383)

“Mais importante é que temos vontade de mudar, mas temos de ter também esse suporte para mudarmos. Porque dizer eu quero fazer e lá de cima dizerem não podes (...) às vezes desespero (...)” (VF1, L447-455)

A **partilha de conhecimentos**, assim como reuniões trimestrais entre equipas de EEESMO foram considerados uma mais-valia no âmbito da atualização de conhecimentos, na **motivação**, na uniformização de procedimentos, entre outros. Como foi descrito pelas participantes:

“(...) Estes encontros são uma mais valia!” (M, L 414-415)

“(...) o tempo não chega para partilharmos umas com as outras (...) falar de trabalho, das nossas necessidades formativas (...) Precisávamos de ter isto, de uma forma mais estruturada, haver uma reunião com pontos para discutir e todas davam o seu contributo” (VF1, 416-422)

“E temos uma colega nossa que fez formação a área de desporto na saúde ou saúde no desporto, muito virado para esta vertente (...), era uma mais valia, para quem faz preparação, contributos nesta área, (...) muito importante perceber o que ela trouxe nessa formação” (VF4, L160-165)

“(...) mas esta partilha é tão necessária. Os EEESMO’s deviam - se reunir nem que seja de 3/3meses, partilhando as mais valias que todas temos, porque todas nós poderemos colaborar” (VF1, L168-173)

“Os profissionais ao longo do tempo precisam de ser motivados, precisam de ser atualizados” (VF3-L383)

“Mais importante é que temos vontade de mudar, mas temos de ter também esse suporte para mudarmos. Porque dizer eu quero fazer e lá de cima dizerem não podes (...) às vezes desespero (...)” (VF1, L447-455)

Assim, as **políticas de saúde atual** foram foco na discussão de grupo como obstáculo ao desempenho das funções do EEESMO na capacitação da grávida para AF, por questões políticas não se transpõe a diretiva europeia, apontando uns como handicap a prescrição outros nem tanto, como são descritos pelas participantes:

“Questões políticas e a nível nacional, continuamos a não conseguir transpor uma diretiva europeia para o país que até é deficitário em termos económicos e de recursos humanos (...)” (VF3, L351-354)

“O Handicap é a prescrição...” (VF3, L240)

“Não é handicap para mim, sabes porquê? Eu faço as consultas e a doutora passa depois as coisas sem a mulher lá ter de ir outra vez” (VF1, L 241-242)

“Devíamos passar pela prescrição de exercício físico perante cada situação” (VF3, L87)

(...) somos um exemplo para aquela comunidade (...) podemos de algum modo incentivar...” (M, L-403-405)

“(...) era bom que os ginásios entrassem para o IRS. Ir a um ginásio, desporto em Portugal é um luxo!” (VF4, L373-374)

“(...) apostam nos EEESMO's para colmatar a falta de médicos existentes. (VF3, L359-360)

Sugerindo que a nível informático, no Sclínico fosse encontrado soluções para o mesmo, nomeadamente, a prescrição da AF, como foi claro no discurso de VF3:

“No Sclínico (...) existir uma junção da ordem dos enfermeiros do colégio da especialidade de saúde materna a saber a atualização que existe dos meios informáticos e a propor que a prescrição do exercício físico fosse possível para a grávida no SNS “(VF3, L 396-402)

A nova organização nos CSP requer novas competências e mesmo novas mentalidades, por parte dos profissionais e dos cidadãos, mas não houve o necessário investimento ao nível da formação. É sentido a necessidade de formação na área da AF para a grávida, como referiu VF3:

“cursos para os profissionais para atualização” (VF3, L156)

Mencionam que a mesma perceção sucedeu aquando do término do curso de especialização, quando pretenderam ministrar os CPNP nos seus serviços, sentiram necessidade de recorrer a outras formações de forma a complementar a que tinham, e a sentirem-se mais seguras e confiantes, também estas autofinanciadas. Como se pode ler nos seguintes excertos:

“(...) senti necessidade de fazer uma formação (...) para ter outras perspetivas!” (VF4, L 196-200)

“tirei a especialidade, achei que aquilo que me tinham dado era basicamente zero” (VF1, L 174-175)

“Preparação para o parto (...) parte prática tu tens ali básculas, Kegel e pouco mais (VF4, L 189-190)”

Para colmatar esta situação, o grupo sugeriu a inclusão da temática da AF na gravidez nos currículos académicos de licenciaturas e mestrados nas áreas da saúde, nomeadamente em Enfermagem 1º ciclo, especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Mestrado em Medicina. Procurando a mudança de atitudes dos profissionais que atualmente já prestam cuidados neste âmbito sugere estratégias

formativas como a formação em contexto de trabalho ou a formação pós-graduada.

Como são descritos pelas participantes:

“Não foi com a nossa especialidade que fiquei tao bem com esta noção, foi ao longo da prática, necessidade de estar em constante atualização, pesquisa e investigação” (VF3, L140-142)

“eu hoje como especialista vejo que o meu trabalho estava muito aquém daquilo que devia” (VF1, L 176-177)

“Assim como vamos buscar contributos à nutrição (...) deveríamos ir buscar aos profissionais do desporto conhecimentos para conseguirmos capacitar as mulheres” (VF2, L490-493)

Os resultados do estudo de Lindqvist et al (2014, 2018) tiveram implicações clínicas, nomeadamente a educação formal adicional e treino em práticas para parteiras. Com intuito de fornecer as ferramentas e estratégias para sua prática diária na promoção de atividades de vida diária saudáveis como a AF. Também Hopkinson et al (2018) corrobora, quando no seu estudo afirma ser prudente garantir o acesso adequado à formação a todos os profissionais.

Categoria E - Vivenciando obstáculos e barreiras

De acordo com Meleis (2012) estamos perante condições inibidoras que dificultam a transição e intervenções terapêuticas adequadas. A equipa multidisciplinar que integram não dispõe de recursos humanos suficientes que permita ser o EEESMO, o perito, a participar na capacitação da mulher grávida. O que se pode ler nos seguintes discursos:

“Tem a ver com a organização e a forma como os cuidados de saúde primários nos vêm como uma profissão com trabalho específico” (VF3, L343-344)

“Devias estar no CS a fazer o teu trabalho ponto...” (VF1, L 345)

“Dificuldade de horas atribuídas ao EEESMO para poder colocar em prática a formação realizada!” (M, L 316-317)

“Mas não tem a ver com o ACES!” (VF1, L 342)

“temos de mudar o nosso discurso deve ser sempre na pessoa significativa (...) (VF1, L 486)

A falta de autonomia dos ACES repercute-se em toda a sua ação e missão, constata-se a incapacidade de contratualizar mais EEESMO, o rácio de EEESMO a nível dos CSP carece de atualização. Verifica-se que nem todas as unidades dispõe de EEESMO, e os que existem são em número insuficiente o que não permite a cobertura total das listas de grávidas de baixo risco existentes ou, eventualmente terão de realizar outras atividades de acordo com as necessidades dos serviços. Como se pode ler nos seguintes relatos:

“acho um desperdício enorme, a saúde materna estar a avaliar pés diabéticos e às amamentações não conseguimos dar respostas (...) quando cheguei aos CSP era uma felizarda (...) eu estava só na área da saúde materna e não chegava” (VF4, L335-341)

“eu não trabalho só na UCC (VF1, L318) (...) sou um elemento que trabalha na UCSP e já tirei 9h à UCSP para ir fazer preparação para o parto também é penalizada” (VF1, L330-332)

“O rácio do EEESMO devia ser atualizado! (M, L 333-334)

Ainda no *focus group*, os EEESMO expressam falta de tempo para colocar em prática os projetos resultantes da formação adquirida, quase sempre com investimentos próprios, como por exemplo a preparação pré-natal em meio aquático. Mencionado por VF1:

“Temos todas (dificuldades), eu precisava de ter horas para ir para a piscina com as moças” (VF1, L315)”

Os autores Leiferman et al. (2017) e Lindqvist et al. (2018) e ainda Hopkinson e seus colaboradores (2018) dos estudos incluídos na RSL referem que as consultas pré-natais são muito breves, e que, apesar dos profissionais de saúde responderem às dúvidas das mulheres, estes não dão a informação que estas consideram necessárias, fazendo com que as mesmas necessitem de recorrer a outras fontes de informação, algumas delas pouco credíveis.

Para a Direção-Geral da Saúde (2015), nas consultas de vigilância pré-natal, devem ser prestados cuidados centrados na mulher/família, sendo o esquema de consultas, intervenções e exames adaptados consoante a presença ou não de fatores de risco ou risco. Phaneuf (2004) salienta que a comunicação e relação de ajuda são influenciados pela qualidade da presença, pelo respeito e pela autenticidade do enfermeiro. A escuta, a capacidade de aceitar o outro na sua diversidade e acolher o seu sofrimento, são qualidades indispensáveis para a manutenção de uma relação de confiança e ajuda.

Leiferman et al. (2017) no seu estudo afirmam que as grávidas querem ser responsabilizadas e julgam que a comunicação com o profissional de saúde, poderá contribuir para que se mantenham motivadas ao estabelecer metas, fazendo-as sentir comprometidas pela participação na AF. Os mesmos autores ao tecerem algumas conclusões do seu estudo afirmam que seria negligente não reconhecer as restrições no sistema de saúde atual e o tempo limitado alocado a cada utente. É perceptível pela afirmação que as restrições não são muito diferentes das encontradas a nível nacional.

As transições humanas têm assumido um papel preponderante para a Enfermagem, uma vez que são os enfermeiros os principais cuidadores dos utentes e família, especificamente neste estudo, os EEESMO os principais cuidadores da grávida e família, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, colaborando e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis, 2010)

Perante uma grávida podem surgir múltiplas transições relativo à sua natureza: desenvolvimental, relacionada com a mudança do ciclo vital nomeadamente a gravidez que implica uma definição ou redefinição de papéis, cujas características pessoais assim como a atribuição de significados (gravidez, paternidade, planeamento ou não), conhecimentos e competências podem afetar a transição da mesma; de natureza situacional, com o nascimento de uma criança implica a alterações de papéis, deixando o papel de filha para passar ao papel de mãe; de natureza saúde/doença eventualmente se à gravidez estiver associada alguma patologia e que resulte alteração de estado de bem – estar para o estado de doença, e ainda de natureza organizacional, relacionada agora com mudanças sociais e até económicas.

Estas transições, de acordo com Meleis (2010) ocorre quando a pessoa está consciente deste processo, tem perceção da mesma. O seu envolvimento é perceptível pela sua procura de informação, pelo uso de modelos de referência, pela preparação ativa e modificação das suas atividades.

Os profissionais de saúde, em particular o EEESMO assume especial importância, pelo papel fundamental que pode desempenhar como agente facilitador neste processo, inclusive na capacitação da grávida para a AF, prevenindo os efeitos negativos sobre a grávida/feto e pessoa significativa.

Para Meleis (2010) a transição implica que a grávida e família consiga refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente para lidar com a mudança e adquirir novas capacidades e novas formas de viver. Educar e informar os casais, é um modo de ajudar, capacitando-os, fornecendo instrumentos, habilidades, estratégias – intervenções terapêuticas de enfermagem - que permita responder ao processo de transição, com domínio de novas competências (maestria) e reformulação da sua identidade.

Como principais cuidadores da grávida, pessoa significativa e família, o EEESMO deve avaliar as mudanças e exigências que a transição está a provocar na vida do casal e família, facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Deverá procurar conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade que está inserida e da sociedade. Os quais podem facilitar ou dificultar o processo com vista a conseguir uma transição saudável. O nascimento como ponto crítico exige do EEESMO atenção, conhecimento e experiência.

A importância do EEESMO neste processo de transição é fundamental, de acordo com Meleis (2012) as suas intervenções terapêuticas, são contínuas, proporcionam conhecimento e capacidade na grávida para responder de forma positiva às transições que ocorrem, promovem a maturidade e o crescimento pessoal com estabilidade e equilíbrio.

Este saber deveria ser conduzido para atual conjuntura política, atualmente com um rácio inadequado a nível dos CSP, concomitante com unidades sem EEESMO e sem CPNP, o que dificulta a efetividade dos mesmos. Apesar da busca constante em formação dos EEESMO nas diferentes áreas (técnicas não farmacológicas para alívio da dor, preparação aquática para grávidas, conselheiras em aleitamento materno, instrutor de massagem infantil para pais, entre outros), a aplicação dos conhecimentos é impossibilitada pela escassez de horas que dispõe para a realização das suas funções. Não sendo valorizada pela gestão as suas funções específicas, verifica-se as funções limitadas, como o exemplo referido, observação de pés diabéticos ou a exercer as suas atividades numa sala de tratamentos. Ficando descobertas áreas fundamentais como a saúde materna, amamentação, preparação para o nascimento, recuperação pós-parto, planeamento familiar, entre outras. A figura do obstetra continua a ser apontada como um obstáculo e não como um parceiro na capacitação da mulher grávida para a AF, pelo facto de não acompanharem a mudança de cultura organizacional que é imposta pela sociedade, como se pode ler nos seguintes excertos:

“o trabalho que tu fazes que não tem nada a ver com o médico, teu trabalho como especialista muitas vezes é boicotado porque o senhor doutor obstetra deu estas informações (...) aquela mulher por mais que expliques (...) elas ainda não conseguem ver” (VF1, L 214-224)

“O reconhecimento efetivamente ela tem, (...) médico continua a ser uma figura de muito peso” (VF1, L 273-275)

“Então não temos como obstáculo a grávida, temos também o médico obstetra!” (M, L279)

Sentido a necessidade de atualização de conhecimentos do grupo profissional, e de um modo geral de toda a população. O profissional médico com que trabalham não valorizam a atualização de conhecimentos o que dificulta o **trabalho em equipa**.

