

Guia da **Gravidez Ativa**

Atividade Física, Exercício, Desporto
e Saúde na Gravidez e Pós-Parto

Rita Santos Rocha
(Coordenação)



Ficha Técnica

Título	GUIA da GRAVIDEZ ATIVA - ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO, DESPORTO E SAÚDE NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO
Coordenação	Rita Santos Rocha
Autores	
Andréa da Veiga	Odontologia
Eunice Moura	Exercício Físico
Fátima Ramalho	Exercício Físico
Hélia Dias	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Maria João Mendonça	Ginecologia e Obstetrícia
Maria Raquel G. Silva	Exercício Físico / Sono
Marta Fernandes de Carvalho	Exercício Físico
Patrícia Mota	Fisioterapia
Rita Santos Rocha	Exercício Físico
Rui Jorge	Nutrição
Susana Franco	Exercício Físico
Colaboradores	
Cristiana Maranhão	Exercício Físico
Gabriela Silvestre	Exercício Físico
Sofia Bernardino	Exercício Físico
Edição	Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém
Capa e ilustrações	Saf Design
ISBN	978-989-8768-26-1 versão impressa (500 exemplares), 78 páginas. 978-989-8768-27-8 versão digital.

Fevereiro 2020

Guia da **Gravidez Ativa**

Atividade Física, Exercício, Desporto
e Saúde na Gravidez e Pós-Parto

Índice

- 3 Introdução
- 4 Saúde na gravidez e pós-parto
- 12 Saúde oral
- 13 Sexualidade
- 16 Sono
- 19 Alimentação
- 29 Atividade física e exercício físico
- 34 Prescrição do exercício na gravidez
- 43 Preparação para o parto
- 47 Recuperação do parto
- 51 Prescrição do exercício no pós-parto
- 54 Diástase abdominal
- 58 Incontinência urinária
- 61 Exercício físico na gravidez e pós-parto
- 78 Nota sobre os autores e colaboradores

Rita Santos Rocha

O programa GRAVIDEZ ATIVA é um projeto de investigação e desenvolvimento e de ligação à comunidade da Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém, que se consubstancia principalmente num conjunto de estudos científicos, publicações e ações de formação de profissionais do exercício e da saúde. A presente publicação está enquadrada no programa GRAVIDEZ ATIVA - promoção da prática de atividade física e desportiva durante a fase de gravidez e pós-parto, apresentada pela Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém, apoiado pelo Programa Nacional de Desporto para Todos do Instituto Português para o Desporto e Juventude, através do Contrato-Programa de Desenvolvimento Desportivo nº CP/704/DDT/2019 - Apoio à Atividade Desportiva - GRAVIDEZ ATIVA - Promoção da Atividade Física, Exercício e Desporto durante a Gravidez e Pós-parto.

O Guia da Gravidez Ativa objetiva a promoção da atividade física, do exercício físico, e do desporto, como comportamentos enquadrados no estilo de vida saudável na fase de gravidez e de pós-parto. Foi concebido por uma equipa multidisciplinar de profissionais do exercício físico, da nutrição, e da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia) com larga experiência na intervenção, educação e de investigação aplicada. Baseia-se em evidência científica, mas em linguagem mais simplificada, dirige-se a todas as mulheres que se encontram nesta fase especial da vida, de forma a promover os benefícios decorrentes de uma vida ativa e saudável e as formas de adaptação da atividade física, do exercício físico e do desporto, de modo a que a prática seja realizada em segurança, e que seja efetiva.

Não substitui nem dispensa a consulta e supervisão de um profissional do exercício físico ou da saúde, no que se refere aos respetivos temas.

Além da versão impressa, foi produzida uma versão, em formato digital. Quer a versão digital quer a impressa, ambas de distribuição gratuita, incluem uma agenda onde poderão ser realizados os registos relacionados com a atividade física, exercício físico e atividade desportiva.

Saúde na gravidez e pós-parto

Maria João Mendonça

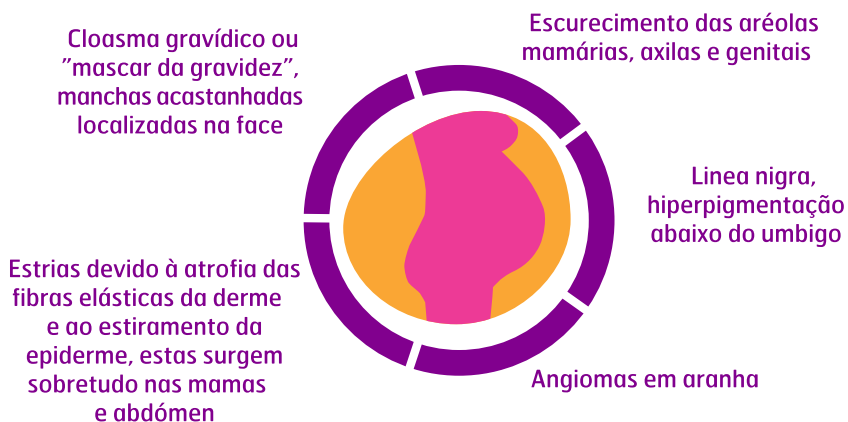
PRINCIPAIS ADAPTAÇÕES FÍSICAS

Após a concepção observam-se profundas alterações anatómicas e fisiológicas no organismo da mulher que, na sua maioria desaparecem após o parto.

O aumento de peso deverá ser adequado para um bom desfecho materno-fetal (i.e., cerca de 11-15Kg). Mulheres com baixo peso e com inadequado ganho durante a gravidez, encontram-se em maior risco de ter um recém-nascido com baixo peso à nascença, parto pré-termo e partos pré-termo recorrentes. Mulheres obesas têm um risco aumentado de ter um recém-nascido grande para a idade gestacional, parto pós-termo e diabetes gestacional. Durante a gravidez verifica-se um aumento do abdómen (que se torna mais visível após as 20 semanas de gravidez) devido ao crescimento do feto no interior do útero. As mamas tendem a aumentar de tamanho ao longo da gravidez (por proliferação dos ductos galactóforos) ficando mais firmes e sensíveis. A pigmentação da aréola torna-se mais exuberante. É frequente a saída de colostro/leite no final da gravidez, não sendo necessária qualquer preocupação.

Como consequência destas alterações do crescimento uterino e mamário, a grávida tem tendência para deslocar a parte superior do tronco e cabeça para trás, a fim de compensar o deslocamento do centro da gravidade dando origem a alteração da coluna vertebral e eventual lombalgia. Para aumentar a base de sustentação e melhorar o seu equilíbrio a grávida tem tendência para separar as pernas e afastar os pés para fora.

A nível da pele são frequentes determinadas alterações:



IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA E EXAMES COMPLEMENTARES

A vigilância médica durante a gravidez é fundamental pois permite avaliar o bem-estar materno e fetal, identificar fatores de risco, promover a educação para a saúde preparando o casal para o parto e parentalidade, diminuindo assim a morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil.

A primeira consulta deverá realizar-se até às 12 semanas (idealmente deveria ter ocorrido uma consulta na fase pré-concepcional) onde é feita a avaliação do risco da gravidez.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), numa gravidez de baixo risco, onde não são identificados fatores de morbilidade materna, fetal e neonatal, **as consultas de vigilância pré-natal deverão ser a cada:**



A periodicidade das consultas deve ser reavaliada com eventuais ajustes caso o risco se altere.

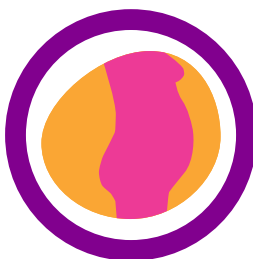
A avaliação analítica (exames laboratoriais) tem como objetivo rastrear, prevenir ou tratar situações que podem colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal. Estas análises são realizadas no 1º trimestre (acrescentando a colheita para rastreio bioquímico das trissomias 13, 18 e 21 a partir das 9 semanas), repetem-se às 24-28 semanas (com a prova de tolerância à glicose oral) e às 32-34 semanas. A serologia da rubéola é repetida às 18-20 semanas em grávidas não imunes. E entre as 35 e as 37 semanas é realizada a colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa do estreptococos Beta hemolítico do grupo B.

As ecografias obstétricas deverão realizar-se em cada trimestre:



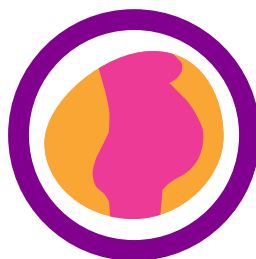
1º trimestre
entre as 11 e as 13
semanas + 6 dias

Confirmar a
viabilidade fetal
Determinar o número
de fetos e corionicidade
Datar corretamente
a gravidez
Diagnosticar
malformações major



2º trimestre
entre as 20 e as
22 semanas
+ 6 dias

Identificação de
malformações
fetais (ecografia
morfológica)



3º trimestre
entre as 30 e as
32 semanas
+ 6 dias

Avaliação do
desenvolvimento fetal
Diagnóstico de
anomalias tardias
Estimativa ponderal
Apresentação fetal
Parâmetros biofísicos
de avaliação do
bem-estar fetal

A vigilância termina na consulta de puerpério realizada 6 semanas após o parto.

SINAIS DE ALARME DURANTE A GRAVIDEZ

No decurso da gravidez existem alterações fisiológicas que tendem a mimetizar sintomas de algumas doenças. A clínica é fundamental para discernir o normal do patológico. No entanto, existem sinais que devem ser alertados para a grávida recorrer ao Centro de Saúde ou Serviço de Urgência da Maternidade:



Vómitos persistentes - mais frequentes no início e final da gravidez;

Hemorragia vaginal - em qualquer fase da gravidez, não deverá existir

Dor abdominal ou pélvica

Febre (temperatura axilar superior a 37,8°C)

Corrimento vaginal com prurido (comichão) ou ardor ou cheiro não habitual

Dor ou ardor ao urinar

Aumento acentuado de peso num curto intervalo de tempo

Edema (inchaço) repentino dos pés, mãos e face

Cefaleias (dores de cabeça) fortes e contínuas

Escotomas (alteração da visão)

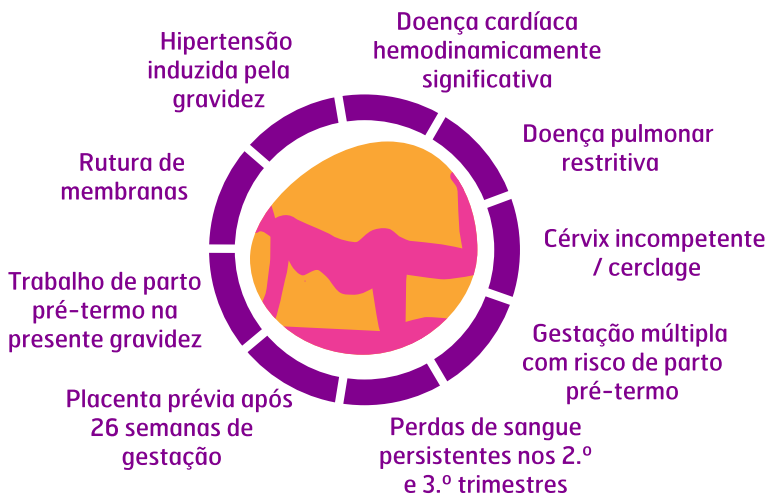
Aumento da tensão arterial (pressão arterial sistólica e diastólica acima de 140/90mmHg)

Diminuição dos movimentos fetais

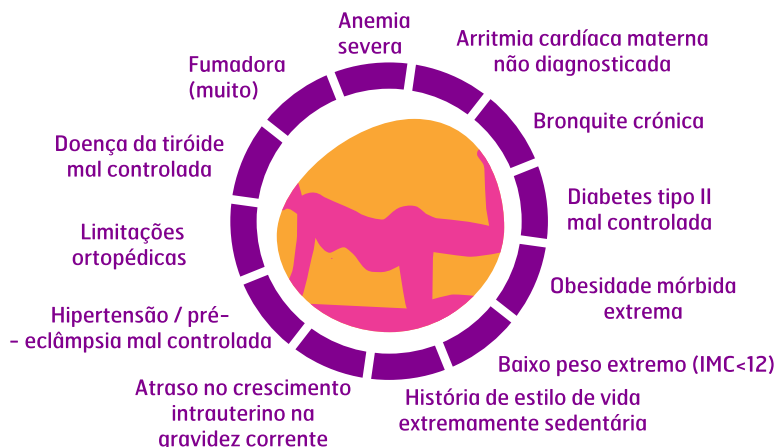
CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ

Seguidamente transcrevem-se as **contraindicações absolutas** e relativas para a atividade física na gravidez, bem como as **precauções de segurança** relativamente à atividade física durante a gravidez, promovidas por importantes organizações internacionais – o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG),¹ e a Sociedade Canadana de Fisiologia do Exercício (CSEP).²