“(...) pressupomos que os outros profissionais, como nós, andam sempre à procura de atualizações e se calhar não andam. Acham que o seu saber e o que dizem é cumprido e não pensam atualizar-se” (VF3, L 301-303)

“Têm também a ver com a mentalidade dos outros profissionais, equipa multidisciplinar.” (VF6, L440-441)

“Será que os outros profissionais sabem o que se faz na preparação para o parto?” (VF3, L-285)

“A minha porta está sempre aberta (...) só não vão porque não tem interesse” (VF1, L287-290)

“realmente falta haver sítios, que haja aulas específicas para grávidas” (VF4, L63-64)

“Falta ter o outro lado dos ginásios com professores que tenham conhecimento.” (VF4, L76-77)

“Professores que tenham formação” (VF6, L 78)

“eu não trabalho só na UCC (VF1, L318) (...) sou um elemento que trabalha na UCSP e já tirei 9h à UCSP para ir fazer preparação para o parto também é penalizada” (VF1, L330-332)

As UCC deveriam dispor como recursos EEESMO que integrem na sua carteira de serviços os Programas de Preparação para o Nascimento e Parentalidade e de Recuperação Pós-Parto, atendendo que estes não podem ser desenvolvidos por outros profissionais autonomamente e representam uma mais-valia para a população. Todos os projetos que se queiram desenvolver, devem ser realizados, sempre que esteja excedida as competências das USF/UCSP, contudo mantendo-se estreita articulação com as mesmas. O que não se verifica no contexto real expresso por VF1 durante a discussão:

“uma unidade que está separada, inclusive o cantinho de amamentação foi implementado eu nem fui informada sobre o mesmo, e eu sou a única EEESMO e a única conselheira em aleitamento materno” (VF1, L120-122)

Também na discussão foi focado a **falta de articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares**. O EEESMO no hospital não tem conhecimento dos cuidados prestados pelo EEESMO no centro de saúde e vice-versa. Tal como foi claro no discurso de VF1 e M:

“... maternidade (...) estamos de costas voltadas para os Centros de Saúde (...) Agora estou cá deste lado e continuo a achar que estamos de costas voltadas” (VF1, L430-432)

“Fizemos isso, uma atividade do Hospital com todas as EEESMO’s dos CS e elas ficaram espantadas com o que se fazia. Era um desconhecimento total (...) (M, L 426-429)

O total dos estudos apresentados na RSL evidenciaram a necessidade dos EEESMO de conhecerem das diretrizes emanadas relacionadas com a AF, aumento de conhecimentos e sua atualização, desenvolvimento profissional contínuo acessível a todos os profissionais fornecendo a estes ferramentas e estratégias para atingirem os resultados esperados. No final do *focus group* a totalidade dos participantes manifestaram que não possuem conhecimentos suficientes para poder capacitar a grávida para a AF, como foi claro na mesma afirmação:

“Não, julgo que preciso de mais conhecimentos nesta área. (VF1, VF2, VF3, VF4, VF5, VF6, L 477)”

“Eu não tenho esses conhecimentos para saber o que é a adequado, falta-nos conhecimentos.” (VF3-L518-519)

O **défice em literacia da saúde** emergiu na discussão, ao sentirem necessidade de transmissão de conhecimentos à população em geral e especificamente à grávida de forma a capacitar para a AF, como se pode constatar no discurso de VF1:

“continuamos a ter aquela mulher que não faz exercício, AF nenhuma. E recusa a preparação para o parto” (VF1, L205-206)

“Então não temos como obstáculo a grávida, temos também o médico obstetra!” (M, L279)

“O reconhecimento efetivamente ela tem, (...) médico continua a ser uma figura de muito peso” (VF1, L 273-275)

“havia muito esta situação do obstetra não recomendar o exercício físico na mulher grávida” (VF1, L34-35)

“(...) uma faz ciclismo e não deixou de fazer (...) foi-lhe explicado tudo, mas tu não podes obrigar...” (VF1, L 96-98)

“continuamos a ter aquela mulher que não faz exercício, AF nenhuma. E recusa a preparação para o parto” (VF1, L205-206)

“o trabalho que tu fazes que não tem nada a ver com o médico, teu trabalho como especialista muitas vezes é boicotado porque o senhor doutor obstetra deu estas informações (...) aquela mulher por mais que expliques (...) elas ainda não conseguem ver” (VF1, L 214-224)

Segundo Backstrom et al. (2017) corroborando com Lindqvist (2018), a educação para a saúde é de extrema importância. O EEESMO deve ter uma escuta ativa e uma abordagem mais proactiva. A educação pré-natal é essencial para que a mulher fique informada e empoderada sobre a gravidez, o trabalho de parto e parto. Assim os benefícios da educação pré-natal são indiscutíveis. Os mesmos autores, acrescentam

ainda, que as características intrínsecas dos profissionais que ministram os cursos de educação pré-natal influenciam a transmissão de informação como: diferentes atitudes perante a promoção do parto normal, a comunicação, a capacidade de síntese e a empatia. De acordo com Virgínia Henderson é mais vantajoso ajudar as pessoas a aprender a serem saudáveis do que a preparar os profissionais de saúde mais competentes para servirem as pessoas em crise (Tomey, 2003). Segundo a OE (2010) o EEESMO “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal”. Assim, torna-se fundamental facultar e habilitar as mulheres grávidas e parturientes para o autocuidado, promovendo a sua saúde pré-natal e a promoção de uma gravidez saudável e de um parto normal, através da educação. Esta educação torna-se mais adequada se os EEESMO fornecerem informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade centrada nas necessidades da mulher/casal/família, pelos profissionais de referência e confiança na vigilância pré-natal (DGS, APEO & OE, 2012).

Backstrom et al. (2017), no seu artigo, apresentam a importância da partilha de experiências entre as mulheres e os seus pares nos programas de educação pré-natal. Onde é que o casal procura outras fontes de informação quando julga que o profissional de saúde não lhe transmitiu todas as informações necessárias? Aprendem da partilha de experiências das pessoas em quem confiam, e muitas vezes são estas as fontes de informação decisivas para a tomada de decisão durante a gravidez, o trabalho de parto e parto.

O EEESMO tem uma privilegiada posição em relação aos restantes profissionais por estar mais próximo das mulheres grávidas, para além de que estas estão nesta altura mais motivadas para adotarem estilos de vida saudáveis, para o seu próprio benefício e do seu bebé. Para Stefan, Mascherini & Galanti (2017), o aconselhamento e o apoio do EEESMO, torna-se fundamental na transmissão de informação e aconselhamento de forma a conseguir que a mulher seja ativa durante a sua gravidez. Contudo, é imperioso a sua capacitação na promoção e aconselhamento precoce sobre a AF e que o seu papel seja uma pedra basilar na mudança de comportamentos entre as mulheres grávidas. Tal

como afirma Hopkinson et al. (2018), o EEESMO precisa de conhecer as recomendações atuais estando consciente dos benefícios e conseguir o acompanhamento da AF durante a gravidez, caracterizado pela necessidade de ajustes contínuos com base nas necessidades individuais de cada mulher grávida, sempre em segurança. Para melhorar o seu conhecimento precisa de formação contínua, com formação teórica e prática, sobre as recomendações, benefícios, determinantes e o tipo de AF durante a gravidez. Tal como referem Lindqvist et al. (2018), este investimento na formação pode resultar em melhores oportunidades para apoiar a prática de AF durante a gravidez.

Apesar de não existir orientações nacionais é importante que se conheça as orientações internacionais e que se considere a hipótese de se criar orientações adequadas à realidade Portuguesa. Havendo uma necessidade urgente de sensibilizar os profissionais de saúde, em especial os EEESMO para que programas adequados de AF durante a gravidez sejam acessíveis a todas as mulheres. A crescente popularidade da AF condiciona um acréscimo nas solicitações das mulheres aos profissionais de saúde sobre a melhor forma de manter a sua prática no contexto gravídico. Importa ainda realçar o papel que a prática de AF pode ter no contexto familiar e, especificamente, no papel de modelo para o novo filho, com capacidade de influenciar os comportamentos da saúde individual, familiar e comunitários futuros (Barakat, Perales, Garatachea, Ruiz & Lucia, 2015).

De acordo com OMS (2018) os estudos revelam que a prática de atividade física contribui para a prevenção e tratamento das doenças crónicas não transmissíveis tais como doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do colon. Ajuda a prevenir a hipertensão, excesso de peso e obesidade, contribui para a saúde mental, melhoria da qualidade de vida e bem-estar. A inércia no sentido de aumentar os níveis de atividade física leva a um aumento de custos com impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e qualidade de vida.

6 – A ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ: UM CAMINHO A PERCORRER

Depois da triangulação feita neste estudo e da riqueza que este transborda, a investigadora sentiu necessidade de uma forma mais cuidadosa refletir sobre as sugestões que emergiram e confrontá-las com as atuais políticas de saúde relacionadas com a AF.

O EEESMO mais uma vez se destacou com competências acrescidas capazes de contribuir para “mudar o mundo” com as suas intervenções terapêuticas ao longo de todo o ciclo de vida, cooperando na promoção de maestria nos utentes que cuida. Um elemento fundamental no sistema de saúde para que se consiga atingir os objetivos propostos a nível da DGS, mais especificamente na área da AF, com a Estratégia Nacional para a Promoção da AF, da Saúde e do Bem - Estar 2016/2025, a educação e a promoção da AF é feita quer no contexto de trabalho, quer no ambiente familiar/comunidade. É sentido a necessidade de orientações para uniformização de procedimentos e conhecimentos, assim como formação contínua na área, e a necessidade de estabelecer parcerias, indo assim ao encontro das estratégias propostas. As políticas de saúde precisam de ser alteradas, atribuindo à enfermagem o valor que lhe é devido. A intervenção da enfermagem em contexto escolar só será possível se o rácio de enfermeiro for atualizado, é fundamental dotar as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores. Conseguir um trabalho intersectorial com investimento desde o 1º ciclo na área do desporto escolar e a nível do ensino superior.

Uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos, relevante a inclusão da AF nos currículos das faculdades e a realização de workshops orientados por especialistas da área, para estudantes e profissionais.

São ainda estratégias que consideramos fundamentais as parcerias entre o Instituto Português do desporto e da Juventude e a Saúde, potenciará a criação de diversas sinergias entre estas 2 áreas, Desporto e Saúde, com colaboração na produção de

materiais informativos e na formação dos profissionais. Assim como o estabelecimento de parcerias com as autarquias locais, promovendo a organização de programas comunitários tal como têm surgido direcionados para o idoso que também existam direcionados para a grávida. O desenvolvimento e investimento em boas práticas urbanísticas, com passeios pedonais que permitam em segurança que a grávida faça a sua caminhada.

A elaboração do manual de aconselhamento para a mudança comportamental foi uma extraordinária ferramenta de apoio, mas só terá rentabilidade se o conseguirem utilizar, a formação de todos os profissionais em contexto prático tornaria este manual mais útil, contribuindo para o sucesso das intervenções de todos os profissionais.

Importa ainda referenciar o Plano de Ação para a AF 2018-2030 (PAGAF) que afirma que são necessárias pessoas mais ativas para um mundo mais saudável, o não agir no sentido de aumentar os níveis de AF levará ao aumento dos custos com impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e qualidade de vida.

A implementação deste plano exige forte liderança, parcerias intergovernamentais e multissetoriais, no sentido de obter uma resposta coordenada e completa de todo o sistema. A OMS irá apoiar os países a ampliar e fortalecer sua resposta com soluções baseadas na evidência, diretrizes e ferramentas de implementação, monitorizará o progresso e impacto global.

A AF tem muitos benefícios de saúde sociais e económicos e podem contribuir para alcançar os objetivos para o desenvolvimento sustentável (ODS) de 2030.

De acordo com o plano (PAGAF) o objetivo passa pela criação de sociedades ativas com a mudança do paradigma, aumento de conhecimento, compreensão e valorização dos múltiplos benefícios da AF regular de acordo com a capacidade e em todas as idades. Ambientes ativos, espaços e lugares seguros na comunidade. Gerar pessoas ativas com a criação de oportunidades e programas em diversos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se em AF regular, individualmente, em

família e na comunidade. Produzir sistemas ativos, fortalecer a liderança, governança e parcerias multissetoriais, a capacitação dos profissionais, advocacia e sistema de informação entre setores para alcançar a excelência na mobilização de recursos e implementação de ações coordenadas internacionais e locais para aumentar a AF e reduzir o sedentarismo.

Tal como Lynn Archibald, afirma “*No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o nascimento...*”, o EEESMO desenvolve intervenções terapêuticas que visam um nascimento saudável, logo é uma peça fulcral, contribuindo para um sistema de saúde ideal.

7 – CONCLUSÕES

A importância desta temática surge da percepção de que é uma área pouco explorada na sociedade e organizações profissionais na atualidade. Apesar dos seus benefícios estarem comprovados na evidência científica, o desconhecimento que os profissionais de saúde e a população em geral detêm neste âmbito abre caminho a abordagens baseadas em mitos e falsos conceitos, inconsistentes, que claramente prejudicam a sua implementação e obtenção dos seus benefícios.

De acordo com os resultados deste estudo os conhecimentos que os EEESMO possuem são insuficientes para conseguirem capacitar com segurança e confiança a grávida para a AF.

Considerado o EEESMO como o profissional que melhor se posiciona para poder atuar neste âmbito, resultante do conhecimento da fisiologia e fisiopatologia da gravidez, compreensão das dinâmicas psicossociais da grávida e sua família, aliados à competência no planeamento e vigilância pré-concepcional e concepcional, permitindo que integrem os aspetos clínicos ao acompanhamento da prática de AF, propomos:

- Introdução da temática da AF na gravidez nos currículos académicos de licenciaturas e mestrados nas áreas da saúde, nomeadamente na área de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica;
- Atualização dos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade com desenvolvimento da temática;
- Desenvolvimento de programas de intervenção de atividade física, nos quais o EEESMO desempenhe um papel de integração entre o contexto clínico e do exercício físico, com objetivos de aumentar a prática de AF durante a gravidez;
- Estratégias formativas em contexto de trabalho ou com formação pós-graduada na área da AF;
- Intervenção da OE e Colégio da Especialidade com o desenvolvimento de um parecer sobre as competências do EEESMO para a vigilância e acompanhamento da prática de AF na grávida;

Uma das limitações deste estudo de investigação qualitativa está implícita na natureza qualitativa do mesmo, relativo à impossibilidade de generalização dos resultados. No entanto, e de acordo com a metodologia foi possível aceder a sentimentos, vontades e experiências que enriqueceram os resultados obtidos e abriram caminho para futuras investigações.

O aumento da literacia em saúde da população em geral é uma necessidade e deverá ser direcionada a todas as fases da vida. De acordo com os objetivos para o desenvolvimento sustentável a criação de ambientes que promovam a atividade física, assim como o estabelecer parcerias multissetoriais, são fundamentais.

A mudança comportamental é uma exigência atual. As políticas de saúde não podem passar por recomendações, mas extrapolar para medidas efetivas. A necessidade de atualização do rácio de EEESMO é uma realidade, assim com a transposição para a prática da diretiva europeia. Sendo um país deficitário quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos materiais, muitas seriam os benefícios se os EEESMO pudessem exercer as suas funções e competências específicas na sua área.

A junção das conclusões e sugestões deste estudo possibilitam o gerar de um novo paradigma na abordagem da AF à grávida, reforçada com as estratégias implementadas a nível nacional.

Sendo o contributo de um trabalho de investigação em enfermagem abrir caminho para a descoberta de novas áreas de possível intervenção, urge a necessidade de elaboração de um trabalho para uniformização e sistematização de conhecimentos, com orientações nacionais para a prática da AF dirigida à grávida - *manual de orientação* – resultado de um trabalho em parceria com a área da saúde e a do desporto, a ser utilizado pelos EEESMO. Assim como a promoção do seu conhecimento junto dos profissionais.

Conflitos de interesse

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologist (2002). Exercise during pregnancy and the post-partum period. *Committee opinion 267*. Obstetrics and Gynecology, p. 171-173.

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists (2015). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Committee Opinion 650*. Obstetrics and Gynecology; 126(6): p.135-42

ACSM. American College of Sports Medicine (2014). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (9th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Apolinário, S. & Figueiredo, V. (2016). Terapêutica de posição na gravidez, trabalho de parto e parto. *Terapêutica de Posição – Lusodidacta*, Capítulo 13, p. 142-165

Artal, R., & O'Toole, M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sport Med*, p.6-12.

Bacchi, E., Bonin, C., Zanolin, M., Zambotti, F., Livornese, D., Doná, S., & *et al.* (2016). Physical Activity Patterns in Normal-Weight and Overweight/Obese Pregnant Women. *PLOS ONE 11*.

Backstrom, C. *et al* (2017). To be able to support her, I must feel calm and safe': pregnant women's partners perceptions of professional support during pregnancy. *B MC Pregnancy and Childbirth MC series – open*, 17

Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo- Guia prático para o parto natural*. 1ªed., S. Pedro Estoril: 4Estações – Editora Ida

Barakat, R., Perales, M., Garatachea, N., Ruiz, J. R., & Lucia, A. (2015). Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *Br. J. Sports Med.*, 49:1377-1381.

Barakat, R.; Palaez, M.; Cordero, Y.; Perales, M.; Lopez, C.; Coteron, J.; & Michelle F.M. (2016). Exercise during pregnancy against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 649.e1-8

Bardin, Laurence - *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016

Barroso, I. & Amendoeira, J. (2018). O uso da narrativa no paradigma da investigação qualitativa. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. VI, 2: 29 – 40

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (janeiro-março de 2017). Primary Health Care Reform in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, pp. 701-711.

Booth A., Sutton A., Papaioannou D. (2016). Systematic approaches to a successful literature review. Los Angeles. Editora Sage;

Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança*: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico.

Cerejeira, I. (2010). Cuidados Pré-Natais prestados pelo EEESMO. Haverá futuro? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 45-47.

CDC. (n.d.). *Centers for Disease Control and Prevention*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pregnancy/>

Coutinho, E.C.; Silva, C.B.; Chaves, C.M.B. (2014) Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães. *Revista Escola Enfermagem USP*, vol.48, nº2, pp.17-24.

Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global* nº 47, 552-562.

Dellagnello, E. H. L.; Silva, R. C. (2005) Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DGS, APEO, & OE. (2012). Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada". Ordem dos Enfermeiros.

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

DGS. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019/2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Evenson, K.; Barakat, R.; Brown, W.; Dargent-Molina, P.; Haruna, M.; Mikkelsen, E.; Rousham, E. (2015). Guidelines for physical activity during pregnancy: comparisons from around the world. *Am J Lifestyle Med*, 2-11.

Ferreira, S. R. (2013). *Literacia na Gravidez: Utilização da internet como fonte de informação*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Fortin, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta,2009.

Garland, M. (2017). Physical activity during pregnancy: a prescription for improved perinatal outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners*, 54-59.

Hopkinson, Y.; Hill, D. M.; Fellows, L. & Fryer, S. (2018). Midwives understanding of physical activity guidelines during pregnancy. *Midwifery*, 59:23-36.

International Confederation of Midwives (2013) retirado de [hptt/ICM-Essential-Competencies-for-Basic-Midwifery-Practice-2010-revised-2013.pdf](http://www.icm-international.org/ICM-Essential-Competencies-for-Basic-Midwifery-Practice-2010-revised-2013.pdf)

Jardim, M.; Silva, A.; Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, Brasil: UFMA

Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6 (1), 1157-1162.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Leiferman, J., Sinatra, E. e Huberty, J. (2017) Pregnant Women's Perceptions of Patient-Provider Communication for Health Behavior Change during Pregnancy. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, p.672-684. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.411094>

Lima, F. R. & Oliveira, N. (2005). Gravidez e Exercício. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(3), 188-190;

Lindqvist, M.; Mogren, I.; Eurenus, E.; Edvarsson, K. & Persson, M. (2014). "An on-going individual adjustment": a qualitative study of midwives' experiences counselling pregnant women on physical activity in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:343.

Lindqvist, M.; Persson, M.; Mogren, I. (2018). "Longing for individual recognition" Pregnant Womens' experiences of midwives counselling on physical activity during pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 46-53.

Martins, M. (2005). *A promoção da saúde: percursos e paradigma*. Revista de saúde Amato Lusitano, 42-46.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. 5ª ed. Philadelphia: WoltersKulwer Health, Lippincott Williams &Wilkins.

Melnyk, B. M.; Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence- based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Mendes, K. *et al.* (2008) – Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Vol.17, nº4, p. 758-764.

Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Recomendação nº2/2012 - Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Morgan, D. L. (1998). *Planning focus group*. Thousand Oaks, California: Sage.

Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting *focus groups*. *Qualitative Health Research*, 20 (5), 718-722.

Mottola, M. F. & Artal, R. (2016). Fetal and maternal metabolic responses to exercise during pregnancy. *Early Human Development/Elsevier*, 33-41.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial da Saúde. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2018). Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030. Switzerland: World Health Organization.

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 267, 8-15.

Pereira, M. (2016) – *Preparação para o Nascimento e Parentalidade* in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª edição. Lisboa: Lidel

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda.

Ranzcog (2016). Exercise during Pregnancy. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists - Excellence in Women's Health*, Cobs 62 (1-14).

Ranzcog (2016b). Exercise during pregnancy. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists*.

Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (2009) - Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. *Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines*. Institute of Medicine, Washington.

Santos-Rocha, R. (2017) *Gravidez Ativa - Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto*. 2ª ed. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém

Santo, E. V. G. E. (2015). Estilos de vida na gravidez, evidências e recomendações (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Santos, J. R. N. M. (2014). Exercício Físico na Gravidez (Monografia não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Santos, P. C., Abreu, S., Moreira, C., Santos, R., Ferreira, M., Alves, O., Mota, J. (2016). Physical Activity Patterns During Pregnancy in a Sample of Portuguese Women: A longitudinal Prospective Study. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 1-8.

Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 13-16.

SOGC. (2003). Exercise In Pregnancy And The Postpartum Period. *J Obstetric Gynecology Can.* 6:516-29

Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity. Brussels: European Comission; 2018.

Stefani, L.; Mascherini, G. & Galanti, G. (2017). Indications to Promote Physical Activity during Pregnancy. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*.

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). *Focus groups: Theory and practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R (2013). Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista, (A.P.S.S. Espada, Trad.) (5ªed). Loures: Lusociência.

The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. The University of Adelaide - Australia: The Joanna Briggs Institute.

Tomey, A. M. (2003). Virgínia Henderson - Definição de Enfermagem. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª Edição* (pp. 111- 125). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Woodal, J.; Raine, G.; South, J.; Warwick-booth, L. (2010) Empowerment and Health & Well – being – evidence review. Centre for Health Promotion Research. Leeds Metropolitan University: All Together Better.

ANEXOS

ANEXO I – Pregnancy physical activity questionnaire (PPAQ)

PARmed-X for PREGNANCY **PHYSICAL ACTIVITY READINESS MEDICAL EXAMINATION FOR PREGNANCY**

O PARmed-X for PREGNANCY é um conjunto de diretrizes para a avaliação da saúde

que deve preceder a participação num programa de exercício pré-natal ou outro tipo de atividade física.

Mulheres saudáveis com gravidez sem complicações podem integrar a atividade física no seu dia-a-dia e podem participar em programas de exercício pré-natal, sem risco significativo quer para a grávida quer para o feto. Os benefícios obtidos através dos referidos programas de exercício incluem a melhoria da condição física aeróbia e muscular, a promoção de um ganho de peso gestacional apropriado e a facilitação do trabalho de parto. A prática regular de exercício também pode ajudar a prevenir a intolerância gestacional à glucose e a hipertensão induzida pela gravidez.

A segurança dos programas de exercício pré-natal depende do nível adequado de reserva fisiológica materno-fetal. O PARmed-X para a gravidez fornece aos profissionais de saúde uma *checklist* e as componentes da prescrição adequadas à avaliação das grávidas que queiram integrar um programa de *fitness* pré-natal e para acompanhamento de grávidas praticantes de exercício.

Instruções para o uso das 4 páginas do PARmed-X for PREGNANCY:

1. A grávida deve preencher a secção "Informação sobre a grávida" e a "Checklist de saúde pré-exercício" (Parte 1, 2, 3 e 4 na pág. 1) e entregar o formulário ao profissional de saúde que se encontra a acompanhar a sua gravidez.
2. O profissional de saúde deve verificar se a informação fornecida pela grávida está correta e preencher na SECÇÃO C a parte das CONTRAINDICAÇÕES (pág. 2) baseada em informação médica corrente.
3. Se não existirem contra-indicações para o exercício, o FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE (pág. 3) deve ser totalmente preenchido, assinado pelo profissional de saúde e entregue pela grávida ao seu profissional de exercício pré-natal.

Adicionalmente ao acompanhamento médico, a participação num programa de exercício físico com o tipo, intensidade e quantidade apropriadas, é recomendado no sentido de aumentar a probabilidade de resultados positivos para a gravidez. O PARmed-X for PREGNANCY fornece recomendações para a prescrição de exercício individualizada (pág. 3) e segurança dos programas (pág. 4).

NOTA: As secções A e B devem ser preenchidas pela grávida antes da consulta com o profissional de saúde que acompanha a sua gravidez.

A - INFORMAÇÃO SOBRE A GRÁVIDA

NOME _____

MORADA _____

TELEFONE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ N.º BENEFICIÁRIO _____

NOME DO PROFISSIONAL DE EXERCÍCIO PRÉ-NATAL _____

CONTACTO DO PROFISSIONAL DE EXERCÍCIO PRÉ-NATAL _____

B - CHECKLIST DE SAÚDE PRÉ-EXERCÍCIO**PARTE 1: ESTADO GERAL DE SAÚDE**

No passado, alguma vez experimentou (assinale Sim ou Não):

- | | SIM | NÃO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Aborto numa gravidez anterior? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Outras complicações da gravidez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Completei um questionário PAR-Q nos últimos 30 dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu SIM à questão 1 ou 2, por favor especifique:

N.º de gravidezes anteriores? _____

PARTE 2: ESTADO DA GRAVIDEZ ATUAL

Data Prevista de Parto: _____

Durante a presente gravidez, alguma vez experimentou (assinale Sim ou Não):

- | | SIM | NÃO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Fadiga acentuada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Hemorragias vaginais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Desmaios ou tonturas sem explicação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Dores abdominais sem explicação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Edema súbito nos tornozelos, mãos ou face? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 - Dores de cabeça persistentes ou problemas com dores de cabeça? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 - Edema, dor ou vermelhidão numa perna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 - Ausência de movimentos fetais após o 6.º mês? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 - Falta de aumento de peso após o 5.º mês? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu SIM a qualquer das questões anteriores, por favor especifique:

PARTE 3: ATIVIDADES HABITUAIS DURANTE O ÚLTIMO MÊS

1 - Liste apenas as atividades de fitness/recreativas:

INTENSIDADE	FREQUÊNCIA (n.º de vezes por semana)			(minutos/dia)		
	1-2	2-4	+4	<20	20-40	+40
Elevada	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Média	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ligeira	_____	_____	_____	_____	_____	_____

2 - A sua ocupação regular (no emprego ou em casa) envolve as seguintes atividades:

	SIM	NÃO
Carregar pesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcha/subida de escadas frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcha ocasional (> 1 vez/hora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longos períodos de pé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essencialmente estar sentada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividade diária normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Costuma fumar tabaco?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Costuma consumir álcool?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 4: INTENÇÕES RELATIVAMENTE A ATIVIDADE FÍSICA

Que atividade física pretende realizar?
Isso representa uma mudança relativamente ao que costuma fazer?

	SIM	NÃO
Que atividade física pretende realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isso representa uma mudança relativamente ao que costuma fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nota: As mulheres grávidas são fortemente aconselhadas a não fumar ou consumir álcool durante a gravidez e aleitamento

Physical Activity Readiness
Medical Examination
for Pregnancy

PARmed-X for PREGNANCY

PHYSICAL ACTIVITY READINESS MEDICAL EXAMINATION FOR PREGNANCY

C - CONTRAINDICAÇÕES PARA O EXERCÍCIO: A preencher pelo profissional de saúde			
CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS		CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS	
A grávida apresenta:		A grávida apresenta:	
1. Rotura de membranas, parto prematuro?	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Historial de aborto espontâneo ou parto prematuro em gravidezes anteriores?	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Hemorragias persistentes no 2.º ou 3.º trimestre/placenta prévia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Doença cardiovascular ou respiratória leve/moderada (ex.: hipertensão crónica, asma)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Hipertensão induzida pela gravidez ou pré-eclâmpsia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Anemia ou deficiência em Ferro? (Hb<100 g/l)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Cérvix incompetente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Má nutrição ou perturbações alimentares (ex.: anorexia, bulimia)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Evidência de restrição do crescimento intrauterino?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Gravidez gemelar com mais de 28 semanas de gestação?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Gravidez de alto risco (ex.: trigémeos)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Outra condição médica significativa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Diabetes tipo II, hipertensão ou disfunção da tiroide, doença respiratória ou disfunção sistémica grave, não controladas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Por favor especifique: _____	
Nota: O risco pode exceder os benefícios da atividade física regular. A decisão de se tornar ou manter fisicamente ativa deve ser tomada com aconselhamento médico			
RECOMENDAÇÃO para ATIVIDADE FÍSICA:		<input type="checkbox"/> Recomendada/Aprovada <input type="checkbox"/> Contraindicada	

PRESCRIÇÃO PARA ATIVIDADE AERÓBIA

TAXA DE PROGRESSÃO: a melhor altura para progredir é o 2.º trimestre, já que os riscos e desconfortos da gravidez são menores nessa altura. O exercício aeróbio deve ser aumentado gradualmente durante o 2.º trimestre de um mínimo de 15 minutos/sessão, 3 vezes/semana (com FC alvo ou Perceção subjetiva do esforço (PSE) apropriadas) até um máximo de 30 minutos/sessão, 4 vezes/semana (com FC alvo ou PSE apropriadas).

AQUECIMENTO/RETORNO À CALMA: A atividade aeróbia deve ser precedida de um breve (10-15 min) aquecimento e seguida de um curto (10-15 min) retorno à calma.

Incluir, no aquecimento e retorno à calma, exercícios calisténicos de baixa intensidade, de alongamento e relaxamento.

PRESCRIÇÃO/MONITORIZAÇÃO DA INTENSIDADE: A melhor forma de prescrever e monitorizar o exercício é combinar os métodos da FC e a perceção subjetiva do esforço.