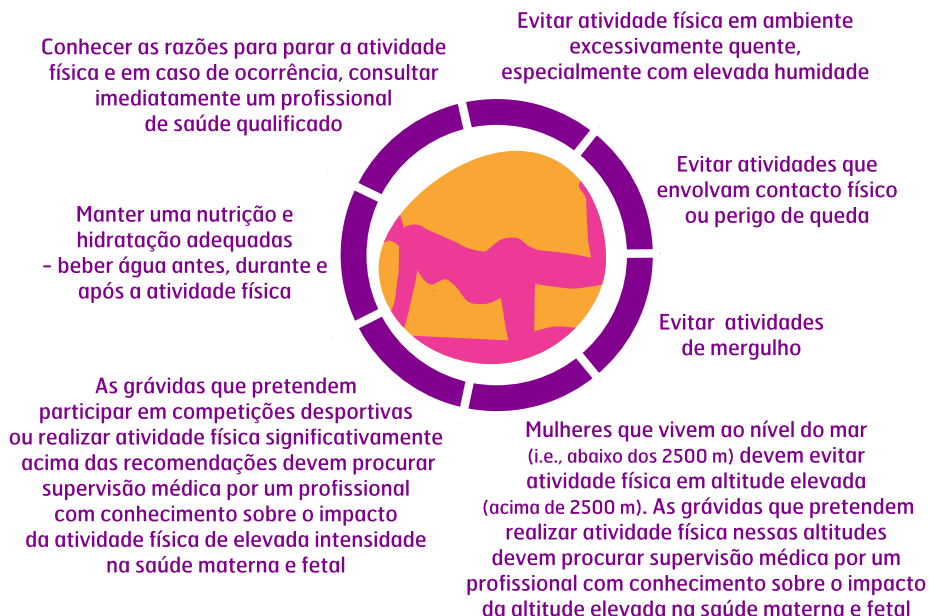
CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ¹



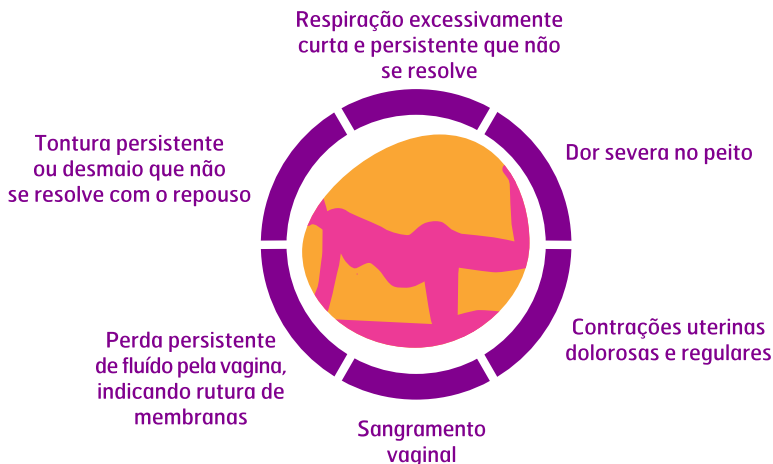
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ¹



PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA RELATIVAMENTE À ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ²



RAZÕES PARA PARAR A ATIVIDADE FÍSICA E CONSULTAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE²



IMPORTÂNCIA DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

A grávida deve ter uma vida ativa e saudável para um bom desfecho materno-fetal. Referenciam-se seguidamente os fatores a ter em conta para um estilo de vida saudável, a desenvolver noutros pontos do Guia da Gravidez Ativa:



Alimentação: deve ser completa, variada e segura, recomendando-se 5 a 6 refeições diárias. Nas dietas vegetarianas podem ocorrer carências nutricionais (ferro e vitamina B12). Nas dietas vegan, por excluírem todo e qualquer consumo de alimentos derivados de origem animal (incluindo laticínios) e mel, poderão existir carências não só de ferro e vitamina B12, como também de ácido fólico e cálcio, necessitando geralmente de suplementos adicionais

Hidratação: o consumo de água deverá ser no mínimo de 1,5 litros/dia.

Atividade Física: deve ser moderada se a gravidez decorrer sem complicações pois melhora o tônus muscular, postura e diminuição da obstipação, stress, fadiga, risco de diabetes e hipertensão arterial. Quando a grávida já praticava exercício físico regular ou algum desporto, deverá manter a prática, mas com moderação (exceto desportos de contacto físico e/ou que envolvem risco de traumatismo abdominal).

Tabaco: a grávida fumadora deverá ser alertada para o risco de aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal, baixo peso à nascença e síndrome de morte súbita do lactente.

Álcool e Substâncias Psicoativas: são desaconselhadas durante toda a gravidez por poderem causar problemas no desenvolvimento fetal.

Higiene Oral: durante a gravidez, por alterações hormonais surgem frequentemente inflamação nas gengivas e gengivorragias.

Sexualidade: na ausência de contraindicações específicas da gravidez (hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas ou risco de parto pré-termo), a grávida deve/pode manter atividade sexual se for confortável para o casal.

Referências bibliográficas

1 - ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 650. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol; 2015; 126:e135-42.

2 - Mottola M. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. Consensus Statement. Br J Sports Med 2018;52:1339-1346.

Andréa da Veiga

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL NA GRAVIDEZ E RESPECTIVA VIGILÂNCIA

De forma a manter uma boa saúde oral durante a gravidez, o primeiro passo é realizar um “check-up” antes de engravidar, e efetuar todos os tratamentos dentários necessários, que têm como objetivo informar a grávida sobre os cuidados que deve ter com a higiene oral, alimentação e futuros hábitos do recém-nascido, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

As gengivas sangram com maior facilidade, devido às alterações hormonais que ocorrem durante esta fase. Deve ser feita a remoção de tártaro e placa bacteriana em consultório dentário, e fazer em casa uma boa higiene dentária.

Durante a gravidez ocorrem alterações nos hábitos alimentares da grávida, que podem aumentar o risco de desenvolvimento de cáries. No entanto, a gravidez por si só, não aumenta a incidência de cárie dentária. São exemplos, refeições com maior regularidade e a presença mais ácida pelas náuseas e vômitos, que poderão originar uma maior sensibilidade dentária e cáries. Estes factos estão na base do mito de se pensar que os bebés “roubam” o cálcio às mães.

Os tratamentos dentários, caso sejam necessários, não devem ser adiados em qualquer altura da gravidez, pois existem procedimentos e medicamentos que se encontram devidamente comprovados pela evidência científica como sendo seguros. Além disso, uma infeção oral é mais prejudicial para o bebé do que o tratamento dentário.

Se tiver que fazer algum tratamento dentário, mesmo com anestesia, não tem nada que temer. É apenas aconselhado que não faça radiografias sem a devida proteção do abdómen e, no primeiro trimestre, devem-se evitar procedimentos demasiados invasivos. A melhor atitude é sempre a prevenção e o diagnóstico precoce.

Hélia Dias

A sexualidade é uma dimensão do ser humano presente em todas as fases do ciclo de vida. Dado a sua natureza multiconcetual e multifatorial pode assumir muitos e distintos significados. Pela sua singularidade, em determinadas etapas do ciclo de vida podem evidenciar-se alguns aspetos associados à natureza dos processos biopsicossociais que marcam cada uma das etapas. O ciclo gravídico-puerperal é uma dessas etapas, onde se observam a **influência de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais**. A forma como a mulher vive a sua sexualidade durante este ciclo depende assim, dos seus valores e atitudes face à sexualidade, da saúde em geral e das preocupações de saúde específicas com a gravidez, da qualidade da sua relação com o parceiro e da sua personalidade e dos medos, crenças e falta de conhecimentos.¹

Historicamente, a gravidez tem sido rodeada de mitos e tabus, geralmente para proteger o feto; pelo que apesar do avanço da ciência é, ainda, no presente um campo pouco explorado. **No entanto, as evidências mostram a gravidez como um fator modificador da resposta sexual das mulheres e dos seus parceiros**. Os principais fatores que intervêm nesta alteração da resposta sexual incidem em ambos. Na mulher os fatores fisiológicos estão relacionados com: as náuseas e vômitos, ingurgitamento mamário, cansaço e/ou sono intenso, congestão pélvica, elevação dos níveis de prolactina e aumento do volume abdominal.

Sendo a vivência da sexualidade uma forma de alcançar prazer, pode ficar prejudicada se a mulher não se sente bem, em presença de alguns desconfortos caraterísticos da gravidez – náuseas e vômitos, cansaço e sono intenso. As mamas, habitualmente, congestionadas durante toda a gestação podem deixar de responder como área erógena. A congestão pélvica gestacional, aliada às taxas hormonais circulantes durante a gravidez, fazem com que a sensibilidade dos órgãos pélvicos se modifique, o que pode prejudicar a resposta sexual, nomeadamente nas fases de excitação e orgasmo. Particularmente, o edema da mucosa vaginal, que a congestão determina, diminui a distensibilidade vaginal durante a fase de excitação. Sabe-se que a prolactina elevada é um importante fator inibidor do desejo sexual. O aumento do volume abdominal provoca um

encurtamento relativo da vagina, ou pelo menos uma diminuição da sua capacidade de distensão na fase de excitação, o que pode tornar desconfortável a penetração. Com o progressivo aumento do volume uterino, frequentemente o casal necessita de assumir novas posições, até mesmo pouco habituais no casal, o que pode ser um fator dificultador na vivência da sexualidade.

Os fatores psicossociais e culturais relacionam-se com a regressão afetiva, os preconceitos e tabus, a sensação de perda de atratividade e as recomendações inadequadas dos profissionais de saúde. A regressão afetiva e emocional que a mulher experimenta durante a gravidez é um importante fator, pelo que muitas preferem abster-se do sexo, pelo medo de provocar problemas ao feto. O que faz com que se tornem mais importantes os preconceitos e tabus que rodeiam a gestação. Neste contexto, os “conselhos” podem ser atemorizantes e importantes para muitos casais. Ainda que muitas vezes motivada, a sensação de não ser mais desejável para o companheiro é um fator restritivo. A perda dos contornos socialmente considerados como “atraentes”, associada à referida regressão emocional, faz com que as mulheres se sintam pouco desejáveis. Até mesmo, nos profissionais de saúde se podem observar preconceitos, tabus e desinformação, aspetos bem documentados na literatura.

Relativamente ao parceiro os fatores mais frequentes são: os preconceitos e tabus, o conflito mãe/amante e as mudanças orgânicas na companheira. Incidem sobre os parceiros das gestantes os mesmos preconceitos e tabus que incidem sobre elas, associados a uma forte culpa, pela possibilidade de afetar a evolução da gravidez. **Dentre os vários papéis que a mulher tem de representar na sociedade, sem dúvida, os mais expressivos ligam-se às funções reprodutoras e sexuais.** Pode encontrar-se em alguns homens, um conflito nestes papéis, sendo difícil aceitar que a “santidade” da maternidade, seja atributo exercido pela mesma mulher, que se lhes apresenta como amante sensual e sexualmente ativa. As mudanças orgânicas referidas podem interferir com o desempenho sexual dos parceiros. Por exemplo, a necessidade de mudança frequente na posição. Também, para muitos homens as mulheres tornam-se menos atrativas a nível sexual. Relativamente, à sexualidade e à patologia gravídica, alguns investigadores referem a possibilidade do coito e orgasmo poderem ter consequências adversas como: aborto, hemorragia vaginal, rutura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo e infeção, podendo nalguns casos, os casais serem aconselhados a evitar o coito.²

Considerando os fatores referenciados, ao nível da prática sexual é de esperar: uma diminuição no 1.º trimestre (decréscimo do desejo, da tensão sexual e frequência de coitos); uma intensificação no 2.º trimestre (aumento do desejo, podendo observar-se mesmo uma resposta mais satisfatória do que antes da gravidez) e novamente, um decréscimo no 3.º trimestre (frequência de coitos

diminui, com uma resposta sexual menos satisfatória pelo desconforto e menor contratilidade orgástica).

Em termos de intervenção dos profissionais de saúde, a mesma deve centrar-se em aspetos promotores de uma vivência saudável da sexualidade: informar que as mudanças fisiológicas maternas podem afetar a expressão de sexualidade, também, o homem pode ver afetada a sua sexualidade; trabalhar com a mulher/casal a discussão das respostas à gestação e, a eventualidade, de algumas adaptações (frequência, posição, comportamentos alternativos...); integrar nos cuidados a vertente sociocultural, muito marcada nesta fase da vida; clarificar que as relações sexuais são seguras, salvo algumas exceções e fomentar a prática de sexo seguro. Igualmente, deve ser dada atenção à vivência da sexualidade no período pós-natal, pela importância que tem na vida afetiva e sexual da mulher/casal, pois muitos casais sentem receio em reiniciar a vida sexual no período pós-parto. O reinício da atividade sexual deve acontecer depois da consulta de revisão de puerpério. Contudo, sabe-se que uma má-adaptação à maternidade, a fadiga e as dores/desconforto na zona da episiorrafia são responsáveis pelo atraso ao regresso a uma atividade sexual normal. Fundamental, uma correta orientação relativamente a uma contraceção segura. Respeitar a singularidade de cada pessoa e as suas opções individuais é relevante na orientação sobre a sexualidade no ciclo gravídico-puerperal.

Referências bibliográficas

1 - Direção Geral da Saúde. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS.

2 - Maceiras M & Ribeiro JC . Sexualidade na gravidez. In M Néné, R Marques & MA Baptista. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, p. 77-82. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2016.

Sono

Maria Raquel G. Silva

O sono é um bem precioso, e infelizmente, ainda muito desprezado na sociedade atual, a dita sociedade civilizada, a que não dorme, a das 24 horas.

Se por um lado, a privação de sono é comum durante a gravidez, e mais acentuada no período pós-parto, esta está ainda mais aumentada devido aos cuidados contínuos que a mãe deve prestar ao seu bebé recém-nascido. Para além disto, as necessidades diárias estão aumentadas desde o primeiro trimestre da gravidez, e a sonolência diurna facilmente evidente.^{3, 5-8}

Contudo, se o sono for insuficiente, em quantidade e em qualidade, a saúde e o bem-estar geral da grávida podem estar comprometidos, isto é, a privação do sono pode afetar negativamente o seu desempenho nas tarefas diárias, a sua saúde materna (através do aumento da pressão arterial, e do risco de eclâmpsia, de cesariana e de sintomatologia depressiva), e ainda, a sua futura capacidade de produzir leite e, por conseguinte, de amamentar.^{8,11}

Ao sono durante a gestação, pode acrescentar-se igualmente um fator de risco importante, nomeadamente o facto de a grávida ser adolescente. Nesta faixa etária mais jovem, as necessidades energéticas e nutricionais estão aumentadas, o padrão de sono encontra-se alterado (devido às componentes neurofisiológicas do seu organismo associadas ao sono e ritmo circadiano) e risco de desenvolvimento de malnutrição pode existir, especialmente em grávidas de baixo estatuto socioeconómico.^{5,8}

Na gravidez, os distúrbios do sono mais frequentes são a insónia, a síndrome das pernas inquietas e a apneia do sono.¹ A insónia caracteriza-se pela incapacidade de iniciar ou manter o sono, isto é, a grávida desperta várias vezes antes da hora de acordar e é incapaz de continuar a dormir, o que pode resultar numa sonolência diurna excessiva e, consequente, deficiência funcional durante todo o dia.⁸

A síndrome das pernas inquietas é duas a três vezes mais prevalente em mulheres grávidas do que na população geral.⁴ Caracteriza-se por uma sensação desagradável que leva ao movimento repentino das pernas, frequentemente associado a dor, dificultando o início do sono. Estes sintomas podem ser aliviados pelo movimento das pernas, por exemplo, através do caminhar.

Na gravidez, a apneia do sono está associada ao excesso de peso ou obesidade na mulher. Observa-se uma interrupção momentânea na respiração, podendo estar associado o ressonar; estes sintomas devem ser avaliados e monitorizados durante a gravidez.¹

Todavia, há hábitos e comportamentos diários que ajudam a minimizar os sintomas ou até a melhorar a qualidade do sono durante a gravidez, designadamente:^{2,8}



Referências bibliográficas

- 1 · Centers for Disease Control and Prevention. National Sleep Awareness Week – March 7-13, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2011, 60 (8): 233.
- 2 · Halson, SI. Nutrition, sleep and recovery. European Journal of Sport Science, 2008, 8(2): 119-126.
- 3 · Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. Am J Obstet Gynecol, 2004, 191(6):2041-6.
- 4 · Picchietti DL, Hensley JG, Bainbridge JL, et al. Consensus clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease during pregnancy and lactation. Sleep Med Rev, 2014, pii: S1087-0792(14)00119-1.
- 5 · Silva M-RG, Bellotto ML. Nutritional Requirements for Maternal and Newborn Health. Current Women's Health Reviews: 11: 41-50.
- 6 · Silva M-RG, Paiva T. Sono, Nutrição, Ritmo Circadiano, Jet Lag e Desempenho Desportivo. Lisboa: Federação de Ginástica de Portugal/ Instituto Português do Desporto e da Juventude I.P. ISBN: 978-989-8650-54-2.
- 7 · Silva M-RG, Paiva T. Poor precompetitive sleep habits, nutrients deficiencies, inappropriate body composition and athletic performance in elite gymnasts. Eur J Sport Sci 2016, 16(6):726-35.
- 8 · Silva M-RG, Paiva T. O sono durante a gravidez: neurofisiologia, distúrbios e higiene do sono. In Santos-Rocha R, Branco M (coords). Gravidez ativa: adaptações fisiológicas e biomecânicas durante a gravidez e no pós-parto. Rio Maior ESDRM, 2016, 155-171. ISBN: 978-989-8768-17-9 (edição digital); 978-989-8768-18-6 (edição impressa).
- 9 · Ramirez JO, Cabrera SA, Hidalgo H et al. Is preeclampsia associated with restless legs syndrome? Sleep Med, 2013, 14:894-6.
- 10 · Vahdat M, Sariri E, Miri S et al. Prevalence and associated features of restless legs syndrome in a population of Iranian women during pregnancy. Int J Gynecol Obstetrics, 2013, 123:46-9.
- 11 · Wesstrom J, Skalkidou A, Manconi, M et al. Prepregnancy restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease) is associated with Perinatal depression J Clin Sleep Med, 2014, 10:527-33.

Rui Jorge

“Tem que comer isto”, “não pode comer isso”, muitos serão os conselhos “gratuitos” das pessoas com quem se irá cruzar, sobre o que “pode ou não pode” comer durante a gravidez e certamente que o lugar-comum “uma grávida tem que comer por dois” vai surgir da boca de alguém algures durante esse percurso. Talvez não tenha que “comer por dois”, mas simplesmente comer de forma saudável (ou mais saudável se ainda não for suficientemente saudável) e nas quantidades adequadas a cada fase da gravidez.

Neste capítulo pretende-se que de uma forma sucinta, simples e com exemplos de alimentos normalmente presentes no quotidiano de uma grávida portuguesa, aconselhar com base na evidência científica, qual a melhor alimentação a ter, para obter a melhor nutrição possível durante a gravidez.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ANTES DA GRAVIDEZ

Uma gravidez adequadamente planeada do ponto de vista nutricional, deve iniciar a intervenção nutricional ainda antes da mulher começar a tentar engravidar. É recomendado que se tente garantir que a mulher que deseja engravidar não possua défices nutricionais que possam colocar em risco o desenvolvimento do futuro bebé.

Dois dos nutrientes mais importantes no período pré-concepcional (antes de engravidar) são o ácido fólico e o iodo, sendo inclusivamente recomendado que estes nutrientes sejam suplementados (através de medicamentos sujeitos a receita médica e não de suplementos alimentares de venda livre) pelo menos 3 meses antes da mulher engravidar. É recomendado aportar (consumir/comer) pelo menos 400mg de ácido fólico diariamente, antes da gravidez. Na tabela 1 apresentam-se alguns alimentos ricos em ácido fólico.

Tabela 1. Exemplos de alimentos ricos em ácido fólico (valores apresentados em µg de ácido fólico por cada 100g de alimento).

Alimentos	Quantidade média em ácido fólico (µg/100g)
Feijão-frade, feijão branco e grão-de-bico	370
Fígado de porco ou de vaca	310
Flocos de trigo integral tipo “All Bran” ou de milho tipo “Corn Flakes”	209
Agrião, espargos, salsa, espinafres, couve lombarda	168

Por sua vez, o iodo deverá ser ingerido em quantidades diárias de cerca de 150µg, antes da gravidez. Na tabela 2 estão presentes alguns alimentos ricos em iodo, sendo de realçar que o teor de iodo nos alimentos é bastante variável em função da riqueza dos solos neste nutriente.

Tabela 2. Exemplos de alimentos ricos em iodo (valores apresentados em µg de iodo por cada 100g de alimento).

Alimentos	Quantidade média em iodo (µg/100g)
Bacalhau	192
Ovos	50
Leite, iogurtes e queijo de vaca	42
Frutos secos oleaginosos (e.g. noz, avelã e amêndoa)	31

Antes de engravidar a mulher também deve ter atenção ao peso, pois mulheres demasiadamente magras ou com excesso de peso ou obesidade correm o risco de ter mais dificuldade em engravidar. Quando assim é e não há outras causas que justifiquem as dificuldades em engravidar, basta normalizar o peso, idealmente, através de ajustes na alimentação e atividade física.

GESTÃO DO PESO DURANTE A GRAVIDEZ

Relativamente à quantidade de energia (Calorias) que a grávida deve aportar diariamente (Calorias que deverá ingerir), na fase inicial da gravidez estas não aumentam comparativamente aquilo que a mulher já necessitava antes de engravidar, apenas no segundo e terceiro trimestres há um aumento nas necessidades energéticas, nomeadamente 340kcal a mais no segundo trimestre, e 452kcal a mais no terceiro trimestre. É principalmente através do controlo desta quantidade de energia (normalmente medida em Calorias/quilocalorias - kcal) que a grávida vai conseguir gerir o aumento do seu peso. Se “comer” Calorias a mais vai aumentar demasiadamente o peso, se “comer” Calorias a menos poderá não aumentar o peso necessário.

As recomendações relativas ao peso que a grávida deve aumentar ao longo da gravidez variam em função do seu peso inicial, mais especificamente em função do seu Índice de Massa Corporal (IMC) que é um simples cálculo que relaciona o peso com a altura da mulher [Peso (kg) a dividir pela altura (m) ao quadrado].

Na tabela 3 apresentamos o intervalo de peso recomendado que a grávida deve aumentar, em função do IMC verificado no início da gravidez.

Tabela 3. Recomendações de aumento de peso durante a gravidez

IMC antes da gravidez	Aumento de peso recomendado durante a gravidez	Média de aumento de peso semanal (no 2º e 3º trimestres)
Baixo peso <18,5kg/m ²	12,5 a 18kg	0,5kg
Peso normal 18,5 a 24,9kg/m ²	11,5 a 16kg	0,4kg
Excesso de peso 25 a 29,9kg/m ²	7 a 11,5kg	0,3kg
Obesidade >30kg/m ²	5 a 9kg	0,2kg

Caso exista uma gravidez de gémeos a recomendação de aumento de peso é superior (de 15,9 a 20,4kg), originando uma média recomendada de cerca de 0,7kg por semana, durante os segundo e terceiro trimestres.

É de salientar que o aumento de peso deve verificar-se mais no segundo e no terceiro trimestres (mais até no terceiro do que no segundo), sendo considerado normal e até recomendável que no primeiro trimestre se mantenha ou apenas se aumente ligeiramente o peso.

Por exemplo, uma mulher com 1,64m e 60kg vai possuir um IMC de 22,3kg/m² [60:(1,64 x 1,64)] o que significa que o recomendado seria atingir o final da gravidez com um ganho de peso entre os 11,5 e os 16kg (atingir um peso entre os 70,5 e os 75kg).

Quanto mais a grávida ultrapassar os limites recomendados relativamente ao ganho de peso durante a gravidez, maior o risco de algumas complicações relacionadas com a gravidez como são exemplo a diabetes gestacional ou um consequente aumento de peso excessivo por parte do bebé, o que pode inclusivamente dificultar um parto natural.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

As necessidades nutricionais da grávida são distintas ao longo da gravidez, todavia, os princípios alimentares gerais que a grávida deverá seguir ao longo da gravidez são sempre baseados nos princípios alimentares saudáveis para a população em geral (e.g. roda dos alimentos), recomendando-se uma alimentação equilibrada, completa e variada.

Um dos nutrientes importantes durante a gravidez é a proteína. O aporte diário recomendado de proteína na mulher adulta é de 0,8g/kg [e.g. uma mulher com 60kg precisaria de cerca de 48g de proteína por dia (60 x 0,8 = 48g)], enquanto que na mulher grávida é de 1,1g/kg [e.g. uma mulher com 60kg precisaria de cerca de 66g de proteína por dia (60 x 1,1 = 66g)]. As fontes de proteína normalmente dividem-se nas de origem animal, provenientes principalmente da carne, do pescado, dos ovos e dos laticínios; e nas de origem vegetal, provenientes das leguminosas como o feijão, o grão-de-bico ou as lentilhas e das oleaginosas como as amêndoas, os amendoins ou os pinhões.

Recomenda-se que cerca de metade da energia total aportada pela grávida seja através de hidratos de carbono (sim, os hidratos de carbono também são importantes!). Alimentos ricos em hidratos de carbono como os cereais integrais e derivados, fruta, leguminosas, hortícolas e tubérculos são os mais indicados para atingir essas necessidades, sendo os alimentos mais ricos em açúcar (e.g. sobremesas doces, chocolates, gomas, bolachas doces) limitados a uma pequena porção do total de hidratos de carbono consumidos (os açúcares também são hidratos de carbono). Caso a grávida tenha diabetes, ou caso durante a gravidez desenvolva diabetes gestacional, aí é fundamental que exista um plano alimentar personalizado que, em função da terapêutica insulínica instaurada pelo médico,

possa adequar e distribuir o consumo de hidratos de carbono, de modo a otimizar o controlo das glicemias (controlo da diabetes) ao longo da gravidez.

A qualidade da gordura consumida pela grávida é de enorme importância porque o desenvolvimento cerebral e da retina (localizada nos olhos e fundamental para a visão) depende, em parte, do aporte das gorduras conhecidas como polinsaturadas (Ómega-3 e Ómega-6). Alimentos como o azeite, os peixes em geral, as sementes, os frutos secos oleaginosos e o abacate são alguns exemplos dos alimentos que poderão ajudá-la a atingir as doses diárias recomendadas destes nutrientes – 1,4g por dia de Ómega-3 e 13g por dia de Ómega-6.

Partindo do princípio que a mulher possui uma alimentação saudável (i.e. uma alimentação equilibrada, completa e variada) consumindo todos os nutrientes dentro das quantidades normalmente necessárias, não é necessário, durante a gravidez, aumentar o consumo de vários nutrientes (e.g. Vitaminas K, cálcio e fósforo), pois o próprio organismo da grávida consegue fazer uma gestão mais eficiente desses nutrientes (e.g. durante a gravidez a grávida produz várias hormonas que lhe permitem absorver maiores quantidades de cálcio dos alimentos que ingere). Por outro lado, há nutrientes cujas quantidades recomendadas aumentam bastante, sendo inclusivamente necessário, por vezes, recorrer a suplementos para atingir os valores recomendados e evitar défices (e.g. no caso do ferro as necessidades durante a gravidez são 150% das necessidades da mulher não-grávida). Na tabela 4 estão indicados os valores diários recomendados de alguns micronutrientes (vitaminas e minerais) para mulheres adultas em idade fértil e para mulheres grávidas.