F	I	T	T
FREQUÊNCIA Iniciar com 3 vezes por semana e progredir para 4 vezes por semana	INTENSIDADE Exercício com intervalo de FC alvo ou PSE apropriados	TEMPO Tentar 15 minutos, mesmo que isso signifique reduzir a intensidade. Intervalos de repouso podem ser úteis	TIPO Sem carga ou exercício de baixo-impacto utilizando os grandes grupos musculares (ex. marcha, bicicleta estacionária, natação, exercícios aquáticos, aeróbica de baixo-impacto)

ZONAS DE FC ALVO PARA MULHERES GRÁVIDAS		
Idade	Aptidão física ou IMC	Intervalo FC
< 20	-	140-155
20-29	Pouco ativa IMC>25 Kg m ⁻²	129-144
		135-150
		145-160
30-39	Pouco ativa IMC>25 Kg m ⁻²	102-124
		128-144
		130-145
		140-156
		101-120

PERCEÇÃO SUBJETIVA DO ESFORÇO	
Verificar a adequação da sua zona alvo de FC comparando-a com a escala abaixo. Um intervalo entre 12 e 14 (mais ou menos difícil) é apropriado para a maioria das mulheres grávidas.	
6	
7	Muito, muito leve
8	
9	Um pouco leve
10	
11	Leve
12	
13	Um pouco difícil
14	
15	Difícil
16	
17	Muito difícil
18	
19	Muito, muito difícil
20	

"TESTE DA FALA" - Um teste definitivo para evitar o excesso de esforço é utilizar o "teste da fala". A intensidade do esforço é excessiva se não conseguir manter uma comunicação verbal (conversa) enquanto executa o exercício.

O PARmed-X for PREGNANCY original foi desenvolvido por Wolfe, L.A., Ph.D., Universidade de Queen's, e atualizada pela Dr.ª M.F. Mottola, Ph.D., Universidade de Western Ontario.

Versão em português traduzida pela Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.

Não são permitidas alterações. A tradução e reprodução integral são encorajadas.

Disponível em Francês com o título «Examination medicale sur l'aptitude à l'activité physique pour les femmes enceintes (X-AAP pour les femmes enceintes)»

Cópias adicionais do PARmed-X for PREGNANCY, o PARmed-X e/ou o PAR-Q podem ser descarregadas do site: <http://www.csep.ca/forms.asp>.

Para mais informações contacte a:

Canadian Society for Exercise Physiology
185 Somerset St. West, Suite 202, Ottawa, Ontario CANADA K2P 0J2
tel.: 1-877-651-3755 FAX (613) 234-3565 www.csep.ca



PARmed-X for PREGNANCY PHYSICAL ACTIVITY READINESS MEDICAL
EXAMINATION FOR PREGNANCY

PRESCRIÇÃO PARA CONDIÇÃO MUSCULAR

É importante fortalecer todos os grandes grupos musculares quer durante o período pré natal quer no pós-parto

AQUECIMENTO E RETORNO À CALMA:

Amplitude de movimento: pescoço, cintura escapular, costas, braços, coxas, joelhos, tornozelos, etc.

Alongamento estático: todos os grandes grupos musculares
(não alongar excessivamente!)

EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR		
Categoria	Objetivo	Exemplo
Parte posterior superior do tronco	Promoção de uma boa postura	Shoulder shrugs, shoulder blade pinch
Parte posterior inferior do tronco	Promoção de uma boa postura	Elevação da perna e braço opostos na posição bípede
Abdómen	Promoção de uma boa postura, prevenção de dores na zona lombar e da diástase do reto abdominal, fortalecimento dos músculos que participam no trabalho de parto	Contração abdominal, curl-ups, elevação da cabeça na posição de deitado lateral ou bípede
Pavimento pélvico ("Kegel's")	Promoção de um bom controlo da bexiga, prevenção da incontinência urinária	"Wave", "Elevator"
Tronco	Melhorar o suporte muscular do peito	rotações do ombro, Extensão/Flexão de braços modificada com apoio na parede
Glúteos e membros inferiores	Facilitação do transporte de peso, prevenção de veias varicosas	Contração dos glúteos, Extensão da coxa na posição de pé, elevação dos calcanhares

PRECAUÇÕES NO CONDICIONAMENTO MUSCULAR DURANTE A GRAVIDEZ

VARIÁVEL	EFEITOS DA GRAVIDEZ	MODIFICAÇÕES DOS EXERCÍCIOS
Posição do corpo	<ul style="list-style-type: none"> Na posição de supino (deitada de costas), o útero aumentado pode diminuir a circulação sanguínea de retorno da parte inferior de corpo, por pressionar uma veia principal (veia cava inferior) ou pode diminuir a circulação de uma artéria principal (aorta abdominal) 	<ul style="list-style-type: none"> Após os 4 meses de gestação, os exercícios normalmente realizados na posição de supino, devem ser alterados Os referidos exercícios deverão ser realizados em posição deitada lateral ou de pé
Laxidão articular	<ul style="list-style-type: none"> Os ligamentos tornam-se mais relaxados devido ao aumento dos níveis hormonais As articulações tornam-se propensas a lesões 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar mudanças bruscas de direção e saltos durante os exercícios O alongamento deve ser realizado através de movimentos controlados
Músculos abdominais	<ul style="list-style-type: none"> Pode visualizar-se a presença de uma faixa (abaulamento) de tecido conjuntivo ao longo da linha média do abdómen da grávida (diástase do reto abdominal) durante os exercícios abdominais 	<ul style="list-style-type: none"> Não são recomendados exercícios abdominais se a diástase abdominal se desenvolver
Postura	<ul style="list-style-type: none"> O aumento de peso devido ao aumento do peito e útero pode causar a deslocação do centro de massa para a frente, podendo aumentar a curvatura da zona lombar Este facto também pode causar a projeção dos ombros para a frente 	<ul style="list-style-type: none"> Ênfase na postura correta e alinhamento pélvico neutro. A posição neutra da bacia encontra-se fletindo os joelhos, com os pés alinhados com os ombros, alternando o alinhamento da pélvis entre a anteversão e a retroversão da bacia, até encontrar a posição "média" na qual não acentua nem anula a lordose lombar
Precauções para exercício de resistência	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar a respiração contínua ao longo do exercício Expirar no esforço e inspirar no relaxamento, utilizando um número elevado de repetições e cargas baixas A Manobra de Valsalva (reter o ar durante o esforço) provoca alterações na pressão arterial e, por isso, deve ser evitada. Evitar exercícios na posição de decúbito dorsal após os 4 meses de gestação 	

PARmed-X for PREGNANCY - Formulário de Avaliação da Saúde

(Para ser preenchido pela grávida e entregue ao profissional de exercício pré-natal depois da obtenção de autorização médica para a prática de exercício)

Eu, _____ (nome da grávida), declaro que discuti os meus planos de praticar atividade física durante a gravidez com o meu médico pessoal e obtive a sua aprovação para iniciar a participação no programa de treino.

Assinado: _____ Data: _____
(assinatura da grávida)

Nome do médico: _____

Morada: _____

Telefone: _____

(assinatura do profissional de saúde)

CONSELHOS ÚTEIS PARA UMA VIDA ATIVA DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez é uma fase da vida em que as mulheres podem fazer mudança benéfica nos seus hábitos de saúde, de forma a proteger e promover o desenvolvimento saudável dos seus bebés. Estas mudanças incluem a adoção de hábitos alimentares melhorados, a abstinência do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e a prática regular atividade física moderada.

Uma vez que todas estas mudanças se podem manter no período pós-natal e seguintes fases da vida, a gravidez é uma ótima altura para adotar hábitos de vida saudáveis que se tornam permanentes integrando atividade física com alimentação saudável e agradável e uma autoimagem positiva.

Vida Ativa	Alimentação Saudável	Autoimagem positiva
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visite o seu médico antes de aumentar o seu nível de atividade física durante a gravidez ➤ Pratique exercício regularmente mas não exagere ➤ Pratique com uma amiga grávida ou participe num programa de exercício pré-natal ➤ Siga os princípios FITT modificados para mulheres grávidas ➤ Informe-se sobre as considerações de segurança para o exercício na gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As necessidades energéticas são mais elevadas durante a gravidez (cerca de 300 cal/dia a mais) ➤ Siga as recomendações da roda dos alimentos e escolha alimentos saudáveis dos seguintes grupos: cereais integrais ou pão e cereais enriquecidos, frutas e vegetais, laticínios, carne, peixe, aves e alternativas ➤ Beba 6-8 copos de fluídos, incluindo água, por dia ➤ A ingestão de sal não deve ser restringida ➤ Limite a ingestão de cafeína, ou seja, café, chá, chocolate e colas ➤ As dietas para perda de peso não são recomendadas durante a gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lembre-se que é normal ganhar peso durante a gravidez ➤ Aceite que a forma do seu corpo irá alterar-se durante a gravidez ➤ Disfrute a sua gravidez como uma experiência única e significativa

Para mais informações e aconselhamento sobre exercício pré e pós-natal, pode obter uma cópia do livro "Active Living During Pregnancy: Physical Activity Guidelines for Mother and Baby" © 1999. Disponível através de Canadian Society for Exercise Physiology, online: www.csep.ca Preço: \$11,95

Public Health Agency of Canada. The sensible guide to a healthy pregnancy. Minister of Health, 2012. Ottawa, Ontario K1A 0K9. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/guide/assets/pdf/hpguide-eng.pdf>. HC Pub.: 5830 Cat.: HP5-33/2012E. 1 800 O-Canada (1-800-622-6232) TTY: 1-800-926-9105.

Davenport MH, Charlesworth S, Vanderspank D, Sopper MM, Mottola MF. Development and validation of exercise target heart rate zones for overweight and obese pregnant women. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2008; 33(5): 984-9.

Davies GAL, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. Joint SOGC / CSEP Clinical Practice Guidelines: Exercise in Pregnancy and the Postpartum Period. *Can J Appl Physiol.* 2003; 28(3): 329-341.

Mottola MF, Davenport MH, Brun CR, Inglis SD, Charlesworth S, Sopper MM. VO: peak prediction and exercise prescription for pregnant women. *Med Sci Sports Exerc.* 2006 Aug;38(8):1389-95.PMID: 16888450

CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA

- Evite a prática de exercício em ambientes quentes/húmidos, especialmente durante o 1.º trimestre
- Evite exercícios isométricos ou esforço em apneia
- Mantenha uma nutrição e hidratação adequadas - beber líquidos antes e depois do exercício
- Evite exercícios em decúbito dorsal após o 4.º mês de gravidez
- Evite atividades que envolvam contacto físico ou risco de queda
- Conheça os seus limites - a gravidez não é uma boa altura para treinar para competição
- Conheça os motivos que implicam a paragem do exercício e, se estes ocorrerem, consulte imediatamente um profissional de saúde

MOTIVOS QUE IMPLICAM A PARAGEM DO EXERCÍCIO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO IMEDIATO

- Ventilação excessivamente acelerada
- Dor no peito
- Contrações uterinas dolorosas (mais de 6-8 por hora)
- Hemorragia vaginal
- Qualquer saída de fluido pela vagina (sugestão de rotura prematura das membranas)
- Tonturas ou desmaios

ANEXO II – Protocolo de pesquisa

Título

Contributos do EEESMO na Capacitação da mulher Grávida para a Atividade Física

RevisoresVerónica Figueiredo¹Hélia Dias²José Amendoeira²

1 Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde

Autor Correspondente:

Verónica Figueiredo

Email: v-figueiredo@hotmail.com

Questão de Investigação

Pergunta PICO: "Quais os Contributos do EEESMO na Capacitação(I) da mulher Grávida(P) para a Atividade Física(O)? " (formato PI[C]O).

Em que a população de interesse (P) é o EEESMO, a Intervenção (I) são as intervenções de enfermagem, que visam a promoção da capacitação da mulher grávida para a atividade física. (CO)

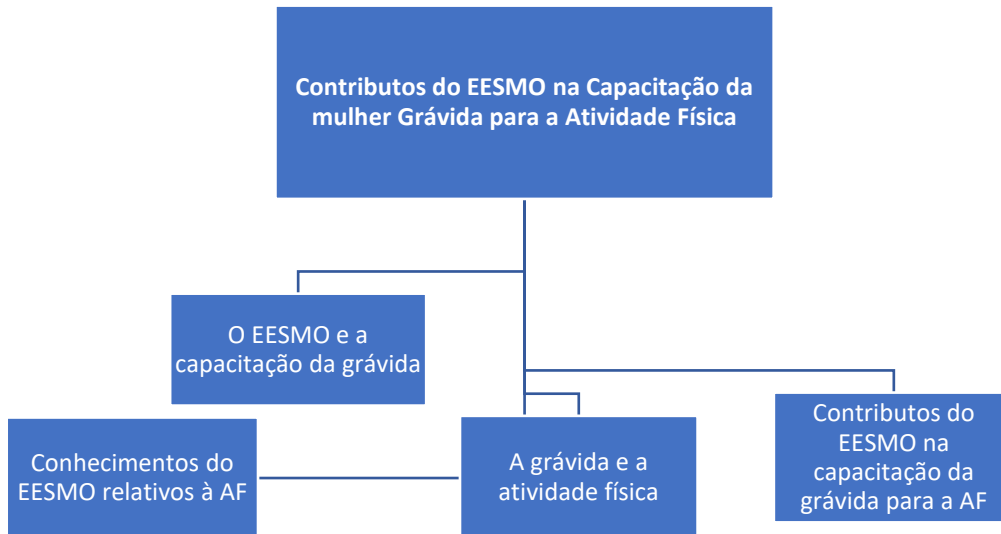
				Descritores
P	PARTICIPANTES	Quem foi estudado?	EEESMO	Midwives Physical activity Pregnant Empowerment
I	INTERVENÇÕES	O que foi feito?	PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO	
C	COMPARAÇÕES	Pode existir ou não		
O	OUTCOMES	Resultados/Efeitos/Consequências	CAPACITAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA AF	

Quadro 5 – Critérios para a formulação da questão de investigação

Objetivo: Identificar estudos que referenciam os contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para a atividade física.

Conceptualização - Mapa conceptual

O mapa conceptual permite desenvolver uma estratégia de pesquisa abrangente e providência uma clara imagem do tópico de pesquisa. Após definição do tema, surgem áreas de interesse, reconhecendo as disciplinas profissionais que publicam artigos sobre a questão que se pretende desenvolver.



Áreas de interesse:

1. Medicina/saúde
2. Ciências sociais: Psicologia e Sociologia

Palavras-chave

As palavras-chave são descritoras da Mesh Browser. Consultados a 10-09-2019

<https://meshb.nlm.nih.gov/search>

- **Midwives**
- **Physical activity**
- **Pregnant**
- **Empowerment**

Critérios de inclusão

Participantes - Mulheres grávidas em idade adulta (19-44 anos), com gravidez de baixo risco, sem patologia prévia à gravidez.

Intervenções de interesse - Intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação da grávida para a AF.

Resultados – Contributos do EEESMO que favorecem a capacitação da grávida para a prática da AF.

Tipo de estudos Todos os tipos de estudo publicados nos últimos 5 anos (janeiro de 2014 a janeiro de 2019) com evidência científica, redigidos em português e inglês, que incluíssem as palavras chaves.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada com base nas palavras-chave descritoras Mesh Browser, com intuito de ir ao encontro dos estudos que identifiquem intervenções do EEESMO para a capacitação da grávida para a AF. Procedeu-se à pesquisa nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – Host:

- Pubmed
- Medline;
- Mediclatina
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);
- Web of Science

A pesquisa foi realizada a 10 de setembro 2019 com os seguintes descritores: “Midwives”; “Physical activity; “Pregnant”; “Empowerment”, optando pelo Boleano AND.

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (Quadro 6):

Quadro 6 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Humano; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF.
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos
Mediclatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Booleano/frase.
Pubmed	Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos
Web of Science	Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2014- janeiro 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta

O quadro seguinte refere-se aos artigos encontrados nas diferentes bases de dados usando os descritores anteriormente referidas

Quadro 7 - Pesquisa por conjugação de descritores

Palavras-chave	Pubmed	Medline	MedicLatina	Cinahl	Web of Science	Resultados
1. Midwives	5608	548	79	4	47	6286
2. Physical activity	31292	6248	499	45	25	38109
3. Pregnant	16600	6913	946	14	153	24626
4. Empowerment	1239	703	65	0	11	2018
Midwives AND Physical activity	262	6	6	6	20	300
Midwives AND Physical activity AND Pregnant	65	6	6	6	10	93
Midwives AND Physical activity AND Pregnant AND Empowerment	1	0	0	0	0	1
Midwives AND Pregnant AND Empowerment	8	0	0	1	0	9
Midwives AND Empowerment	86	3	4	0	1	94
Physical activity AND Pregnant	630	154	11	0	3	798
Physical activity AND Empowerment	57	16	16	16	3	108
Physical activity AND Pregnant AND Empowerment	1	0	0	0	0	1
Pregnant AND Empowerment	50	31	1	0	3	85

Avaliação de qualidade metodológica

De acordo com cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao final de todos os conceitos, foram identificados 178 artigos. Após leitura do título obteve-se um total de **159** artigos (19 duplicados). Após a leitura do título e do resumo, dos mesmos obtiveram-se **11** artigos. Estes foram lidos na íntegra e considerando os critérios de inclusão/exclusão (quadro 6), selecionaram-se **5** artigos, tal

como representado no PRISMA (Figura 1). Tratando-se de artigos com estudos qualitativos, evidencia 3, foram submetidos a análise de qualidade metodológica.



PRISMA 2009 Flow Diagram

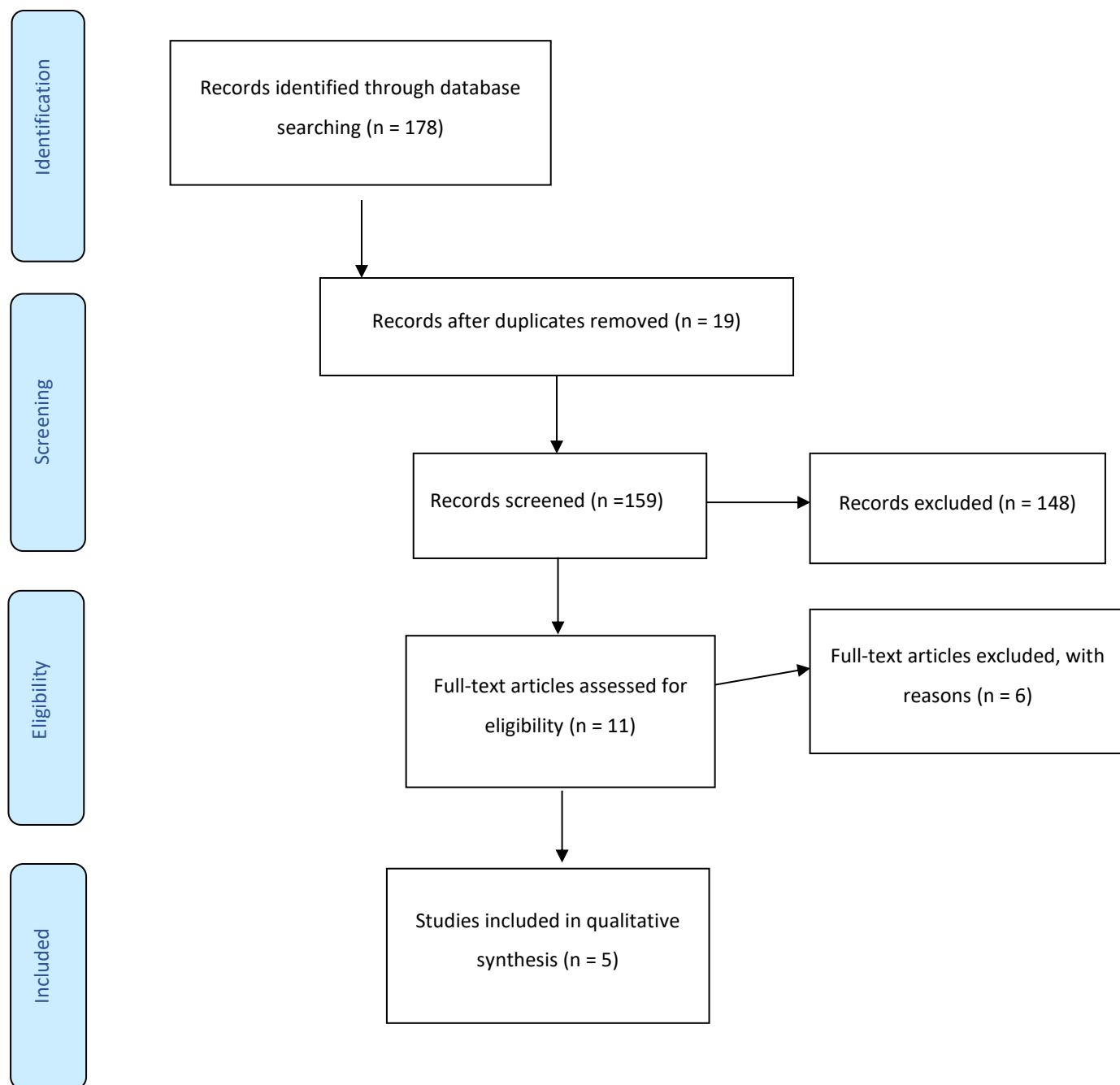


Figura 1 – PRISMA (Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institut))

Resultados

Os artigos foram analisados e as intervenções sintetizadas para determinar o conhecimento atual acerca das intervenções do EEESMO que contribuem para a capacitação da grávida para a AF.

Categorias das intervenções são:

- Relação de confiança e empatia entre a mulher e os profissionais de saúde;
- Preferências da mulher no processo de decisão, abordagem proactiva;
- Escassez de tempo disponível dos profissionais;
- Formação contínua dos profissionais de saúde;
- Partilha de experiência entre as mulheres e os pares;
- Barreiras organizacionais e financeiras
- Presença da pessoa significativa.

Análise de resultados

A análise descritiva dos resultados encontra-se no Capítulo 4 do presente trabalho.

Conflitos de Interesse

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Referências Bibliográficas

Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. Revista Nursing, 8-14. Disponível em: http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWM_4W3L6W1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidática. Loures

The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. The University of Adelaide - Austrália: The Joanna Briggs Institute.

ANEXO III – Guião de entrevista

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
5º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

**CONTRIBUTOS DO EEESMO NA CAPACITAÇÃO
DA MULHER GRÁVIDA PARA A ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação com vista a obtenção do grau de Mestre em Saúde Materna e Obstétrica
da Escola Superior de Saúde de Santarém

Verónica de Oliveira Cardoso Figueiredo

18 de setembro de 2019

GUIÃO DE ENTREVISTA

BLOCOS DE ENTREVISTA

- 1- Perspetivas relativa à Importância da atividade física para a mulher grávida
- 2- Perceção das competências do EEESMO durante a vigilância pré-natal na capacitação da grávida
- 3- Perceção sobre os cuidados prestados referentes à capacitação da mulher grávida para a atividade física
- 4- Conhecer as experiências e/ou estratégias utilizadas na promoção da AF
- 5- Limites de atuação e obstáculos considerados

Data da Entrevista	Hora	Codificação	Local	Observações
07.02.2020	17.30h		ESSS	

	OBJETIVOS	CONTEUDOS/QUESTOES	OBSERVAÇÕES
Introdução	<p>Promover a legitimação da entrevista</p> <p>Promover um ambiente facilitador à livre expressão das vivências experienciadas pelo participante</p>	<p>Informação genérica do estudo de investigação</p> <p>Informação acerca dos objetivos da entrevista</p> <p>Disponibilização para eventuais esclarecimentos de dúvidas e apresentação posterior dos resultados do estudo</p> <p>Leitura e assinatura do consentimento informado</p>	<p>Utilizar postura e linguagem adequada ao perfil social e cultural do participante.</p> <p>Colocar o gravador em local pouco visível de modo a evitar constrangimentos</p>
Desenvolvimento	<p>Conhecer as experiências a nível da AF</p> <p>Recolha de dados indicativos acerca do processo capacitação através da associação livre de ideias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considera benéfico a AF na mulher grávida? • Conhece as orientações do DGS • Como promove AF na mulher grávida • De que forma julga capacitar a mulher grávida em termos da AF • Obstáculos/sugestões 	<p>Registrar aspetos significativos da comunicação não-verbal (registos efetuados à posteriori)</p>
Conclusão	<p>Finalizar a entrevista</p>	<p>Agradecimento pela participação e disponibilidade</p> <p>Informação sobre a possibilidade de uma nova entrevista</p> <p>Disponibilização para qualquer esclarecimento</p>	<p>Facultar contacto telefónico para eventuais esclarecimentos</p>

ANEXO IV – Resumo dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura

ARTIGO 20

Título da Revisão: Longing for individual recognition” – Pregnant women’s experiences of midwives’ counselling on physical activity during pregnancy

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.12.003>

➤ **Autor/es:** Maria Lindqvist; Margareta Persson; Ingrid Mogren;

➤ **Ano da Publicação:** 2018

➤ **País de origem:** Suécia

➤ **Objetivos:** Avaliar quais as abordagens do EESMO na promoção da saúde com foco especial à AF às mulheres grávidas. Assim como, quais os fatores influenciaram a confiança da grávida no aconselhamento realizado pelo EESMO.

➤ **Metodologia/métodos:** Estudo de abordagem qualitativa com análise de conteúdo. Com entrevistas a 14 grávidas primíparas e/ou múltiparas com 35-36 semanas de gestação

Recrutamento de participantes do estudo: As gestantes foram solicitadas a participar do estudo antes do exame ultrassonográfico de rotina, realizado entre 18 e 20 semanas de gestação. Todos os participantes eram clientes de um Hospital Especializado em Saúde Materna (SMHC) de um hospital no norte da Suécia.

Foi usada uma amostragem intencional, mulheres saudáveis, primíparas, que fizeram um exame de ultrassom de rotina indicando resultado normal e mulheres que falavam sueco ou inglês. Procuraram ainda uma variação na idade, país de nascimento e índice de massa corporal (IMC) adequado. Definiram como mulheres imigrantes aquelas que não nasceram na Suécia.

A parteira indicada informou brevemente uma gestante qualificada sobre o estudo "aconselhamento sobre hábitos de vida durante a gravidez" e recebeu permissão do primeiro autor (ML) para contactar o participante elegível para obter informações adicionais sobre o paciente. As oito primeiras mulheres grávidas abordadas tiveram o seu consentimento verbal mais aprofundado para o contato; o nono participante elegível recusou a participação.

Durante a coleta de dados, foi reconhecida a necessidade de recrutar mais imigrantes e mulheres para obter a variação nas características de fundo desejadas. Nesse sentido, ocorreu um processo de recrutamento adicional destinado a gestantes obesas ($IMC \geq 30 \text{ kg / m}^2$) e / ou imigrantes. Esse recrutamento resultou em mais seis participantes, resultando em 14 participantes no estudo. Todos os participantes eram casados ou em coabitação, e seu nível educacional era igualmente distribuído entre a universidade e o ensino médio.

Guia de entrevista temática foi criado pelos autores que correspondiam aos objetivos do estudo, foi testado em uma entrevista piloto e resultou em pequenas revisões do guia. Foram incluídos os seguintes temas: experiências de aconselhamento de parteiras sobre hábitos de vida e mudança de estilo de vida em geral e atividade física em particular, o significado do aconselhamento de estilo de vida em geral e a confiabilidade da parteira em relação ao aconselhamento

Com o objetivo de reunir o máximo de informações e experiências possíveis da presente grávida, as gestantes foram entrevistadas entre 35 e 36 semanas de gestação. Decorreu no período de janeiro de 2015 a agosto de 2015. Os participantes determinaram o local para as entrevistas em profundidade.

Com o objetivo de reunir o máximo de informações e experiências possíveis da presente gravidez, as gestantes foram entrevistadas entre 35 e 36 semanas de gestação. Decorreu no período de janeiro de 2015 a agosto de 2015. Os participantes determinaram o local para as entrevistas em profundidade. Nove participantes solicitaram a entrevista em suas casas e cinco escolheram um local privado no hospital

Todos os autores chegaram a um consenso quanto à análise e apresentação dos resultados. Da análise de conteúdo emerge o tema “Ansiando pelo cumprimento das necessidades e expectativas individuais”, incluindo quatro categorias; “Ser exposto a aconselhamento insatisfatório”; “Apreciar aconselhamento solidário e confiável”; “Lutar com culturas” e “Lidar com atividade física na vida cotidiana”.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Adotado o Sistema Modelo de investigação da ação

Interpretação desenvolvida: Os resultados indicaram que alguns participantes tiveram aconselhamento limitado, caracterizado por falta de conhecimento, apoio e confiabilidade na parteira. Outros participantes relataram incentivo e apoio valiosos da parteira. Os participantes ansiavam pelo reconhecimento individual em vez de receber conselhos gerais sobre atividade física, projetados para todas as mulheres grávidas.