Tabela 4. Valores diários recomendados para mulheres adultas em idade fértil e para mulheres grávidas de alguns micronutrientes

Nutriente	Mulher não grávida	Mulher grávida
Vitamina A (µg/dia)	700	770
Vitamina D (µg/dia)	15	15
Vitamina E (mg/dia)	15	15
Vitamina K (µg/dia)	90	90
Ácido Fólico (µg/dia)	400	600
Niacina (mg/dia)	14	18
Riboflavina (mg/dia)	1,1	1,4
Tiamina (mg/dia)	1,1	1,4
Vitamina B6 (mg/dia)	1,3	1,9
Vitamina B12 (µg/dia)	2,4	2,6
Vitamina C (mg/dia)	75	85
Cálcio (mg/dia)	1000	1000
Ferro (mg/dia)	18	27
Fósforo (mg/dia)	700	700
Iodo (µg/dia)	150	220
Magnésio (mg/dia)	320	350
Potássio (mg/dia)	4700	4700
Selénio (µg/dia)	55	60
Zinco (mg/dia)	8	11

A utilização de suplementos multivitamínicos e multiminerais durante a gravidez é uma prática crescente em Portugal, todavia, o recomendado é que a grávida obtenha a maioria dos nutrientes necessários através da alimentação, e em caso de necessidade, utilizar então estas “ajudas” para atingir os objetivos nutricionais. É importante frisar que deverá ser através de medicamentos sujeitos a receita médica e não de suplementos alimentares de venda livre, que as vitaminas e minerais devem ser suplementados na grávida, pois os medicamentos com vitaminas ou minerais são, previamente, amplamente estudados, por forma a que se conheçam aspetos relativos à sua absorção e possíveis efeitos adversos. Já no que concerne aos suplementos alimentares de venda livre nada garante à grávida (nem aos profissionais de saúde que os aconselhem) que os nutrientes presentes nesse suplemento serão absorvidos, ou sequer que lá estão realmente esses nutrientes, pois a legislação (ou melhor dizendo: a ausência de legislação) relativa aos suplementos alimentares de venda livre, coloca o ónus da garantia da segurança do produto na empresa que os comercializa, não sendo obrigatória uma análise prévia do suplemento alimentar, nem que este demonstre eficácia (ou se quer demonstre que os nutrientes que contém serão absorvidos pelo organismo).

Atualmente, em Portugal, é recomendo que todas as grávidas (salvo indicação ou decisão médica em contrário) tomem um medicamento sujeito a receita médica com ácido fólico, pelo menos até ao final do primeiro trimestre da gravidez, bem como, que tomem um medicamento com iodo durante toda a gravidez. Quer o ácido fólico quer o iodo podem prevenir problemas graves no desenvolvimento do bebé se estiverem em quantidades corretas no organismo, daí serem recomendados neste período (como forma de reduzir o risco associado ao seu défice). É também comum a utilização de medicamentos sujeitos a receita médica com ferro, principalmente no segundo e terceiro trimestres (devido a ser difícil apenas através da alimentação, alcançar as elevadas necessidades diárias de ferro).

No caso do ferro, existem pequenos “truques” para levar a um melhor aproveitamento deste nutriente por parte do organismo, como por exemplo juntar alimentos com vitamina C (e.g. quivi, morangos, pimento, couve-galega, papaia, laranja) aos alimentos ricos em ferro (e.g. canela, ameijoia, fígado, feijão, lentilhas, carne), pois potencia a absorção do ferro; e evitar juntar com o consumo dos alimentos mais ricos em ferro, bebidas como o chá e o café, pois inibem a absorção do ferro.

A hidratação é também um tópico muito importante durante a gravidez. É recomendada a ingestão de cerca de 1,7 a 3 litros de líquidos diariamente pela grávida, esta quantidade irá variar em função de fatores como a temperatura,

a transpiração e a quantidade de água que é ingerida pela grávida através de alimentos sólidos, pois quase todos os alimentos que ingerimos tem alguma água na sua constituição. Caso a grávida faça exercício físico, é importante que previamente ao exercício físico, a grávida garanta que está bem hidratada, para isso pode beber cerca de meio litro de líquidos cerca de 30 a 60min antes do exercício físico. **A grávida deve também garantir que está bem hidratada durante o exercício físico, sugerindo-se que beba 0,5 a 1,2l de líquidos por cada hora de exercício físico que fizer.** Após o exercício físico é importante garantir que a grávida repõe os líquidos que perdeu através da transpiração, ingerindo entre 1,5 a 2l de líquidos por cada litro de suor que tenha perdido durante o exercício.

Para saber a quantidade de suor que perdeu durante o exercício físico, pode pesar-se sem roupa antes de fazer exercício físico e pesar-se novamente sem roupa, após o exercício físico (após se limpar com uma toalha). A diferença de peso será principalmente devida ao suor que perdeu. Caso tenha ingerido líquidos durante o exercício físico deverá descontar a quantidade de líquidos que ingeriu ao resultado final (e.g. tinha 60kg antes do exercício físico e bebeu 0,5l de água durante o exercício físico, no final do exercício físico tinha 59,5kg, isto significa que transpirou cerca de 1l de suor, pois são os $60 - 59,5 + 0,5$ da água = 1; assim, deveria ingerir nas horas seguintes ao exercício físico entre 1,5 a 2l de líquidos para compensar o que perdeu).

A hidratação é ainda um fator fundamental numa situação que se estima que afete mais de um terço das grávidas: a obstipação. A obstipação é também agravada caso exista a necessidade de utilizar suplementos com ferro, pois a obstipação é um dos efeitos adversos comuns da suplementação com ferro. Caso exista obstipação, a tríade: consumo de líquidos suficientes, consumo de fibra suficiente (e.g. através de alimentos como cereais integrais e derivados, legumes, sementes, frutas frescas e secas como quivi, laranja, figo e ameixa) e a prática regular e suficiente de atividade física, parecem ser a abordagem natural mais eficiente.

SEGURANÇA DOS ALIMENTOS DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez é uma das fases da vida onde a ocorrência de uma toxiinfecção alimentar podem trazer consequências mais graves, daí que normalmente se recomendem cuidados suplementares na escolha, preparação e confeção dos alimentos. Bactérias como a Salmonella ou a Listeria, ou parasitas como o Toxoplasma pode afetar terrivelmente a evolução da gravidez. **Seguir os seguintes conselhos reduzirá o risco de contacto com estes e com outros microrganismos que podem ser especialmente perigosos durante a gravidez.**



Lavar e desinfetar adequadamente as mãos sempre antes e após manipular alimentos, após ir à casa de banho, após estar em contacto com animais, ou após estar em contacto com locais onde possam ter estado animais (e.g. se fizer jardinagem, mexer em terra ou areia)

Lavar e desinfetar adequadamente os legumes e frutos que consumir

Separar os alimentos crus dos alimentos cozinhados ou previamente lavados e desinfetados, por forma a evitar contaminação cruzada (e.g. nunca colocar alimentos cozinhados onde estiveram previamente alimentos crus, sem antes lavar e desinfetar adequadamente o recipiente)

Caso deixe alimentos a descongelar no frigorífico (e.g. carne ou peixe) coloque-os sempre em recipientes fechados para evitar que o líquido decorrente da descongelação se derrame e entre em contacto com outros alimentos

Garanta que os alimentos estão devidamente descongelados antes de os cozinhar

Cozinhar adequadamente os alimentos, principalmente alimentos como a carne, o peixe ou os ovos (optar sempre pelas opções “bem-passadas”)

Caso aqueça os alimentos (sobras), garanta que os leva à fervura, ou caso utilize o micro-ondas, que estes estão bem cozinhados internamente

Verificar sempre, e respeitar, o prazo de validade dos alimentos

Cuidado com a interação com gatos e locais onde estes possam ter estado, pois as fezes dos gatos podem estar contaminadas com o *Toxoplasma*. Caso faça jardinagem ou de alguma forma tenha que manipular fezes de gatos (e.g. caso tenha um gato), utilize sempre luvas

Referências bibliográficas

- Bath S and Ryamen M British Dietetic Association. Food Factsheet – Iodine; 2019
- Haggarty P, Meeting the fetal requirement for polyunsaturated fatty acids in pregnancy. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2014, 17(2): 151-5.
- Kominiarek MA and Rajan, P Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation. *Med Clin North Am*, 2016, 100(6):1199-1215.
- Otten J J, Hellwig, J P and Meyers LD. Dietary reference intakes. The essential guide to nutrient requirements. Washington: The National Academies Press; 2006.
- Institute of Medicine. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: National Academies Press; 2009.
- Pennington J and Douglass J Bowes and Church's Food Values of Portions Commonly Used, 18 E. Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
- Procter SB and CG Campbell, Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet*, 2014, 114(7):1099-103.
- Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Vicente L and Graça P. Alimentação e nutrição na gravidez. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Direção Geral de Saúde, 2015.
- Teixeira D, Pestana D, Calhau C and Graça P. Linhas de orientação sobre contaminantes de alimentos. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Direção Geral de Saúde, 2015.
- World Health Organization. Healthy Eating during Pregnancy and Breastfeeding. Geneva: WHO, 2001.

Atividade física e exercício físico

Rita Santos Rocha

A prática de exercício físico durante a gravidez é considerada uma área de intervenção de sobreposição das ciências da saúde e do exercício, requerendo uma abordagem integrada e multidisciplinar, no que se refere à **promoção da saúde, da qualidade de vida e da melhoria da aptidão física**, de forma a proporcionar os benefícios esperados dos programas especialmente adaptados para mulheres grávidas e no pós-parto, independentemente do seu nível de atividade física.



BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

Atualmente parece haver um consenso de que a manutenção da prática de atividade física leve a moderada durante uma gravidez sem complicações, apresenta vários benefícios no que se refere aos aspetos fisiológicos, psicológicos e para a saúde da mulher e do feto.¹⁻⁵

Os principais benefícios da atividade física durante a gravidez, traduzem-se nos seguintes:



Adaptação a um estilo de vida saudável, combatendo o comportamento sedentário durante a gravidez

Melhoria da função cardiorrespiratória

Melhoria do sistema músculo-esquelético (resistência e força muscular e flexibilidade)

Melhoria da manutenção da postura

Melhoria do controlo postural, com diminuição de lombalgias

Redução da probabilidade de aparecimento de problemas circulatorios

Menor incidência de dificuldades respiratórias

Diminuição da pressão arterial

Diminuição do risco de pré-eclâmpsia

Melhor controlo do peso e menor ganho de peso (reduzir o ganho de peso sem comprometer o crescimento do bebé)

Menor retenção de líquidos

Prevenção e tratamento de diabetes gestacional

Redução da obstipação e melhoria da digestão

Prevenção e tratamento de incontinência urinária

Aumento e melhoria das horas de sono (diminuição das insónias)

Melhoria das condições para o trabalho de parto
Diminuição da sensação de dor durante o trabalho de parto
Diminuição da duração do parto
Melhoria da recuperação pós-parto
Melhor retorno aos níveis de força e flexibilidade
Melhor recuperação do peso e barriga
Prevenção de ansiedade e depressão
Promoção do bem-estar e diminuição da sensação de fadiga
Promoção da saúde materna e do feto

RECOMENDAÇÕES PARA A ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

Atualmente, as recomendações para a atividade física e exercício físico durante esta fase especial da vida, promovidas por importantes organizações internacionais – o Colégio Americano de Medicina do Desporto (ACSM),³ o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG),¹ e a Sociedade Canadana de Fisiologia do Exercício (CSEP)⁴ – são baseadas em evidência científica e esclarecem a importância da atividade física e do exercício para a mulher e feto, desmistificando alguns receios do passado.

De destacar que estas organizações referem que “na ausência de contraindicações clínicas, todas as grávidas devem iniciar ou continuar um programa de exercício físico”, de forma a progressivamente alcançar “pelo menos 150 minutos semanais de exercício de intensidade moderada”.

Afirmam que a atividade física regular em todas as fases da vida, incluindo a gravidez e o pós-parto, promove a saúde da mãe e do feto, sendo que a gravidez é um período ideal para manter ou adotar um estilo de vida saudável. Apresentam, em resumo, as seguintes recomendações:



A atividade física na gravidez tem riscos mínimos e foi demonstrado que beneficia a maioria das mulheres, embora possam ser necessárias algumas modificações nos programas de exercício, devido a alterações anatômicas e fisiológicas normais e exigências fetais.

Os ginecologistas / obstetras e outros prestadores de cuidados de saúde devem avaliar cuidadosamente as mulheres com complicações médicas ou obstétricas antes de fazerem recomendações sobre a prática de atividade física durante a gravidez.

Deve ser realizada uma avaliação clínica completa antes de se recomendar um programa de exercício, de forma a garantir que a grávida não tem nenhuma razão médica para evitar o exercício.

A atividade física regular durante a gravidez melhora ou mantém a aptidão física, ajuda a controlar o peso, reduz o risco de diabetes gestacional em mulheres obesas, e melhora o bem-estar psicológico.

As mulheres com gravidezes sem complicações devem ser encorajadas a realizar uma variedade de exercícios aeróbios e de treino de força, antes, durante e após a gravidez, bem como exercícios de yoga e alongamento.

Devem ser incluídos na rotina diária, exercícios de treino do pavimento pélvico, de forma a prevenir situações de incontinência urinária.

As grávidas devem realizar pelo menos 150 minutos/semana atividade aeróbica de intensidade moderada.