Assim, o aconselhamento individual sobre atividade física durante a gravidez, com base nas necessidades individuais da participante, era desejado. Pelo contrário, os participantes podiam experimentar a parteira como tendo sua própria agenda, conhecimento insuficiente e principalmente focada na vigilância médica. Há uma necessidade de maior nível de conhecimento entre as parteiras no pré-natal, sobre estilo de vida e mudança de estilo de vida durante a gravidez. Isso pode melhorar a promoção de um estilo de vida saudável para a mulher grávida durante o aconselhamento.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PARA EFICÁCIA - Nível 3

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Consciência da necessidade de formação na área. Necessidade da EESMO se afastar mais do *paradigma Biomédico e Holístico face aos Cuidados de Enfermagem centrando-se* numa prática de enfermagem humanística centrada nos cuidados à pessoa de forma individualizada. Falta de conhecimento, apoio e confiança no EESMO, é concomitante com oportunidade perdida de troca de conhecimentos entre o profissional e a grávida

ARTIGO 21

Título da Revisão: Midwives understanding of physical activity guidelines during pregnancy

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.019>

➤ **Autor/es:** Hopkinson Y; Hill DM; Fellows L; Fryer S

➤ **Ano da Publicação:** 2018

➤ **País de origem:** Reino Unido

➤ **Objetivos:** Avaliar o atual nível de compreensão do EESMO em relação às diretrizes de AF do NICE e que orientações dão às grávidas

➤ **Metodologia/métodos:**

Análise qualitativa de conteúdo. Pesquisa eletrónica, 59 EESMO's participaram no inquérito on-line composto por 11 perguntas de pesquisa (abertas e fechadas). Os participantes foram solicitados a identificar sua compreensão das atuais diretrizes / recomendações do Reino Unido para AF durante a gravidez.

Os participantes foram recrutados via média grupos sociais (por exemplo, grupos de obstetrícia no Facebook) usando conveniência e amostragem de bolas de neve.

Análise de dados - os dados das 6 perguntas em aberto foram analisados da mesma maneira usando a análise qualitativa de conteúdo, cujos temas identificados foram intensidade, duração e frequência. Perguntou-se às parteiras o que entendiam serem as diretrizes atuais para AF durante gravidez. Foram identificados os temas como a frequência, intensidade, duração, modo de exercício e comportamento. As respostas foram comparadas com as diretrizes. Após essa análise, apenas 2% das parteiras deste estudo identificou corretamente as diretrizes de para exercícios durante a gravidez, conforme estipulado pelo NICE (2010)

Quando se abster de AF - A maioria das parteiras (91%) parecia ter um bom entendimento

Fontes de informação sobre AF das respostas sobressaem em 4 temas: colegas, internet (fontes não especificadas), fontes baseadas em evidências e incertas

Níveis de confiança para responder a perguntas sobre AF durante a gravidez um grande número (59%) disse que se sentia confiante ou muito confiante em responder a perguntas nesta área

Desenvolvimento profissional contínuo (DPC) apenas 4% relataram que tinham acesso, 13% relataram que autofinanciavam a participação em eventos para garantir que seus conhecimentos estejam atualizados

Análise qualitativa de conteúdo. Pesquisa eletrónica, 59 EESMO's participaram no inquérito on-line composto por 11 perguntas de pesquisa (abertas e fechadas). Os participantes foram solicitados a identificar sua compreensão das atuais diretrizes / recomendações do Reino Unido para AF durante a gravidez.

Os participantes foram recrutados via média grupos sociais (por exemplo, grupos de obstetrícia no Facebook) usando conveniência e amostragem de bolas de neve.

Análise de dados - os dados das 6 perguntas em aberto foram analisados da mesma maneira usando a análise qualitativa de conteúdo, cujos temas identificados foram intensidade, duração e frequência. Perguntou-se às parteiras o que entendiam serem as

Algumas limitações ao estudo foram reconhecidas, como a natureza da estratégia de recrutamento pode ter significado uma amostra distorcida por incluir participantes que se sentiram confiantes em seus conhecimentos sobre AF e gravidez, com aqueles que estavam menos confiantes escolhendo não participar; o tamanho de amostra; o facto de as parteiras serem informadas antes do questionário, que seriam feitas perguntas sobre sua compreensão atual do Diretrizes do Reino Unido sobre AF. Sendo possível que se tenham preparado previamente e que as descobertas de seus conhecimentos sejam superestimadas; e embora apenas 4% das parteiras tenham tido acesso ao desenvolvimento profissional contínuo, a pesquisa atual não determina a prevalência de aprendizagem ou conhecimento autônomo que possa ser acessível em outro lugar

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Adotado o Sistema Modelo de investigação da ação

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Reconhecemos as sérias consequências para mãe e bebê quando uma mulher é fisicamente inativa durante a gravidez, é necessária uma melhor divulgação das diretrizes atuais junto das parteiras. Por sua vez, isso pode ajudar a melhorar a precisão dos conselhos dados às mulheres grávidas. Além disso, melhorar as oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, especificamente relacionadas aos conselhos de parteiras devem ser ativamente encorajados nos cuidados de saúde primários.

Verificamos que existe uma discordância entre as diretrizes atuais e o conhecimento dos praticantes, julgando-se prudente garantir o acesso adequado à formação a todos os profissionais. Apenas 2% relataram corretamente a compreensão do atual NICE diretrizes. Como tal, parece haver mais um problema de transferência de conhecimento referente a uma compreensão das diretrizes do NICE

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PARA EFICÁCIA - Nível 3

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Necessidade sentida de disseminação das diretrizes atuais e futuras da AF nos cuidados de saúde primários.

A percepção de excesso de confiança perante o défice de conhecimentos pode eventualmente comprometer uma promoção adequada na área da AF

A importância do desenvolvimento profissional contínuo, acessível a todos os profissionais

ARTIGO 69

Título da Revisão: Pregnant Women's Perceptions of Patient-Provider Communication for Health Behavior Change during Pregnancy

<http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.411094>

Autor/es: Leiferman, J.; Sinatra E.; Huberty, J.

➤ **Ano da Publicação:** 2017

➤ **País de origem:** USA

➤ **Objetivos:**

Examinar percepções sobre a comunicação, mudança de comportamento em saúde. Determinar que tipo de comunicação facilita ou impede o envolvimento do paciente e a adesão a certos comportamentos de saúde relacionados cessação do tabagismo, participação em atividade física, alimentação saudável e peso saudável ganho e controle de stress.

➤ **Metodologia/métodos:**

Estudo qualitativo, com 3 focus group num total 24 grávidas

Para participar no grupo focal elegeram mulheres grávidas, falantes de inglês e com idades entre 18 e 46 anos. Os participantes foram recrutados em clínicas locais de obstetrícia e obstetrícia. Foram examinadas 70 mulheres, das quais 24 participaram de um grupo focal. Três grupos focais foram realizados com uma média de 8 participantes por grupo.

As perguntas foram intencionalmente planejadas para serem interpretadas de maneira ampla, para que os participantes não fossem orientados em suas respostas. Por exemplo, "O que tornou mais fácil conversar com seu médico sobre alimentação saudável e ganho de peso saudável?" Perguntas mais direcionadas foram incluídas, em caso de necessidade.

Os dados foram transcritos na íntegra e analisados quanto a temas e padrões.

Os métodos para aumentar a confiabilidade incluem engajamento prolongado, observação persistente, uma trilha de auditoria, verificações informais de membros e triangulação. A triangulação envolveu reuniões da equipe de pesquisa para revisar a gama de dados, examinar dados contraditórios e considerar a possibilidade de significado simbólico ou deseabilidade social subjacente a aparentes discrepâncias. Os memorandos mantidos durante toda a experiência de trabalho de campo documentaram decisões sobre amostragem, categorização, formulação de modelo e similares.

Temas gerais surgiram a partir dos dados em todos os comportamentos de saúde (por exemplo, atividade física, alimentação saudável / peso saudável, ganho, controle do estresse e cessação do tabagismo). Isso inclui práticas atuais, barreiras, facilitadores e recomendações.

Este estudo tem algumas limitações, nomeadamente ser uma amostra pequena, limitada a poucas clínicas e, portanto, não é representativa de todas as mulheres grávidas nos EUA

<p>As mulheres relataram receber folhetos que incluíam informações sobre os tipos de atividades recomendadas, mas muito poucas informações sobre os recursos da comunidade para a participação nas atividades. Algumas referiram que recebiam informações mais específicas sobre atividade física, se perguntassem.</p> <p>A principal barreira apontada para a AF foram as informações inconsistentes, não tinham a certeza das atividades em que poderiam se envolver com segurança, ficando limitadas em suas opções. Como consequência não participavam em nenhuma AF.</p>
<p>➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u> Adotado o Sistema Modelo de investigação da ação</p>
<p>➤ <u>Interpretação desenvolvida:</u></p> <p>Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel significativo na retransmissão de informações corretas sobre a atividade física pré-natal a seus pacientes. Infelizmente, quase 50% dos profissionais de saúde desconhecem as diretrizes recomendadas para atividade física ou não discutem as diretrizes com seus pacientes. Isso é consistente com os achados de que muitas mulheres grávidas relataram receber pouca informação sobre atividade física de seus profissionais de saúde e, se o fizeram, a informação era frequentemente inconsistente</p>
<p>➤ <u>Nível de Evidência alcançado (se aplicável):</u></p> <p>NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PARA EFICÁCIA - Nível 3</p>
<p>➤ <u>Contributo para a questão de revisão:</u></p> <p>Necessidade sentida de informações de fontes credíveis. A importância da relação de empatia / confiança com o profissional de saúde como agente facilitador na mudança de comportamento. A problemática de busca de informação em fontes pouco credíveis.</p>

<p>ARTIGO 98</p> <p>Título da Revisão: “An on-going individual adjustment”: a qualitative study of midwives experience counselling pregnant women on Physical activity in Sweden.</p> <p>https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-343</p>
<p>➤ Autor/es: Maria Lindqvist; Margareta Persson; Ingrid Mogren; Eva Eurenus; Kristina Edvardsson</p>
<p>➤ Ano da Publicação: 2014</p>
<p>➤ País de origem: Suécia</p>
<p>Objetivos:</p> <p>➤ Perceber o tipo de aconselhamento que as parteiras suecas realizam às grávidas relativamente à AF, focalizando especificamente os fatores facilitadores e barreiras existentes.</p>
<p>➤ Metodologia/métodos:</p> <p>Avaliação qualitativa, exploratória e descritiva</p> <p>8 discussões Grupos Focais a 41 parteiras que trabalham em clínicas de cuidados pré-natais (ACN) nas áreas geográficas selecionadas. Realizadas entre setembro de 2013 e janeiro de 2014.</p> <p>A amostra intencional teve em conta uma variedade de idade, experiência de trabalho como parteira, número de anos de emprego em um ACN e localização geográfica.</p> <p>O guia de entrevista foi desenvolvido com base em ideias da literatura atual, bem como sobre as experiências de trabalho dos autores, como os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre atividade física em geral • Barreiras e facilitadores para atividade física • Aconselhamento de mulheres suecas nativas • Aconselhar mulheres imigrantes • Significado da forma do próprio corpo da parteira • Importância do estilo de vida da parteira <p>As entrevistas foram gravadas digitalmente transcritas e analisadas usando análise de conteúdo manifesto e latente</p> <p>Resultados: emerge o tema principal - “Um ajuste individual contínuo” e três categorias: “Aconselhamento como desafio”; “Aconselhar como andar o gelo fino” e “Aconselhamento como uma oportunidade”.</p> <p>A apresentação dos resultados foi estruturada com um resumo inicial de cada categoria, seguido por uma apresentação subcategorias incluídas. Os achados foram ilustrados usando as devidas citações.</p>

Categorias:

1. “Aconselhamento como um desafio “

Esta categoria compreende quatro subcategorias:

- Falta de combate de recursos;
- Respondendo a mulheres de alto desempenho;
- Respondendo a barreiras percebidas em mulheres grávidas;
- Respondendo ao cabo-de-guerra cultural.

Cada subcategoria representa aspetos do aconselhamento em relação à AF considerado difícil ou exigente. Estes diferentes aspetos envolvem questões organizacionais e económicas que incentivam mulheres altamente ativas a reduzir a AF, assim como a tornar as mulheres sedentárias mais ativas. Estes aspetos refletem crenças culturais.

Em relação ao *lutando contra a falta de recursos*, revelam que cortes económicos levaram a diminuição das possibilidades de cursos ou reuniões para adquirir informações atualizadas sobre as recomendações e orientações, dificultando atualização e motivação para incentivar a grávida para a AF.

Relativo à subcategoria *respondendo a mulheres de alto desempenho* -

Considerada uma situação exigente pelos participantes o aconselhar mulheres grávidas com alto desempenho. Uma vez que em geral são altamente educadas, de alto nível socioeconómico e autoconfiantes. Contudo apresentam dificuldades na avaliação das suas necessidades individuais durante a gravidez. Aconselhar estas mulheres a alcançar nível adequado de AF (reduzir a sua AF) foi considerado como muito desafiador

Em relação à subcategoria *respondendo às barreiras percebidas à atividade física em mulheres grávidas*. Foram consideradas como barreiras:

- Problemas físicos – cansaço devido à gravidez, dor nas costas ou dor pélvica
- Falta de tempo, o cuidado para crianças, ou com uma carga de trabalho pesada:
- Resistência psicológica
- Estilo de vida sedentário
- Falta de conhecimento
- O baixo status socioeconómico

Na subcategoria *respondendo ao cabo-de-guerra cultural* os participantes discutiram a importância de ajustar suas recomendações de AF para se adequar aos desejos, muitas vezes influenciada pelas expectativas culturais, das gestantes, embora estas recomendações não cumprissem recomendações gerais nas diretrizes. Por serem refugiados algumas mulheres consideravam com barreiras à AF o sofrimento pessoal (como depressão, económica problemas, problemas de saúde e isolamento) e ainda o clima desconfortável e falta de roupa apropriada

2. “Aconselhamento como andar no gelo fino”

As três subcategorias envolvem o medo dos participantes de não cumprir os objetivos de aconselhamento identificados nas recomendações e diretrizes. Além disso, os participantes tentaram proteger o relacionamento e individualizar o aconselhamento às necessidades específicas de cada mulher. A avaliação individualizada foi compreendida como necessária para um aconselhamento eficaz sobre AF. Esta individualização foi vista como um processo contínuo durante o curso da gravidez. Este ajuste contínuo de estratégias foi utilizado para atender às necessidades individuais de cada mulher e foi expressa em termos como “avaliação intuitiva”,

Alguns participantes sentiram que o seu próprio estilo de vida e corpo forma pode influenciar negativamente o aconselhamento

3. “Aconselhamento como uma oportunidade”

Esta categoria inclui as duas subcategorias *Navegando dentro das tradições culturais e identificar facilitadores individuais das mulheres*.

Apesar dos desafios devido às tradições culturais, os participantes tentam compreender a situação e ajustar a seu aconselhamento baseado na sua compreensão cultural, procurando alternativas culturalmente aceitáveis para a AF. Na sua maioria os fatores motivadores da AF foram o fortalecimento da saúde durante a gravidez, evitando o ganho excessivo de peso, e manter um feto saudável.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Adotado o Sistema Modelo de investigação da ação

➤ **Interpretação desenvolvida:**

O aconselhamento sobre atividade física durante a gravidez pode ser uma tarefa desafiadora para as parteiras, caracterizada por ajustes com base nas necessidades individuais de cada grávida.