Mulheres ativas podem manter ou adaptar sua rotina de exercícios entre 4 e 5 vezes por semana (mínimo 3 vezes por semana), em sessões de 30 minutos ou mais de exercício.

Mulheres previamente sedentárias devem começar com 15 minutos de exercício aeróbio 3 vezes por semana e aumentar gradativamente o tempo de exercícios. Por exemplo, acrescentar 5 minutos por semana até o recomendado de 150 minutos de exercício aeróbio por semana ou 30 minutos de exercício 5 vezes na semana.

Grávidas que sintam tontura ligeira ou náusea ou que se sintam desconfortáveis quando realizam exercício na posição deitada de costas (supino), devem modificar ou evitar esta posição.

Devem ser evitados exercícios por períodos prolongados (além de 60 minutos contínuos).

É necessário realizar mais investigação para estudar os efeitos do exercício sobre os resultados específicos da gravidez e para esclarecer os métodos de aconselhamento comportamental mais eficazes, bem como a intensidade e frequência de exercício ideais.

É necessário um trabalho semelhante de forma a criar uma melhor base de evidência sobre os efeitos da atividade física laboral na saúde materno-fetal.

Embora frequentemente prescrito, o repouso na cama é raramente indicado e, na maioria dos casos, deve ser considerada a possibilidade de mobilidade.

Referências bibliográficas

1 - ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 650. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 2015, 126:e135-42.

2 - Fitzgerald CM & Segal NA (eds.), Musculoskeletal Health in Pregnancy and Postpartum. An Evidence-Based Guide for Clinicians. Springer International Publishing Switzerland, 2015, 284 p. ISBN 978-3-319-14319-4.

3 - ACSM - American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 2017.

4 - Mottola MF, Devenport MH, Ruchat S-M, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. Consensus Statement. Br J Sports Med, 2018, 52:1339-46.

5 - Santos-Rocha (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, Springer International Publishing, 2019, 345 p. ISBN - 10:3319910310, ISBN-13:978-3319910314.

Prescrição do Exercício

Rita Santos Rocha

AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ

As recomendações para a atividade física e exercício físico durante a gravidez e o período pós-parto constituem-se como as linhas orientadoras para o processo de Avaliação e Prescrição do Exercício.^{1,3} Este processo, sendo da responsabilidade do Fisiologista do Exercício, decorre em paralelo com a supervisão clínica por parte dos profissionais de Saúde, sendo de fundamental importância a comunicação entre os profissionais que intervêm com esta população em fase especial da vida.^{4,5} Por outro lado, requer conhecimentos específicos sobre as adaptações anatómicas, fisiológicas e biomecânicas inerentes ao processo de gravidez.^{6,7}

QUANDO INICIAR OU CONTINUAR UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO

Não existindo complicações na gravidez, devidamente verificadas pelo médico, pode iniciar ou continuar um programa de exercício físico supervisionado, em qualquer altura. Qualquer programa de exercício, deverá ser ajustado de acordo com a situação clínica da grávida (ou da mamã), nível de aptidão física, e o nível de experiência com o programa de exercício propriamente dito, respeitando-se as condições de segurança. É muito importante realizar exercício supervisionado por um profissional experiente, de modo a monitorizar a intensidade, e a execução técnica correta.

Iniciando ou continuando um programa de exercício físico durante o 1.º trimestre, este deve ser gradual. O programa de exercício poderá ser adaptado em função dos sintomas relacionados com a gravidez, mais prevalentes nesta fase (e.g., vômitos, náuseas, etc.). Caso a mulher seja previamente sedentária, **poderá iniciar com períodos de atividade curtos e aumentar a sua duração progressivamente.** Caso seja atleta, deverá planear o seu treino, tendo em conta a intensidade

pretendida e as condições de segurança. Durante o 2.º trimestre, alguns sintomas poderão ter desaparecido, mas as alterações anatómicas vão influenciar a realização dos exercícios, embora permitam realizar confortavelmente a maioria dos exercícios incluídos num programa. De salientar que as alterações hormonais inerentes à gravidez e que poderão exacerbar condições de instabilidade articular requerem a supervisão da realização dos exercícios localizados e com suporte do peso do corpo. Durante o 3.º trimestre, as alterações anatómicas e biomecânicas são mais óbvias, sendo recomendadas atividades aquáticas e com suporte do peso do corpo para atenuar o efeito negativo da compressão abdominal e pulmonar, permitindo mobilizar as articulações com resistência passiva. Nas atividades em grupo, torna-se necessário assegurar condições de segurança nas tarefas que implicam alterações do equilíbrio e da coordenação que possam levar a quedas. O reforço abdominal e lombar deverá ser continuado nesta fase, tendo em conta que poderá prevenir ou atenuar a dor lombar, condição muito prevalente durante a gravidez. Tendencialmente existirá uma redução na intensidade do exercício, exceto no que se refere ao treino dos músculos do pavimento pélvico. De salientar que durante o terceiro trimestre, o programa de exercício deve ser articulado com um programa de preparação para o parto e amamentação, ministrado por enfermeiro especialista em saúde materna. Normalmente, um programa de exercício físico gradual no período pós-parto pode começar cerca de 4–6 semanas após um parto vaginal ou cerca de 8–10 semanas após um parto por cesariana (com consentimento médico).

AVALIAÇÃO PRÉ-EXERCÍCIO

Após a devida avaliação clínica realizada por Médicos e Enfermeiros especialistas em saúde materna, descartando eventuais contraindicações relativas ou absolutas,¹ cumpre ao Fisiologista do Exercício, numa primeira abordagem, conhecer a grávida e a gravidez, de forma a construir e aplicar o plano de prescrição do exercício e respetiva intervenção e monitorização.

A utilização do questionário PARmed-X for Pregnancy² como meio de avaliação inicial é um instrumento de comunicação com a grávida e com os profissionais de Saúde que a acompanham, bem como de controlo e monitorização do processo. Este questionário ajuda na decisão de se é necessário procurar mais conselhos antes de se tornar mais ativa ou acrescentar uma avaliação de condição física, podendo ser realizado por um médico, outro profissional de saúde, ou um fisiologista do exercício. A versão original pode ser obtida em www.csep.ca. A versão traduzida para a língua portuguesa pode ser encontrada noutra publicação,⁸ e no final deste guia.

O padrão de atividade física (inativa, ativa ou atleta) e a experiência anterior com o tipo de exercício que se pretende iniciar ou dar continuidade, bem como as motivações e objetivos para o Exercício, vão seguramente condicionar o plano de treino (tipo de exercício, complexidade e intensidade) e sua progressão (volume).^{4,8} O volume semanal de atividade física, bem como atividade profissional, deve ser considerado e monitorizado por meio de pedômetros ou questionários, como por exemplo, o PPAQ – Pregnancy Physical Activity Questionnaire,⁹ nomeadamente na fase em que o ganho de peso deve ser controlado de acordo com orientações para a promoção da saúde.

Outra variável a ponderar será a existência de situações de excesso de peso ou obesidade, ou outra condição clínica devidamente diagnosticada e acompanhada.⁵ Estabelecida a avaliação pré-exercício, o passo seguinte será a avaliação das componentes da condição física.

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO FÍSICA

Embora não seja prejudicial, e caso a grávida (praticante ou atleta) o deseje e o solicite, uma avaliação extensiva da condição física durante a gravidez só deve ser realizada por razões médicas, por solicitação da grávida (atleta) ou com propósitos de investigação.^{3,5} Assim, deve ser equacionado o custo-benefício em termos de tempo e significado, tendo em conta as adaptações físicas ao longo da gravidez e objetivos, e focar nas avaliações básicas que permitam caracterizar as componentes da condição física ao longo da gravidez, e perceber a efetividade do programa de exercício.

Até à data, não existe uma bateria de testes específicos para grávidas, no entanto, podem ser aplicados determinados protocolos submáximos, testes de força e flexibilidade adaptados, bem como avaliações de movimento funcional, de equilíbrio e da marcha.^{4,5} Destacamos a importância da avaliação da postura e funcionalidade tendo em conta as alterações biomecânicas e músculo-esqueléticas que ocorrem nesta fase,⁶ bem como a utilidade da avaliação cardiorrespiratória e da composição corporal na determinação da intensidade do treino e na aplicação de equações metabólicas para monitorização do dispêndio energético associado ao exercício,^{3,5} principalmente quando a grávida é acompanhada por um nutricionista relativamente à gestão do peso.

PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO

Com base nas avaliações das componentes atrás referidas, é estabelecido o plano de prescrição do exercício para cada tipo de exercício recomendado (ver tabela 5), nomeadamente, treino aeróbio, treino de força, postura e flexibilidade, treino neuromotor e treino do pavimento pélvico.^{3,4} O programa de exercício pode ser focado num ou mais tipos de exercício. Para cada tipo de exercício será estabelecida a intensidade, a duração e frequência, bem como a respetiva progressão. A prescrição de exercício para a grávida deve ser modificada de acordo com os sintomas, desconfortos e capacidades da mulher ao longo da gravidez.⁴ Reforça-se que as adaptações anatómicas, fisiológicas, morfológicas e biomecânicas decorrentes de uma gravidez normal, requerem a seleção e modificação dos exercícios, bem como supervisão da técnica de execução. A progressão do treino será condicionada pelas adaptações associadas a cada trimestre, bem como aos potenciais desconfortos físicos mais prevalentes.

De salientar que **devem igualmente ser conhecidos os fatores que levam à paragem do programa de exercício, por questões de segurança, tais como:**¹



Tabela 5. Linhas orientadoras para a prescrição de exercício físico durante a gravidez (adaptado)^{3,4}

Aeróbico				
TIPO Que tipo de exercício?	FREQUÊNCIA Quantas sessões por semana?	TEMPO Durante quanto tempo?	INTENSIDADE A que nível de esforço?	PROGRESSÃO Como progredir a intensidade, complexidade, duração ou frequência?
Exercícios que ativem os grandes grupos musculares, de forma ritmada e contínua. É bem tolerada durante a gravidez uma variedade de exercícios com suporte do peso do corpo e com peso do corpo suportado. Os exercícios aeróbios podem ser categorizados por nível de intensidade e de habilidade	Mulheres previamente inativas: até 3 dias/semana Mulheres previamente ativas: 3 a 5 dias/semana até à maioria dos dias da semana	30 min/dia de exercício de intensidade moderada (acumulado) até um total de pelo menos 150 min/semana ou 75 min/semana de intensidade vigorosa Mulheres previamente inativas devem progredir de 15 para 30 min/dia	Intensidade moderada (3–5,9 METs: RPE=12–13; 40%–60% $\dot{V}O_{2res}$) Intensidade vigorosa (>6METs:RPE= 14–17) para mulheres muito ativas antes da gravidez ou para as que aumentem o nível de CF durante a gravidez	A melhor altura para progredir é após o 1º trimestre (13 semanas) uma vez que os desconfortos e riscos são mais baixos nessa fase Evitar atividades com risco de queda e trauma Atividades que requerem movimentos com saltos e mudanças bruscas de direção, que possam colocar stress nas articulações devem ser realizadas com cuidado de forma a minimizar o risco de lesão articular
Flexibilidade				
Conjunto de exercícios de alongamento estático ativo ou passivo e dinâmico para cada articulação	Pelo menos 2–3 até 7 dias/semana	Manter o alongamento estático durante 10–30 s (até 60 s) 2–4 repetições de cada exercício	Alongar até ao ponto de rigidez ou desconforto ligeiro	Evitar stress excessivo nas articulações

Resistência Muscular				
TIPO Que tipo de exercício?	FREQUÊNCIA Quantas sessões por semana?	TEMPO Durante quanto tempo?	INTENSIDADE A que nível de esforço?	PROGRESSÃO Como progredir a intensidade, complexidade, duração ou frequência?
Uma variedade de exercícios realizados com máquinas, pesos livres e com o peso do corpo, são bem tolerados durante a gravidez	2-3 dias/semana não consecutivos	1 série para principiantes 2-3 series para praticantes intermédios ou avançados Treinar os principais grupos musculares A base de um programa inclui 8-10 exercícios diferentes	Intensidade que permita múltiplas repetições submáximas (i.e., 8-10 ou 12-15 reps) a ser executadas até ao ponto de fadiga moderada (40%-60% da RM estimada)	Após a 16. ^a semana de gestação, verificar se não existe desconforto na posição supino Evitar realizar a manobra de Valsalva durante o exercício Deve ser limitado o levantamento de pesos com carga muito pesada e exercícios isométricos repetitivos, intensos, até mais evidência estar disponível

Neuromotor				
Exercícios que envolvam habilidades motoras, e.g., equilíbrio, agilidade, coordenação, marcha, treino proprioceptivo e atividades multifacetadas (e.g. Pilates, Yoga, Thai Chi)	Pelo menos 2-3 até 7 dias/semana	20-30 até 60 min/dia	A intensidade do treino neuromotor refere-se ao grau de dificuldade de execução de posturas, movimentos (equilíbrio, coordenação) ou rotinas Não está determinada qual a intensidade (e volume) efetiva de treino neuromotor	Pode ser incluído nas atividades diárias Requer supervisão técnica relativamente a condições de segurança e nível de risco de queda Deverá ser assegurada a execução técnica correta dos exercícios Evitar posições que causem desconforto ou possam resultar em perdas de equilíbrio ou quedas

Pavimento Pélvico				
TIPO Que tipo de exercício?	FREQUÊNCIA Quantas sessões por semana?	TEMPO Durante quanto tempo?	INTENSIDADE A que nível de esforço?	PROGRESSÃO Como progredir a intensidade, complexidade, duração ou frequência?
Treino complexo dos músculos do pavimento pélvico focado quer na contração quer na relaxação Podem ser utilizados vários aparelhos para aumentar a efetividade do treino (e.g. cones vaginais)	1-7 dias/semana	10-30 min/dia	Não está determinada qual a intensidade (e volume) efetiva de treino dos músculos do pavimento pélvico	Pode ser realizado em qualquer sítio, em qualquer momento Deve ser incorporado em qualquer programa de exercício Deverá ser assegurada a execução técnica correta dos exercícios Devem ser realizados diferentes exercícios para melhorar a velocidade, força, resistência e coordenação dos músculos do pavimento pélvico, envolvendo fibras musculares lentas e rápidas

RPE = rate of perceived exertion / escala de esforço percebido (escala 6-20);
 MET = equivalente metabólico; VO_{2res} = consumo de oxigénio de reserva = consumo máximo de oxigénio (VO_{2max}) - consumo de oxigénio em repouso (VO_{2rep});
 CF = condição física; RM repetição máxima; reps = repetições

O teste da fala, a utilização de um cardiofrequencímetro e da escala de perceção de esforço de Borg, constituem-se como instrumentos de controlo da intensidade.¹⁹ Mottola et al. (2019)⁵ na declaração de consenso suportada pela CSEP apresentam intervalos de frequência cardíaca associados a níveis de intensidade, para dois escalões etários de mulheres grávidas, conforme tabela 6.

Tabela 6. Intervalos de frequência cardíaca associados a níveis de intensidade, para dois escalões etários de mulheres grávidas (adaptado)²

Idade Materna (anos)	Intensidade	Intervalos de Freq. Cardíaca (bat/min)
<29	Ligeira	102-124
	Moderada	125-146
	Vigorosa	149-169*
30+	Ligeira	101-120
	Moderada	121-141
	Vigorosa	142-162*

Atividade física de intensidade moderada = 40-59% Frequência Cardíaca (FC) de reserva (FC máxima - FC repouso); Atividade física de intensidade vigorosa = 60-80% FC reserva; (*) mulheres ativas que desejem treinar com limites superiores, deverão consultar previamente o seu médico.

ADAPTAÇÃO DE FORMAS DE EXERCÍCIO

A atividade física e o exercício físico durante a gravidez configuram-se como um assunto de saúde pública, pelo impacto positivo que têm na mulher, na própria gravidez, parto e saúde do feto. Nas linhas orientadoras do ACOG¹ é indicado um conjunto de atividades seguras (incluindo caminhada, corrida, aeróbica, natação, Pilates, treino de força, entre outras), como referência genérica, bem como algumas atividades contraindicadas durante a gravidez.

Atualmente é alargado o conjunto de programas de exercício disponível para a grávida. Consulte o capítulo EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO, bem como outra publicação,⁴ para conhecer mais detalhes sobre diferentes formas de exercício físico.

A grávida deve selecionar o programa de exercício para o qual está mais motivada e capaz de fazer, tendo em mente que **essas atividades ou sessões podem ser adaptadas de acordo com sua saúde e aptidão física**, assim como de acordo com o trimestre de gestação e respetivas adaptações associadas. O aconselhamento para a atividade física deverá acontecer de forma frequente por parte dos profissionais de saúde, e a prescrição do exercício e a intervenção com exercício baseada em evidência, deverá ser supervisionado por um Fisiologista do Exercício, de forma a ser seguro e efetivo.^{4,5,10}

Referências bibliográficas

- 1 - ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 650. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 2015, 126:e135-42.
- 2 - Mottola MF, Devenport MH, Ruchat S-M et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. Consensus Statement. *Br J Sports Med*, 2018, 52:1339-46.
- 3 - ACSM - American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 2017, ISBN 9781496339065.
- 4 - Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines. Springer International Publishing, 2019, 345 p. ISBN -10:3319910310, ISBN-13:978-3319910314.
- 5 - ACSM - American College of Sports Medicine. ACSM's Resources for the Exercise Physiologist (2nd ed.). Wolters Kluwer, 2018, 472 p. ISBN 9781496322869.
- 6 - Fitzgerald CM & Segal NA (eds.), Musculoskeletal Health in Pregnancy and Postpartum. An evidence-Based Guide for Clinicians. Springer International Publishing Switzerland, 2015, 284 p. ISBN 978-3-319-14319-4.
- 7 - Santos-Rocha R & Branco, M. Gravidez Ativa - Adaptações Fisiológicas e Biomecânicas durante a Gravidez e o Pós-Parto. ESDRM-IPS / CIPER-FMH-ULisboa / FCT. Rio Maior: Edições ESDRM, 2016, 250 p. ISBN: 978-989-8768-17-9 (e-book)
- 8 - Santos-Rocha R. Gravidez Ativa - Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto. CIPER-FMH-UTL / ESDRM-IPS / FCT. Rio Maior: Edições ESDRM, 2013, 258 p.
- 9 - Chasan-Taber L, Schmidt MD, Roberts DE, Hosmer D, Markenson G, Freedson PS. Development and validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.*, 2004; 36(10):1750-60.
- 10 - Wang J, Wen D, Liu X, Liu Y. Impact of exercise on maternal gestational weight gain: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul; 98(27):e16199.

Hélia Dias

IMPORTÂNCIA DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Os programas de preparação para o parto assumem-se, hoje, como um elemento importante na promoção do potencial de saúde da mulher grávida/casal/família e, logo, da sua satisfação com a experiência de gravidez, parto e puerpério. Enquadram-se numa filosofia de ação assente nos princípios da promoção da saúde e do empoderamento das pessoas que contribui para a sua autonomia e tomada de decisão em saúde.¹

A preparação para o parto define-se como o “ato de assistência prestado pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (ESMO) à grávida e família, que visa, por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores da flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento”.²

Todas as mulheres grávidas/casais/famílias devem ter acesso, no decorrer da gravidez a programas de preparação para o parto pois permite que vivenciem a gravidez e, a partir das suas necessidades que compartilhem, expressem e esclareçam medos, dúvidas e ansiedades, num ambiente de grupo e apoio mútuo, a fim de capacitá-las para as tarefas que a gravidez e a maternidade exigem.³

Os cursos de preparação podem fundamentar-se em vários métodos, sendo o mais conhecido e recomendado na realidade portuguesa, o método psicoprofilático de Lamaze. O programa do curso pode incluir um conjunto de intervenções diversas, na modalidade em grupo e/ou individual, que incluam:

preparação para o parto no solo; exercícios e bem-estar na gravidez; realização da visita ao hospital/maternidade e elaboração do plano de parto/nascimento.³ Os objetivos do curso estão alinhados com estas intervenções, destacando-se: a capacitação da mulher/casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e responsável, a promoção do autocontrolo da dor pelo recurso a estratégias promotoras de conforto e técnicas não farmacológicas de controlo de dor, o ensinar a colaborar com o próprio corpo de forma a facilitar as mudanças e processos que vivencia. **O curso deve iniciar-se entre as 24-26 semanas de gestação.** Cada sessão não deve exceder os 90 minutos, e deverão ocorrer até duas sessões por semana, num total de 10 a 14 sessões. O horário deve garantir a acessibilidade com base no princípio da equidade. Nas sessões devem participar, preferencialmente, o casal.

Atendendo à relevância das intervenções previstas no curso de preparação para o parto apresentam-se cada uma per si, na lógica referenciada por Torgal e colaboradores:¹

Preparação para o parto no solo Integra um conjunto de áreas programáticas e conteúdos que deverão ser operacionalizados com recurso a metodologias teórica ou teórico-prática, mas baseando-se sempre na procura de uma assistência inovadora, num desafio constante e numa cultura de criatividade por parte do enfermeiro especialista que concebe, planeia, executa e avalia o programa do curso. As áreas programáticas englobam aspetos mais ligados à dimensão bio fisiológica do trabalho de parto, no sentido de aumentar o conhecimento e de melhorar a compreensão nas várias etapas do trabalho de parto, de que se destaca o papel fundamental da dor. A valorização da dimensão individual, nomeadamente através do conhecimento do seu corpo, que se denomina consciencialização corporal, conjugada com o apoio contínuo de uma pessoa significativa no nascimento, direito consagrado na legislação portuguesa, pode contribuir para um empoderamento da mulher e favorecer a sua participação e tomada de decisão. As estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto/estratégias facilitadoras são reconhecidas com potenciais benefícios na evolução do trabalho de parto. A consciencialização da mulher do seu potencial interno para gerir a dor e o seu investimento em estratégias não farmacológicas tendem a promover um trabalho de parto mais natural, saudável e seguro.

Exercícios e bem-estar na gravidez O exercício e bem-estar na gravidez deve ser promovido, dado que a atividade física na gravidez é uma prática segura e saudável, particularmente na gravidez de baixo risco. A sua prática poderá representar um espaço privilegiado de promoção e incentivo à atividade física. **À atividade física durante a gravidez são reconhecidas inúmeras vantagens para a mulher e feto/recém-nascido.** Salientam-se: um melhor controlo do aumento de peso, a prevenção da diabetes e da hipertensão arterial, melhoria da condição física, do humor e da qualidade do sono. Os desconfortos mais frequentes no 3.º trimestre tendem a estar menos presentes: câibras, edema nos membros inferiores e fadiga. As evidências científicas mostram diminuição de parto pré-termo, parto por cesariana e recém-nascido com excesso de peso. Ao nível da saúde mental, a incidência de depressão pós-parto é menor. Das áreas programáticas previstas nesta intervenção relevam-se os exercícios relacionados com os músculos do pavimento pélvico pela importância que têm na prevenção do enfraquecimento dos mesmos e de posteriores sequelas, como a incontinência urinária. A utilização da bola de Pilates ao promover à mulher posicionamentos diferentes, pela possibilidade de mobilidade, favorecer o relaxamento, aumentar a sua sensação de conforto e beneficiar o trabalho de parto. As técnicas de respiração e relaxamento são fundamentais e devem ser ativamente trabalhadas.

Realização da visita ao hospital/maternidade A mulher tem direito a escolher livremente o local onde deseja parir, contudo para poder decidir é necessário conhecer previamente as maternidades e as suas práticas. Esta visita tem como objetivos dar a conhecer o circuito que irá efetuar desde a admissão até à alta, promover a vinculação da grávida/casal ao espaço físico e profissionais, por forma a minimizar a ansiedade no momento do parto, bem como em situações de urgência, melhorando assim a qualidade assistencial. **Deve ser realizada preferencialmente a partir das 34 semanas** e deve seguir um guião próprio adequado a cada instituição.

Elaboração do plano de parto/nascimento O reconhecimento da mulher como participante ativa no seu projeto de vida, torna-a capaz de tomar decisões relativas à sua saúde e bem-estar, neste caso no seu trabalho de parto, parto e puerpério. É esta liberdade de escolha que lhe permite elaborar o seu plano de parto, que deverá ser validado na penúltima consulta de assistência pré-natal.³ O mesmo deve integrar as preferências e necessidades da grávida/casal em relação ao trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade

e ser discutido com os profissionais de saúde da instituição escolhida como local de nascimento. Atendendo à imprevisibilidade do trabalho de parto, parto e puerpério o mesmo deve ter como premissa a sua flexibilidade para garantir a segurança dos cuidados de saúde. O plano de parto/nascimento é, assim, uma forma de promover a escolha informada, de respeitar as crenças e necessidades da mulher e torná-la, verdadeiramente “dona do seu parto”.

Em síntese, assiste-se a uma mudança de paradigma no que são os cursos de preparação para o parto. As recomendações vão no sentido da importância de um trabalho em parceria com a mulher, o denominado “Modelo de Cuidados Centrados na Mulher”, base estruturante dos mesmos e que reconhece a evolução da sociedade, as exigências das pessoas que necessitam de cuidados e a sua singularidade. É esta constante adaptação que contribui para a mudança de paradigma nos cuidados de saúde e para acrescentar valor às “políticas de saúde promotoras de experiências de parto, não só seguras, mas mais positivas para as mulheres/casais e suas famílias. De facto, prestar cuidados adequados às mulheres/casais é hoje um desafio e uma aposta numa cultura de elevada qualificação e inovação em saúde, baseados na melhor evidência científica, com enfoque nos ganhos em saúde para as mulheres, recém-nascido e famílias”.¹

Referências bibliográficas

1 - Torgal AL, et al. Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2019.

2 - Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, 2018 [on-line]. Acedido em dezembro de 2019: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5684/ponto-5_regulamento-padroes-de-qualidade-ce-eesmo.pdf

3 - Direção Geral da Saúde. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS, 2015.