Alcançar a mudança comportamental desejada em mulheres grávidas muitas vezes requer dar às próprias mulheres um papel central nos cuidados pré-natais; tal abordagem requer um bom relacionamento entre a parteira e as mulheres grávidas

Apesar do esforço das parteiras para encontrar soluções individuais para incentivar a AF, é necessário melhorar o aconselhamento, as parteiras sentem necessidade de treino adicional, onde as barreiras organizacionais e financeiras precisam de ser abordadas. Com intuito de promover a motivação da grávida para a AF. O aconselhamento sobre atividade física durante a gravidez pode ser uma tarefa desafiadora para as parteiras, caracterizada por ajustes com base nas necessidades individuais de cada grávida.

Em síntese, os resultados deste estudo têm algumas implicações clínicas, nomeadamente a educação formal adicional e treino em práticas para parteiras. Com intuito de fornecer as ferramentas e estratégias para sua prática diária na promoção de atividades de vida diária saudáveis como a AF

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PARA EFICÁCIA - Nível 3 - Observacional - Projetos Analíticos

Contributo para a questão de revisão:

➤ A mudança comportamental exige um esforço de todos, não só das grávidas e profissionais de saúde. Barreiras organizacionais e financeiras foram focadas e precisam de ser debatidas. A falta de formação e atualização na área da AF pode ser um obstáculo à capacitação da mulher grávida para AF. O aconselhamento deverá ser individualizado e atender às necessidades de cada grávida para tal é preciso dar ao profissional ferramentas e estratégias para que este atinja os resultados esperados.

ARTIGO 108

Título da Revisão: To be able to support her, I must feel calm and safe': pregnant women's partners perceptions of professional support during pregnancy

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1411-8>

➤ **Autor/es:** Backstrom C; Thorstensson S; Martensson LB; Rimming R; Nyblin Y; Golster M

➤ **Ano da Publicação:** 2017

➤ **País de origem:** Suécia

➤ **Objetivos:** Explorar as percepções dos parceiros das mulheres grávidas relativas ao apoio profissional durante a gravidez

➤ **Metodologia/métodos:** Projeto de pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, cujo fenómeno descrito é o suporte profissional

O estudo foi realizado em um condado no sudoeste da Suécia; a coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Foram convidados um total de 38 parceiros, 20 dos quais aceitaram. Usando uma amostragem estratégica, um total de 14 parceiros (pais expectantes e co-mães) foram incluídos no estudo.

Os critérios de inclusão foram:

- 1) parceiros de mulheres que esperavam seu primeiro filho com gestações únicas;
- 2) pretendem dar à luz no hospital do condado e
- 3) ambos entender e falar sueco.

A amostragem foi utilizada para garantir a variação em termos de idade, local de residência (urbana, suburbana ou rural), distritos, o ensino médio e / ou o ensino universitário e o (s) momento (s) de educação que recebiam (somente aula de educação pré-natal, apenas a palestra do hospital, ou ambos). Todos os participantes foram contatados por o primeiro autor via telefone. Antes do início das entrevistas, os informantes haviam sido informados por escrito sobre a profissão do entrevistador (parteira / estudante de doutorado).

Entrevistas semiestruturadas individuais foram realizadas por telefone usando um guia de entrevista composto por perguntas abertas; gravadas em áudio e transcrito textualmente. As perguntas abertas foram as seguintes: "Que tipo de apoio profissional você recebeu para o parto e para os pais?"

"Como você percebeu o apoio destinado a você?"

Perguntas investigativas como "você poderia explicar mais?" também foram usadas.

Dois entrevistas-piloto foram realizadas antes da primeira entrevista

Os dados foram analisados utilizando uma abordagem fenomenográfica. Os resultados confirmaram algumas preconcepções e lançaram uma nova luz sobre as percepções dos parceiros sobre o apoio profissional durante a gravidez.

Os resultados do estudo foram apresentados através de quatro categorias descritivas: Capacidade de absorver informação; Possibilidade de conhecer e compartilhar com outros pais expectantes; Confirmação da importância do parceiro; e Influência no relacionamento do casal. Usando uma

suposição teórica do relacionamento entre as categorias mostrou que a quarta categoria foi influenciada pelas outras três categorias.

Pesquisas anteriores mostraram que o engajamento dos parceiros pode consistir na busca de informações e apoio nos preparativos para se adaptar às futuras mudanças na vida que a transição para a paternidade inclui. Duas maneiras para os profissionais conseguirem isso poderiam ser investigar educação sobre a preparação para essa transição e criar possibilidades de contatos sociais com outros futuros pais.

Os parceiros incluídos no presente estudo receberam educação tanto nas aulas de pré-natal quanto em uma palestra no hospital local. Percebeu-se que os parceiros entenderam que o seu envolvimento nesses momentos de educação e sua capacidade de absorver informações foram aumentados por emoções, discussões e mediação pedagógica das parteiras (momentos ilustrativos práticos, por exemplo). Os momentos de educação também, de acordo com os achados do presente estudo, criaram acesso a outros futuros pais.

Em contrapartida os parceiros do presente estudo perceberam que a falta de apoio profissional poderia contribuir para sentimentos de falta de importância. Quando os parceiros se sentem sem importância, excluídos do acesso ao apoio profissional e / ou despreparados para apoiar uma mulher durante o trabalho de parto, estes fatores podem levar a efeitos negativos para os parceiros e para as mães e bebês. Exemplos desses efeitos negativos incluem o medo do parto e a incapacidade de apoiar a mulher durante o parto. Destacando assim a importância da inclusão de parceiros.

Oferecer a quantidade certa de apoio profissional pode ser visto como um ato desafiador de equilíbrio, que deve derivar das necessidades individuais dos futuros pais. Importa ter em mente o risco de super profissionalização, pois o uso excessivo de rótulos de risco pode levar os profissionais a perder o valor de ver a gravidez e o parto como um evento normal da vida. Um exemplo disso pode ser os profissionais que veem a gravidez, o parto e a transição para a paternidade como influenciando negativamente o bem-estar e o relacionamento dos pais. Importa em vez de focar na identificação de riscos, o foco principal dos cuidados e da pesquisa deverá ser a otimização dos processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Com essa perspectiva, os cuidados devem se concentrar nas necessidades dos indivíduos, para evitar a visualização da gravidez e do parto através de uma 'lente de risco'.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Entrevistas semiestruturadas individuais

Adotado o Sistema Modelo de investigação da ação

Interpretação desenvolvida:

Os parceiros das gestantes incluídas neste estudo perceberam que o apoio profissional durante a gravidez poderia influenciar o relacionamento do casal. A capacidade dos parceiros de se comunicar e experimentar a união com as mulheres aumentou quando o casal expectante recebeu apoio profissional juntos.

O apoio também criou possibilidades de conhecer e compartilhar experiências com outros pais expectantes, o que foi percebido como positivo. Por outro lado, foi constatado que a falta de apoio contribui para os sentimentos de falta de importância dos parceiros. Era essencial que as parteiras incluíssem os parceiros, confirmando que eram indivíduos que tinham necessidades diferentes de vários tipos de apoio profissional. Os parceiros perceberam que era mais fácil absorver as informações quando elas eram adequadas e recebidas com uma pedagogia que fazia os parceiros se interessarem e se envolverem emocionalmente

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PARA EFICÁCIA - Nível 3

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A falta de informação pode correr o risco de levar os profissionais a perder o valor de ver a gravidez e o parto como um evento normal da vida. O mito criado em torno de que a AF é prejudicial à grávida deverá ser uma área a trabalhar. Os cuidados devem-se concentrar nas necessidades dos indivíduos, para evitar a visualização da gravidez e do parto através de uma “lente de risco”. Com otimização dos processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

O apoio profissional é fulcral durante a gravidez e deve envolver a pessoa significativa da grávida usando a inteligência emocional aquando do mesmo.

Educar sobre a preparação para a transição e criar possibilidades de contatos sociais com outros futuros pais são outros aspetos a ter em conta na capacitação do casal.

ANEXO V – Pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém

À Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém

Verónica de Oliveira Cardoso Figueiredo, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, mestranda no 5.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio solicitar à Comissão de Ética o pedido de apreciação do Projeto e a autorização da recolha de dados por meio de entrevista *focus group* em gravação áudio, ao grupo de EEESMO que realizam Cursos de Preparação para o Nascimento. Este pedido fundamenta-se no facto de que pretende elaborar uma investigação qualitativa no âmbito do seu mestrado, a qual visa estudar e aprofundar o tema “Contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para a Atividade Física”. Desta forma o estudo será elaborado entrevista *focus group* a uma amostra previsível de 6 EEESMO’s no mês de janeiro. Os dados recolhidos terão carácter anónimo quanto à individualidade dos sujeitos entrevistados. Desde já agradece toda a colaboração disponibilizada, na realização de mais um trabalho que visa, acima de tudo, a melhoria dos Cuidados de Saúde prestados à mulher grávida/família/comunidade, refletindo as práticas de enfermagem onde os EEESMO são elementos essenciais das equipas multidisciplinares e interdisciplinares para propiciar um começo de vida saudável, capacitar para a autogestão dos cuidados e promover a literacia em saúde.

Pede Deferimento,

Salvaterra de Magos, 18 de novembro de 2019

ANEXO VI – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

TEMA: Contributos do EEESMO na Capacitação da mulher Grávida para a Atividade Física

Esta investigação tem como objeto de estudo conhecer os contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para atividade física. Pretende-se desta forma identificar a visibilidade de cuidados de enfermagem obstétricos, com intuito de reduzir o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável, perspetivando o “exercício como medicamento”. Os objetivos deste estudo são:

- Identificar os conhecimentos do EEESMO relativos atividade física para a mulher grávida;
- Conhecer as estratégias do EEESMO na capacitação da mulher grávida relativo à prática de atividade física

Estudo realizado por: Verónica de Oliveira Cardoso Figueiredo

- ✓ Reconheço que todos os procedimentos de investigação me foram explicados e compreendo as vantagens da realização deste estudo.
- ✓ Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão.
- ✓ Foi-me assegurado que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, assim como me foi assegurado o anonimato.
- ✓ Compreendo que sou livre de a qualquer momento poder desistir do estudo, e que se tal acontecer, a qualidade dos cuidados de que posso beneficiar em nada será afetado.

Pelo presente documento, eu consinto em participar de livre vontade no estudo e autorizo a gravação das entrevistas.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO
IPSANTARÉM



EMISSÃO DE PARECER 012020Saúde

Identificação do Investigador | **Verónica de Oliveira Cardoso Figueiredo**

Identificação do Projeto | **“Contributos do EEESMO na capacitação da mulher grávida para a Atividade Física”**

PARECER

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação, conferente de grau;
- Identificação da instituição envolvida (Escola Superior de Saúde de Santarém)
- Os objetivos são apresentados, embora não seja clara a fundamentação teórica subjacente aos mesmos;
- Os critérios de seleção/inclusão e recrutamento dos participantes não são apresentados;
- A metodologia qualitativa e instrumentos utilizados são adequados;
- É apresentado o consentimento informado aos participantes, que permite a participação voluntária;
- Os investigadores estão enquadrados no Código Deontológico do Enfermeiro, pelo que está salvaguarda as questões associadas à confidencialidade dos dados recolhidos e o seu tratamento;

Recomenda-se que:

Seja reportado como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente as gravações, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerentes ao respeito pela autonomia dos participantes.

Assinatura

Santarém, 1 de março 2020

Carla Chica Borrego
(Coordenadora da Comissão de Ética)

ANEXO VIII – Apresentação do estudo

Guião de Entrevista

Apresentação do Estudo

Designação do Estudo: — Contributos do EEESMO na Capacitação da mulher Grávida para a Atividade Física.

Este estudo é desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Santarém, e tem como principal objetivo identificar a visibilidade de cuidados de enfermagem obstétricos, com intuito de reduzir o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável, perspetivando o “exercício como medicamento”.

Esta investigação torna-se necessária para refletirmos sobre as práticas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Pretendo com este estudo recolher informações que permitam prestar melhores cuidados às mulheres grávidas/família e comunidade durante o período pré-natal.

Para tal, necessito da sua colaboração e ficar-lhe-ia muito grata se pudesse dispensar alguns minutos para a realização de uma entrevista, sendo esta gravada em áudio. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura. A confidencialidade das respostas é assegurada.

Para qualquer esclarecimento ou dúvida pode contactar-me: 918139252 ou

v-figueiredo@hotmail.com

A investigadora

(Verónica de Oliveira Cardoso Figueiredo)

ANEXO IX – Matriz de Análise

Quadro 9 – Matriz de Análise

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
A valorização da AF para a grávida, da relação de confiança e empatia com a grávida e pessoa significativa com os profissionais de saúde, assim como a partilha de experiências.	Perspetiva relativa à Importância da atividade física para a mulher grávida;	Atribuindo importância à AF na gravidez	<p>Importância da AF</p> <p>Desconhecimento existente</p> <p>Necessidades atuais</p> <p>Necessidade de desmistificação</p>	<p><i>Sim, muito importante, nesse ponto concordamos todas.” (VF1, L22)</i></p> <p><i>“Para a grávida e para qualquer ser humano!” (VF4, L23)</i></p> <p><i>“já o faz deve manter, deve manter o exercício físico, continuar a ter uma AF” (VF3, L 26-27)</i></p> <p><i>“Tem de haver sensibilidade..., a grávida não vai fazer saltos, não vai fazer abdominais, não vai andar na passadeira” (VF4, L66-67)</i></p> <p><i>(...) quando está a transpirar, está a desidratar é para suspender “(VF4,71-76)</i></p> <p><i>“Foram elas que me desafiaram. Elas próprias querem sair da rotina. (VF4, L412-413)”</i></p> <p><i>“miúdas novas têm outra mentalidade, já todas praticam na maioria desporto (...) perguntam sempre se podem continuar “(VF1, 37-39)</i></p> <p><i>“importante é desmistificar que a AF não é prejudicial na gravidez, começar sempre por aí. (VF2, L24)”</i></p> <p><i>“Muitos anos foi dito, e isto perdura. No meu tempo não se podia, portanto não podes... “(VF1 – L386)</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
A importância do EEESMO na educação pré-natal	Perceção das competências do EEESMO durante a vigilância pré-natal na capacitação da grávida;	Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva	<p>Promoção conhecimentos</p> <p>Incentivo à prática</p> <p>Confiança e segurança profissional</p> <p>Adaptando à necessidade</p>	<p><i>“O Plano nacional da AF dá essa informação, é divulgado pelas grávidas” (VF3, L 52)</i></p> <p><i>“podemos contribuir para que ela mantenha uma gravidez saudável e continuar a fazer a sua AF” (VF3, L 93-95)</i></p> <p><i>“faziam continuam, mas com alguma moderação, não ser exercícios com muito impacto, ir adaptando à situação, se nunca fez ir começando” (VF1, 43-44)</i></p> <p><i>“(…) somos a referência na área da saúde materna nas nossas unidades (…) promovemos muito a discussão na área da saúde materna, os nossos colegas (…) durante as consultas se for preciso algum esclarecimento chamam-nos nessa consulta, ou esclarecem” (VF3, L113-118)</i></p> <p><i>“(…) elas reconhecem no EEESMO capacidade para as acompanhar na gravidez de baixo risco (…) quando não há médico temos oportunidade” (VF4, L 259-263)</i></p> <p><i>“(…) eu tenho competências para fazer a consulta” (VF1, L237)</i></p> <p><i>“A confiança tem a ver com a postura que tu tens como enfermeiro porque se tu mostrares aquilo que és como EEESMO não há mulher nenhuma que questione o que tu fazes (…)” (VF1, L264-272)</i></p> <p><i>“Ela é maior e vacinada e pode decidir (…) profissional tem conhecimentos, sabem que não fazemos exercícios de andarem aí aos pulos, aos pinotes. Fazemos uma</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
				<p><i>atividade dirigida ao momento do parto, preparar o corpo, torná-lo mais flexível, tudo coisas tão simples” (VF1, L 280-284)</i></p> <p><i>“Na minha preparação não me limito só às básculas eu já faço muita coisas (...)” (VF1, L83-L86)</i></p> <p><i>“(...) exercício físico trabalha-se nos cuidados pré – concecionais, quando as mulheres te veem dizer que querem engravidar “(VF2, L 225-230)</i></p> <p><i>“(...) já faziam continuam ou não faziam e vamos começar de uma forma moderada a fazer” (VF, L 29-32)</i></p>
Aumento do tempo disponível dos profissionais, com uma abordagem mais proactiva e humanizada	Perceção sobre os cuidados prestados referente à capacitação da mulher grávida para a atividade física;	Atribuindo importância à saúde pré-natal	<p>Importância da consulta pré - concecional</p> <p>Foco na Saúde Escolar</p> <p>Investigação e atualização conhecimentos</p>	<p><i>“Temos de começar nas consultas dos 13 anos a dizer que quando pensarem em engravidar tem de vir à consulta pré-concecional “(VF1, L 232-233)</i></p> <p><i>“saúde escolar, já faz parte os adolescentes era uma área interessantíssima para se continuar na área do desporto, e da AF se forem raízes que vierem das crianças é mais fácil (VF3, L370-372)</i></p> <p><i>“procurar já existem orientações nesse sentido, e já divulguei, aquelas grávidas que nos questionam mais, passamos a informação” (VF3, L89-90)</i></p> <p><i>“Importante saber os sinais de alarme para a suspender” (VF4, L 28)</i></p> <p><i>“Eu não vejo contra-indicação, temos é que as alertar, que podem ter riscos” (VF1, L103)</i></p> <p><i>“fui pesquisar exercícios que podiam ajudar, (...) e fui adaptando, coisas simples que elas podem fazer em</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
				<p><i>segurança, que não colocam em perigo nada, mas que trabalham coisas que não faziam antes” (VF1, L 178-180)</i></p> <p><i>“Plano Nacional para a AF (...) grávidas estão mais informadas, o plano nacional para a atividade física na prescrição do exercício, as próprias guidelines dão-nos essas informações” (VF3, L 40-43)</i></p>
A necessidade de formação continua e atualização de conhecimentos dos EEESMO por apresentarem défice de conhecimentos que permita uma abordagem segura	Conhecer as experiências e/ou estratégias utilizadas na promoção da AF;	Perspetivando um nascimento saudável	Trabalho multidisciplinar	<p><i>“Trabalho multidisciplinar, mas a nível do colégio de saúde materna e sair uma orientação como saiu em tempos do livro de bolso da saúde materna, mas específico para o exercício físico. Uma junção e coisas definidas e orientadas para a nossa prática. “(VF3, L500-503)</i></p> <p><i>“(…) existe investigação nessa área, se formos motivados e irmos de encontro às necessidades das pessoas (...) (VF3, L293)</i></p> <p><i>“(…) superinteressante ioga pela parte respiratória (...) aprendem a respirar (...) a preparação para o parto é uma diferença descomunal (...) Também o Pilates (...) agora é preciso encontrar sítios, ginásios que saibam quais são as limitações da grávida” (VF4, 52-60)</i></p> <p><i>“Os técnicos em termos do desporto também já têm essa capacidade.” (VF3, L 63)</i></p>
			Formação de parcerias	<p>“(…) há pouco tu partilhavas... que tinhas parcerias com outros profissionais” (M- L123-124)</p> <p><i>“Sim, os colegas de reabilitação, eu não tenho horas e apesar de elas serem minhas colaborantes (...) eu sei</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			Motivação profissionais	<p><i>quais são os exercícios que elas trabalham com a mulher” (VF1, L125-127)”</i></p> <p>“Há aqui uma abertura a outros profissionais, sendo o objetivo prestar os melhores cuidados aquela grávida? “(M- L128-129)</p> <p><i>“Claro que sim, quem prestar melhor cuidado é sempre bem-vindo” (VF1, L 130)</i></p> <p><i>“Assim como vamos buscar contributos à nutrição (...) deveríamos ir buscar aos profissionais do desporto conhecimentos para conseguirmos capacitar as mulheres” (VF2, L490-493)</i></p> <p><i>“nós próprios darmos formação aos profissionais de desporto” (VF4, L494-495)</i></p> <p>“(…) Estes encontros são uma mais valia!” (M, L 414-415)</p> <p><i>“(…) o tempo não chega para partilharmos umas com as outras (...) falar de trabalho, das nossas necessidades formativas (...) Precisávamos de ter isto, de uma forma mais estruturada, haver uma reunião com pontos para discutir e todas davam o seu contributo” (VF1, 416-422)</i></p> <p>“(…) renovação do quadro clínico (...) estamos a ficar velhas, que se traduz em sabedoria, conhecimento e cada vez mais enriquecidas de modo a conseguir trabalhar com eles com a mesma filosofia. Temos de acreditar! (M, L 442-446)</p> <p><i>“Os profissionais ao longo do tempo precisam de ser motivados, precisam de ser atualizados” (VF3-L383)</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			Formação continua - Partilha	<p><i>“Mais importante é que temos vontade de mudar, mas temos de ter também esse suporte para mudarmos. Porque dizer eu quero fazer e lá de cima dizerem não podes (...) às vezes desespero (...)” (VF1, L447-455)</i></p> <p><i>“E temos uma colega nossa que fez formação a área de desporto na saúde ou saúde no desporto, muito virado para esta vertente (...), era uma mais valia, para quem faz preparação, contributos nesta área, (...) muito importante perceber o que ela trouxe nessa formação” (VF4, L160-165)</i></p> <p><i>“(...) mas esta partilha é tão necessária. Os EEESMO’s deviam - se reunir nem que seja de 3/3meses, partilhando as mais valias que todas temos, porque todas nós poderemos colaborar “(VF1, L168-173)</i></p>
			Novas políticas de saúde	<p><i>“Questões políticas e a nível nacional, continuamos a não conseguir transpor uma diretiva europeia para o país que até é deficitário em termos económicos e de recursos humanos (...)” (VF3, L351-354)</i></p> <p><i>“Devíamos passar pela prescrição de exercício físico perante cada situação” (VF3, L87)</i></p> <p><i>“No Sclinico (...) existir uma junção da ordem dos enfermeiros do colégio da especialidade de saúde materna a saber a atualização que existe dos meios informáticos e a propor que a prescrição do exercício físico fosse possível para a grávida no SNS “(VF3, L 396-402)</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			Uniformização de procedimentos	<p>(...) somos um exemplo para aquela comunidade (...) podemos de algum modo incentivar...” (M, L-403-405) <i>“Exigem outros tipos de cuidados, outro tipo de população que tem outro tipo de práticas, conhecimentos.” (VF4, L203-204)</i> <i>“(...) era bom que os ginásios entrassem para o IRS. Ir a um ginásio, desporto em Portugal é um luxo!” (VF4, L373-374)</i> <i>“(...) apostam nos EEESMO’s para colmatar a falta de médicos existentes. (VF3, L359-360)</i></p> <p><i>“OE (...) um livrinho para a preparação para o parto, para todos os enfermeiros que façam preparação para o parto usarem, mas que proibiu a sua edição (...) especialidade de saúde infantil diz que estamos a meter o “bodelho” numa área que é deles e por isso não saiu (VF1, L183-187)</i> <i>“(...) era pertinente uma esquematização e uniformização de procedimentos” (VF6, L 181-182)</i></p>
			Introdução nos currículos escolares dos cursos superiores a vertente AF	<p><i>“cursos para os profissionais para atualização” (VF3, L156)</i> <i>“eu hoje como especialista vejo que o meu trabalho estava muito aquém daquilo que devia” (VF1, L 176-177)</i></p>
Barreiras organizacionais, institucionais e financeiras	Limites de atuação e obstáculos considerados	Vivenciando obstáculos e barreiras	Políticas de saúde	<i>“O Handicap é a prescrição...” (VF3, L240)</i>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			Falta de formação na área	<p>“Não é handicap para mim, sabes porquê? Eu faço as consultas e a doutora passa depois as coisas sem a mulher lá ter de ir outra vez” (VF1, L 241-242)</p> <p>“acho um desperdício enorme, a saúde materna estar a avaliar pés diabéticos e as amamentações não conseguimos dar respostas (...) quando cheguei aos CSP era uma felizarda (...) eu estava só na area da saúde materna e não chegava” (VF4, L335-341)</p> <p>“Mas não tem a ver com o ACES!” (VF1, L 342)</p> <p>“Tem a ver com a organização e a forma como os cuidados de saúde primários nos vêm como uma profissão com trabalho específico” (VF3, L343-344)</p> <p>“Devias estar no CS a fazer o teu trabalho ponto...” (VF1, L 345)</p> <p>“Dificuldade de horas atribuídas ao EEESMO para poder colocar em prática a formação realizada!” (M, L 316-317)</p> <p>“Temos todas (dificuldades), eu precisava de ter horas para ir para a piscina com as moças” (VF1, L315)”</p> <p>“O rácio do EEESMO devia ser atualizado! (M, L 333-334)</p> <p>“temos de mudar o nosso discurso deve ser sempre na pessoa significativa (...) (VF1, L 486)</p> <p>“Não foi com a nossa especialidade que fiquei tao bem com esta noção, foi ao longo da prática, necessidade de</p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			Trabalho em equipa ineficaz	<p><i>estar em constante atualização, pesquisa e investigação” (VF3, L140-142)</i></p> <p><i>“(…) senti necessidade de fazer uma formação (…) para ter outras perspetivas!” (VF4, L 196-200)</i></p> <p><i>“tirei a especialidade, achei que aquilo que me tinham dado era basicamente zero” (VF1, L 174-175)</i></p> <p><i>“Preparação para o parto (…) parte prática tu tens ali básculas, Kegel e pouco mais (VF4, L 189-190)”</i></p> <p><i>Não, julgo que preciso de mais conhecimentos nesta área. (VF1, VF2, VF3, VF4, VF5, VF6, L 477)”</i></p> <p><i>“Eu não tenho esses conhecimentos para saber o que é a adequado, falta-nos conhecimentos.” (VF3- L518-519)</i></p> <p><i>“(…) pressupomos que os outros profissionais, como nós, andam sempre à procura de atualizações e se calhar não andam. Acham que o seu saber e o que dizem é cumprido e não pensam atualizar-se” (VF3, L 301-303)</i></p> <p><i>“realmente falta haver sítios, que haja aulas específicas para grávidas” (VF4, L63-64)</i></p> <p><i>“Falta ter o outro lado dos ginásios com professores que tenham conhecimento.” (VF4, L76-77)</i></p> <p><i>“Professores que tenham formação” (VF6, L 78)</i></p> <p><i>“Têm também a ver com a mentalidade dos outros profissionais, equipa multidisciplinar. “(VF6, L440-441)</i></p> <p><i>“Será que os outros profissionais sabem o que se faz na preparação para o parto?” (VF3, L-285)</i></p> <p><i>“A minha porta está sempre aberta (…) só não vão porque não tem interesse” (VF1, L287-290)</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
			<p>Falta de articulação CSP e cuidados de saúde diferenciados</p> <p>Défice literacia em saúde</p>	<p><i>“uma unidade que está separada, inclusive o cantinho de amamentação foi implementado eu nem fui informada sobre o mesmo, e eu sou a única EEESMO e a única conselheira em aleitamento materno” (VF1, L120-122)</i></p> <p><i>“eu não trabalho só na UCC (VF1, L318) (...) sou um elemento que trabalha na UCSP e já tirei 9h à UCSP para ir fazer preparação para o parto também é penalizada” (VF1, L330-332)</i></p> <p><i>“eu não trabalho só na UCC (VF1, L318) (...) sou um elemento que trabalha na UCSP e já tirei 9h à UCSP para ir fazer preparação para o parto também é penalizada” (VF1, L330-332)</i></p> <p><i>“... maternidade (...) estamos de costas voltadas para os Centros de Saúde (...) Agora estou cá deste lado e continuo a achar que estamos de costas voltadas” (VF1, L430-432)</i></p> <p>“Fizemos isso, uma atividade do Hospital com todas as EEESMO’s dos CS e elas ficaram espantadas com o que se fazia. Era um desconhecimento total (...) (M, L 426-429)</p> <p>“Então não temos como obstáculo a grávida, temos também o médico obstetra!” (M, L279)</p> <p><i>“O reconhecimento efetivamente ela tem, (...) médico continua a ser uma figura de muito peso” (VF1, L 273-275)</i></p> <p><i>“havia muito esta situação do obstetra não recomendar o exercício físico na mulher grávida” (VF1, L34-35)</i></p>

RSL (síntese das evidências)	Focus Group			Unidades de Registo
	Tema	Categoria	Subcategoria	
				<p><i>“(…) uma faz ciclismo e não deixou de fazer (...) foi-lhe explicado tudo, mas tu não podes obrigar...” (VF1, L 96-98)</i></p> <p><i>“(…) se a pessoa não tem outro meio de desporto eu penso que pode fazer, ciclismo em BTT eu penso que não.” (VF4, L99-100)</i></p> <p><i>“continuamos a ter aquela mulher que não faz exercício, AF nenhuma. E recusa a preparação para o parto” (VF1, L205-206)</i></p> <p><i>“o trabalho que tu fazes que não tem nada a ver com o médico, teu trabalho como especialista muitas vezes é boicotado porque o senhor doutor obstetra deu estas informações (...) aquela mulher por mais que expliques (...) elas ainda não conseguem ver” (VF1, L 214-224)</i></p>