Hélia Dias

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO DO PARTO

O período após o parto que se denomina de puerpério, diz respeito ao conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem nesta fase e que perduram até ao retorno do organismo às condições antes da gravidez. A relevância e extensão destas modificações são proporcionais às alterações experimentadas durante a gravidez e ocorrem com o objetivo do corpo e a mente da mulher voltarem ao estado que a caracterizava previamente à gravidez e prepará-la para a amamentação.¹ É um período cronologicamente variável que geralmente se situa entre as 4 e 6 semanas pós-parto. Preparar a mulher/casal para esta fase é de relevante importância, dado integrar-se numa situação de transição que exige um investimento nas orientações de autocuidado e deteção precoce de complicações para que possa ser experienciada de forma saudável, equilibrada e positiva. Pela sua particularidade, é ainda um momento em que se deve dar continuidade à promoção do potencial de saúde da mulher/casal/família desenvolvido durante a gravidez.²

Os cuidados de enfermagem nesta fase devem abranger os seguintes aspetos:

Mudanças fisiológicas Relativamente ao aparelho reprodutor e estruturas associadas informar sobre o processo de involução uterina, o qual começa imediatamente após a expulsão da placenta. Abordar as contrações pós-parto e a sua importância na hemóstase do miométrio. Um útero firme e bem contraído é um sinal positivo no pós-parto e as mães que desejam amamentar devem fazê-lo imediatamente após o parto, pois a sucção estimula a produção e libertação de ocitocina que coordena as contrações uterinas. A mulher deve evitar esforços ou levantar pesos, ao levantar-se da cama deve virar-se de lado e utilizar braço para impulso. Durante esta fase pós-parto verifica-se uma perda uterina que se denomina de lóquios. Dividem-se em três tipos: lóquios hemáticos (nos primeiros 3-4 dias), lóquios sero-hemáticos (após o 4.º-5.º dia) e lóquios

serosos (após o 10.º dia e podem durar duas a seis semanas). Os lóquios devem ter um cheiro semelhante ao fluxo menstrual normal, logo, um odor alterado, pode ser sinal de uma infecção pós-parto. A parede da vagina que durante a gravidez sofreu alterações, tornou-se lisa e distendida, volta às suas características habituais, ou seja, à presença de rugosidades por volta da 4.ª semana. Pode verificar-se durante as relações sexuais, redução da lubrificação e desconforto que resulta do processo de retoma da função ovárica.

A recuperação da tonicidade dos músculos do pavimento pélvico vai sendo gradual.

Após o parto, a parede abdominal permanece distendida, podendo levar 6 a 7 semanas para recuperação. O retorno depende do tônus anterior, de exercício adequado e da quantidade de tecido adiposo. Importância dos exercícios pós-parto a nível abdominal e de fortalecimento do pavimento pélvico. A episiorrafia, as lacerações, hematomas e equimoses podem dificultar a deambulação e os posicionamentos. Para minimizar eventuais desconfortos, pode aplicar-se gelo intermitente (8/8h, +- 15 minutos); amamentar em decúbito lateral; antes de sentar, contrair a região glútea; cuidados de higiene e mudança de penso higiénico frequentes; medicação analgésica em SOS e realização dos exercícios de Kegel.

Ao nível do sistema endócrino verificam-se grandes transformações no pós-parto. Após a saída da placenta, os níveis de estrogénios e de progesterona diminuem bruscamente, atingindo os níveis mais baixos uma semana após o parto. Os níveis de prolactina aumentam até à 6.ª semana pós-parto na mulher que amamenta, na que não amamenta os níveis diminuem atingindo os níveis pré-gravídicos pela 3.ª semana. O restabelecimento do ciclo menstrual é variável: mulheres que amamentam entre o 2.º e o 18.º mês e mulheres que não amamentam entre a 6.ª e 8.ª semana pós-parto.

No sistema circulatório, o débito cardíaco e o volume de sangue alterados durante a gravidez, voltam ao estado prévio. Dos cerca de 1000 a 1500 ml de sangue aumentados durante a gravidez, a maior parte é eliminada nas primeiras 2 semanas pós-parto. Os sinais vitais poderão ter pequenas oscilações, sendo importante a sua monitorização para a identificação precoce de complicações como a hemorragia pós-parto.

A função renal retorna ao normal, em média, um mês após o parto. Importância de avaliar a vontade de urinar no pós-parto, atender aos traumatismos provocados pelo parto induzido, ao aumento da capacidade vesical e aos efeitos da medicação anestésica. Também o traumatismo pélvico, as lacerações vaginais ou a

episiotomia podem reduzir ou alterar o reflexo da micção. Vigiar a distensão da bexiga. Com o adequado esvaziamento da bexiga, a tonicidade está restabelecida 5 a 7 dias após o parto.

Sobre o sistema gastrointestinal, a mulher no pós-parto refere vontade em alimentar-se, devido à restrição alimentar e ao esforço do trabalho de parto e parto. A função intestinal e o peristaltismo tendem a regularizar-se nos primeiros 2-3 dias, mas tal pode não acontecer pela diminuição da tonicidade dos músculos do intestino durante o trabalho de parto, jejum, diarreia pré-parto ou desidratação. A dor e a obstipação são queixas frequentes durante as primeiras semanas. Importante aumentar a ingestão de água e alimentos ricos em fibra e fazer pequenas caminhadas. Em caso de hemorroidas aplicar gelo, fazer uma higiene cuidada alternando água fria e morna e adotar posições que aliviem o desconforto.

Ao nível neurológico, os desconfortos induzidos pela gestação desaparecem após o parto. As parestesias e formigueiros dos dedos (sentidos por cerca de 5% das mulheres) desaparecem.

Relativamente, ao sistema músculo-esquelético as adaptações que ocorreram na gravidez tendem a regredir e desaparecer no puerpério. A estabilização das articulações ocorrerá cerca de 6 a 8 semanas após o parto. Contudo, nos pés poderá não acontecer, pode haver mesmo um aumento do número do sapato. Fundamental, elevar as pernas durante os momentos de repouso e durante a amamentação, fazer pequenas caminhadas e durante o duche passar água fria, 1/2 minutos nos pés e pernas.

A hiperpigmentação da aréola e da linha branca poderão permanecer. As estrias podem desvanecer-se, mas não desaparecem completamente. O cabelo cresce devagar, pode haver perda de cabelo. A diaforese no pós-parto imediato é abundante.

Mudanças psicológicas É fundamental acompanhar esta fase de transição para a parentalidade, nunca a dissociando das mudanças fisiológicas que se verificam, dado que os fatores contribuintes para alterações a este nível têm uma origem multifatorial. Estes podem estar relacionados com o decurso da gravidez, com a mulher, com o contexto sociofamiliar e económico e cultural e ainda com fatores específicos ao período pós-parto.³ Uma possível depressão, quer seja ainda no período pré-natal quer seja no pós-parto, condicionará de muitas formas a mulher e a família e pode aumentar o risco de complicações, por isso, é fundamental a avaliação psicológica e emocional da mulher numa perspetiva preventiva e de diagnóstico precoce de fatores influenciadores.

Assim, os cuidados de enfermagem no pós-parto devem promover a rápida recuperação da puérpera, promover o desenvolvimento de competências de autocuidado pessoal e para com o recém-nascido e apoiar o processo de transição para a parentalidade.¹ Destacam-se ainda algumas intervenções relacionadas com a amamentação, que sendo um ato natural requer conhecimentos e um processo de aprendizagem. Fundamental, informar a mulher sobre o que é a tensão mamária, o ingurgitamento mamário e a maceração dos mamilos. Explicitar medidas simples e com forte impacto na minimização e resolução destas situações como: iniciar a amamentação o mais precocemente possível, em horário livre, assegurando uma boa pega; se necessário, no início para facilitar a pega e fazer extração de leite, bem como no final da mamada se a tensão persistir, realizar extração manual ou com bomba e restringir ingestão de líquidos, lavar as mamas com água corrente, uma vez por dia (banho), não aplicar sabões ou friccionar, aplicar colostro e deixar secar ao ar e fazer arejamento da mamilo (soutien com conchas de arejamento ou exposição ao ar) e lavar as mãos sempre antes de amamentar e no final. Ao nível do autocuidado no pós-parto é necessário relembrar os sinais de alarme de uma possível complicação: febre, dor na mama, hemorragia, lóquios com cheiro fétido e calor/rubor num membro inferior e orientar a mulher para a realização da consulta de revisão do puerpério, integrando ainda a vertente do planeamento familiar.

O enfermeiro assume uma função crucial junto da mulher/casal no período pós-parto ao fornecer apoio, informação e encaminhamento, nas situações que o justifiquem, sempre numa perspetiva de um cuidar humanizado e atendendo à singularidade e diversidade de cada pessoa.

Referências bibliográficas

- Ferreira AF. Fisiologia do Puerpério. In M Néné, R Marques, & MA Baptista. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2016, 438-42.
- Torgal AL et al. Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2019.
- Leitão M. Alterações Psicológicas no Puerpério. In M Néné, R Marques, MA Baptista. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2016, 443-45.

Prescrição do Exercício no Pós-Parto

Eunice Moura

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral de Saúde recomenda a realização da consulta do puerpério durante o período de recuperação física e psicológica que começa imediatamente a seguir ao nascimento do recém-nascido e que se prolonga por cerca de 6 semanas. Após a avaliação do estado de saúde da mãe poderá ser indicada a iniciação da recuperação física pós-parto, se todos os parâmetros avaliados estiverem dentro da normalidade. Para algumas mães, este poderá significar o início de uma nova fase de mudança do estilo de vida, mas para outras significa a continuação de um hábito que mantiveram antes e durante a gravidez.

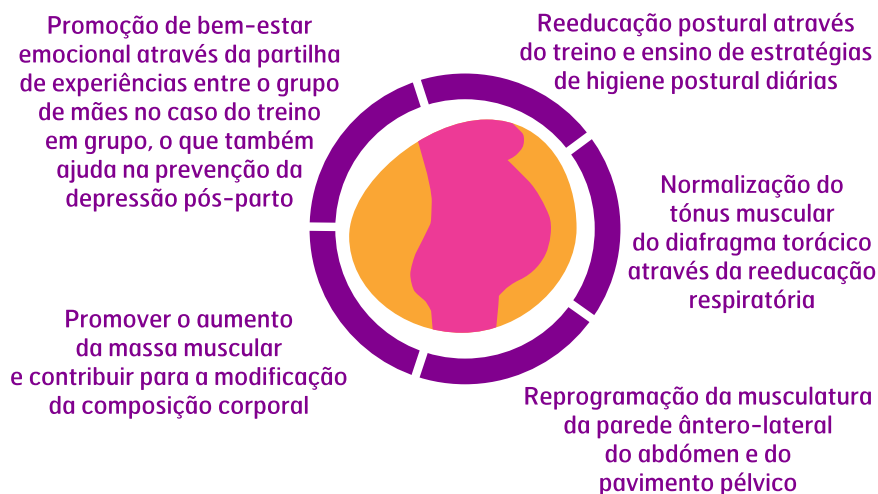
A iniciação à prática de exercício físico na fase de pós-parto deve ter em conta que muitas das alterações fisiológicas decorrentes da gravidez prolongam-se até um ano após o parto, logo o plano de treino deve incluir um cuidado especial com as estruturas que ficaram mais desprogramadas, como toda a região abdominal, que inclui a parede superior (músculo diafragma torácico), a parede ântero-lateral do abdómen (músculos grande reto do abdómen, oblíquos externos/internos e o transverso do abdómen) e a parede inferior (músculos do pavimento pélvico).

Para construir um plano de treino adequado e seguro é essencial realizar, além da consulta médica do puerpério, uma avaliação com um fisioterapeuta da área da reabilitação pélvica e uroginecológica que inclui uma avaliação ginecológica dos músculos perineais, avaliação de algias pélvicas, avaliação do estado das cicatrizes de episiotomia e cesariana, assim como o ensino de hábitos saudáveis de saúde perineal. A seguir é recomendado realizar uma avaliação com um fisiologista do exercício que englobe, a avaliação da competência abdominal ao esforço, a avaliação da tonicidade abdominal-diafragmática e o teste da distância inter-retos para verificar a existência da diástase abdominal. A avaliação contínua do tônus do diafragma torácico é essencial para uma melhor adaptação dos exercícios de libertação miofascial, para que esta área normalize o seu tônus que muitas vezes apresenta um nível de tensão mais elevado devido à maior

probabilidade de posturas desadequadas e aos níveis de stress mais elevados característicos do pós-parto. Desta forma, uma das componentes mais importantes no treino de recuperação pós-parto imediato é a reeducação postural e respiratória para reprogramar todas as estruturas avaliadas pela equipa interdisciplinar com formação académica complementar, adequada para esta fase de vida da mulher, que têm em conta a redução do risco de lesões e agravamento das disfunções do pavimento pélvico, tais como a incontinência urinária e os prolapsos dos pélvicos. Um plano de treino adequado também deverá conter exercícios para melhoria das várias componentes da atividade física, tais como, a resistência cardiorrespiratória, resistência muscular e a mobilidade.

Existem várias opções para treinar nesta fase, como por exemplo, o treino ao domicílio, que poderá ser uma vantagem numa fase mais precoce do pós-parto, mas também pode treinar numa clínica multidisciplinar, assim como no ginásio. O treino em grupo poderá ser uma opção muito válida, partilha experiências com as outras mães e bebés e irá sentir-se motivada para manter a regularidade do treino, uma das chaves do sucesso para alcançar os objetivos da recuperação pós-parto.

A recuperação funcional após o parto deve focar-se nos mesmos princípios e cuidados definidos para a gravidez, tendo como objetivos:



Além do exercício físico estruturado é essencial que realize pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada durante a semana, o que numa fase inicial poderá repartir em blocos de dez minutos. Um exemplo de atividade física são as caminhadas ao ar livre, mas se o tempo não ajudar pode optar, como exemplo, por caminhar em espaços fechados como os museus. A regularidade do esforço físico, assim como o alcançar a intensidade sugerida são uma das chaves do sucesso da recuperação pós-parto, sendo que uma “intensidade moderada” significa que consegue andar e falar ao mesmo tempo, mas não lhe apetece, por exemplo, cantar. Por último, a redução do comportamento sedentário, uma vez que é muito importante interromper o tempo que passamos sentados durante o dia mesmo que faça exercício físico e atividade física. A campanha “Levante-se, mesmo que se considere fisicamente ativa” da Direção-Geral de Saúde englobada no seu recente programa de saúde prioritário, a atividade física, alerta para o facto de permanecer longos períodos sentado, sem interrupções, associa-se a um aumento do risco de doenças crónicas (e.g. cancro, doenças cardiovasculares) mesmo que seja uma pessoa ativa.

Cuide de si e seja ativa pela sua saúde todos os dias.

Bibliografia consultada

- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa, 2015.
- Mil-Homens P, Pezarat-Correia P, Vilhena de Mendonça G. Treino da força, volume 2. Avaliação, planeamento e aplicações. Edições Faculdade de Motricidade Humana, 2017.
- Pezarat-Correia P & Espanha M. Aparelho Locomotor. Anatomofisiologia dos sistemas nervoso, osteoarticular e muscular (volume 1). Edições Faculdade de Motricidade Humana, 2010.

Diástase Abdominal

Patrícia Mota

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DIÁSTASE ABDOMINAL

A Diástase dos retos abdominais é uma condição caracterizada pela separação dos músculos retos abdominais ao longo da linha alba. Este aumento da distância entre os dois retos abdominais pode ser congênito, mas é mais frequente que esta condição se verifique durante a gravidez, sobretudo no 3º trimestre, imediatamente após o parto e durante as primeiras semanas do puerpério.

À medida que o feto vai crescendo, os dois músculos retos abdominais ligados pela linha alba, alongam e curvam ao mesmo tempo que a parede abdominal se expande, e a separação entre os dois ventres musculares com protusão do umbigo pode ocorrer.

Há estudos que indicam que a diástase pode afetar entre 30% a 100% das mulheres grávidas, e que os músculos abdominais podem permanecer separados no pós-parto imediato entre 34,9% a 60% das mulheres.

No entanto, esta condição também foi encontrada em 38,7% de mulheres mais velhas com filhos que iriam ser sujeitas a histerectomias abdominais, e em 52% de pacientes uroginecológicas na menopausa.

A prevalência de diástase ou do aumento da distância entre retos varia e pode ser imprecisa devido a existirem limites diferentes de distância considerada normal, e diferentes métodos de medida desta mesma distância. O instrumento mais fiável para medição de diástase em grávidas e mulheres no pós-parto é a ecografia abdominal.

Até hoje existem estudos limitados sobre o que é considerada uma largura normal da linha alba, e sobre os fatores de risco possíveis para o desenvolvimento de diástase. Aparentemente existe uma relação entre a falha no tratamento de diástase e o desenvolvimento de sequelas a longo prazo, tais como alterações posturais, dor lombar e defeitos estéticos. No entanto esta relação não foi ainda cientificamente provada, pelo que se preconiza uma observação individualizada

e criteriosa de modo a avaliar as características de cada mulher, possíveis fatores de risco e delinear o plano de tratamento mais indicado para cada situação em particular.

O conhecimento das alterações dos retos abdominais durante a gravidez e o pós-parto é essencial para o desenvolvimento de programas de exercício seguros e eficazes e aconselhar corretamente a população em geral. As mulheres são encorajadas a participar em programas de exercício para voltar rapidamente à sua forma física. Até à data existem estudos limitados sobre quais os exercícios mais seguros e eficazes durante a gravidez e o pós-parto. Em particular existem poucas evidências de quais os exercícios mais adequados para a redução da diástase. No entanto, e após uma avaliação individualizada poderá ser prescrito exercício de forma segura e eficaz tanto na gravidez como depois do parto.



QUESTÕES FREQUENTES

O que é a Diástase dos retos abdominais?

A diástase abdominal consiste no aumento da separação entre os músculos retos abdominais ligados através da linha alba, na região anterior do abdómen.

Muitas vezes depois da gravidez os músculos não voltam imediatamente à sua posição inicial, provocando uma aparência de barriga dilatada. Além das questões estéticas, a diástase parece estar associada a fraqueza muscular abdominal e do pavimento pélvico, e instabilidade lombo-pélvica.

O que provoca a Diástase abdominal?

A Diástase abdominal é o resultado de um aumento de pressão abdominal e sobrecarga muscular provocado sobretudo pelo crescimento do feto. À medida que a gravidez se desenvolve os dois retos abdominais vão sendo empurrados para fora e vão sendo separados um do outro podendo ocorrer a protusão do umbigo. Esta separação entre os dois retos vai diminuindo após o parto, e pode inclusivamente resolver naturalmente e voltar à sua posição inicial. No entanto pode acontecer que esta separação não volte completamente por si à sua posição original, provocando instabilidade, fraqueza muscular e uma “barriga dilatada”.

Como sei se tenho Diástase?

Para ter a certeza se no seu caso a separação dos retos abdominais é normal ou já pode ser considerada excessiva deve fazer uma ecografia com o seu Fisioterapeuta. No entanto um método rápido e usado durante muitos anos é

através de palpação. Deite-se de barriga para cima com os joelhos dobrados e os pés apoiados numa superfície dura. Coloque as pontas dos dedos na zona logo acima ou abaixo do umbigo com a palma da mão aberta e virada para si; levante a cabeça e ligeiramente os ombros e pressione os seus dedos no sentido do chão; se sentir uma separação entre os seus dedos é o que se considera diástase. Deve notar como os músculos se aproximam enquanto levanta a cabeça. Geralmente considera-se diástase se a separação entre os seus dedos for igual ou superior a 2 dedos.

É comum desenvolver-se Diástase?

Estudos de prevalência indicam uma prevalência de diástase no pós-parto até 60%. Esta condição é mais observada em mulheres com mais de um filho, gravidezes gemelares, bebés grandes à nascença e aumentos de peso consideráveis durante a gravidez.

Devo usar uma cinta ou faixa de suporte para prevenir ou tratar a Diástase?

Há quem aconselhe o uso de faixas de suporte muscular para o tratamento de diástases graves (> 4 dedos de separação). No entanto o uso deste tipo de dispositivos é controverso, e existe a possibilidade de “habituação” do músculo a esse tipo de suporte, desfavorecendo a sua recuperação ativa. Neste momento não existem evidências clínicas de que o uso de cintas seja benéfico na recuperação pós-parto, em particular da diástase.

A ideia mais consensual é que uma musculatura bem tonificada tem maior capacidade de resposta mesmo em situações de sobrecarga, partindo do princípio que o exercício poderá proteger o desenvolvimento de diástase.

O mais correto é falar com o seu fisioterapeuta e perceber o que é mais aconselhado no seu caso particular.

Que exercícios são adequados para o tratamento da Diástase?

Cada vez mais se tem chegado à conclusão que as generalizações são perigosas. Durante anos o Pilates foi recomendado na recuperação pós-parto, mas estudos recentes apontam que a ativação do músculo transverso, típica dos exercícios de Pilates não favorece a Diástase provocando ainda um aumento da distância

entre os retos. Nesse sentido deve fazer uma avaliação com o seu fisioterapeuta/fisiologista do exercício e perceber no seu caso particular quais são os exercícios que favorecem a aproximação dos dois retos abdominais sem o comprometimento de outras estruturas, por exemplo o pavimento pélvico.

Quais os tratamentos disponíveis para a Diástase?

Durante a gravidez não existem tratamentos para a diástase. Durante o pós-parto, o tratamento de primeira linha é o exercício. Deve aconselhar-se com o seu fisioterapeuta/fisiologista do exercício sobre quais os exercícios mais adequados no seu caso.

Quando a diástase é muito exuberante e o exercício não contribui para a continuação da recuperação da distância entre os retos também existe a possibilidade de corrigir a diástase com cirurgia. No entanto esta opção só faz sentido ser tomada quando a mulher tem a certeza de não querer voltar a engravidar, pois uma gravidez após a cirurgia poderia invalidar os resultados da própria cirurgia uma vez que no final da gravidez o afastamento dos músculos retos abdominais é inevitável.

Bibliografia

- Mota PGFd, Pascoal AGBA, Carita AIAD, Bo K. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. Manual therapy. 2015;20(1):200-5.
- Boissonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. Physical Therapy. 1988;68(7):1082-6.
- Mota P, Pascoal AG, Carita AI, Bo K. The Immediate Effects on Inter-Rectus Distance of Abdominal Crunch and Drawing in Exercises During Pregnancy and the Postpartum Period. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2015:1-24.
- Emanuelsson P, Gunnarsson U, Strigard K, Stark B. Early complications, pain, and quality of life after reconstructive surgery for abdominal rectus muscle diastasis: a 3-month follow-up. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(8):1082-8.

Incontinência Urinária

Patrícia Mota

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Durante a gravidez o corpo da mulher passa por diversas alterações fisiológicas e morfológicas que afetam o sistema músculo-esquelético sendo a mais evidente o crescimento do útero e da região abdominal com alteração da postura e equilíbrio da futura mãe. Estes fatores combinados com as alterações hormonais e aumento de peso podem contribuir para diversas situações, ou agravamento de lesões pré-existentes. Uma das condições músculo-esqueléticas mais comuns relacionadas com a gravidez é a disfunção do pavimento pélvico, relacionada com o aumento de peso sobretudo do útero pelo crescimento do bebé durante a gravidez, e com possível estiramento e laceração dos músculos do pavimento pélvico durante o parto.

Hoje em dia, e baseado nos diversos estudos científicos nesta matéria, é possível defender que todas as mulheres podem beneficiar de educação sobre o papel dos músculos do pavimento pélvico na saúde do sistema músculo-esquelético. O tratamento específico dos músculos do pavimento pélvico é determinante na qualidade de vida em mulheres com problemas de incontinência, prolapso dos órgãos pélvicos e diversas síndromes de dor pélvica.

O exercício com enfoque na educação e treino dos músculos do pavimento pélvico deve ser um dos componentes centrais durante a gravidez, sobretudo nas mulheres que já eram atletas ou que praticam exercício físico. Várias hipóteses sugerem que o treino do pavimento pélvico pode reduzir o risco de incontinência urinária durante a gravidez e após o parto. Assim, se os músculos do pavimento pélvico estiverem treinados podem resistir à hiper-laxidão ligamentar induzida pelas alterações hormonais e aos aumentos de pressão intra-abdominal durante a gravidez. Além disso, **um pavimento pélvico treinado pode recuperar melhor e mais rapidamente de lesões induzidas no parto**, pois as vias de ativação destes músculos já foram aprendidas e estão automatizadas em mulheres que aprenderam a exercitar o seu pavimento pélvico antes e/ou durante a gravidez.

O treino do pavimento pélvico e a sua importância na recuperação da função do pavimento pélvico foi introduzida por Arnold Kegel em 1948, que nessa altura observou que as suas pacientes com incontinência urinária recuperavam a função e ficavam “curadas” destes sintomas após treinarem o seu pavimento pélvico. Desde então têm sido feitos vários estudos sobre esta matéria e existem várias hipóteses sobre o porquê do êxito desta abordagem. Por um lado as mulheres aprendem a contrair voluntariamente o seu pavimento pélvico, e aprendem a fazer uma pré-contração destes músculos antes de situações que aumentam a pressão abdominal (por exemplo antes de tossir); por outro lado à semelhança do que acontece com outros grupos musculares treinados, o aumento da força dos músculos do pavimento pélvico e hipertrofia provocam um aumento de volume muscular que dá suporte estrutural aos órgãos internos (como a bexiga, útero ou reto), contribuindo para o encerramento dos esfíncteres.



QUESTÕES FREQUENTES

Em que consiste o treino do pavimento pélvico?

O treino do pavimento pélvico consiste na repetição de contrações voluntárias máximas, de curta e longa duração, em posições progressivamente mais exigentes. Depois de uma avaliação criteriosa junto do fisioterapeuta com formação nesta área de saúde da mulher, a prescrição e ajuste do treino à sua condição específica é feito de forma a seguir o princípio da sobrecarga como em qualquer outro grupo muscular.

O treino do pavimento pélvico deve ser feito durante a gravidez?

Sim. De acordo com a evidência científica nesta matéria o treino do pavimento pélvico durante a gravidez é recomendado em mulheres com ou sem disfunção do pavimento pélvico de modo a tratar ou diminuir os sintomas durante e após a gravidez.

Fazer treino do pavimento pélvico durante a gravidez previne problemas futuros?

Sim. A literatura mais recente sugere que as mulheres grávidas sem disfunção prévia que realizaram treino do pavimento pélvico durante a gravidez (prevenção), têm uma probabilidade inferior de desenvolver disfunção de pavimento pélvico

comparando com mulheres grávidas que não realizaram treino do pavimento pélvico. Atualmente o consenso internacional para a incontinência recomenda que o treino do pavimento pélvico supervisionado seja oferecido a todas as mulheres durante a gravidez.

O treino do pavimento pélvico pode comprometer o parto vaginal?

Não. Existia a preocupação que um pavimento pélvico “demasiado forte” pudesse estar relacionado com lacerações durante o parto e partos instrumentados. No entanto a evidência científica sobre esta matéria não relacionou o treino do pavimento pélvico com o aumento de partos instrumentados ou de traumas no períneo como episiotomias ou rasgaduras durante o parto.

Bibliografia

- Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. American journal of obstetrics and gynecology. 1948;56(2):238-48.
- Kegel AH. Stress incontinence and genital relaxation; a nonsurgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. Ciba clinical symposia. 1952;4(2):35-51.
- Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2004;15(2):76-84.
- Bo K, Morkved S. Pelvic floor and exercise science. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen MV, editors. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007. p. 113-32.

Rita Santos Rocha, Fátima Ramalho, Susana Franco, Marta Fernandes de Carvalho

EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ E PÓS PARTO

A prática de exercício físico durante a gravidez e no pós-parto, é um assunto de saúde pública. Existem linhas orientadoras para a atividade física durante a gravidez, publicadas por importantes organizações internacionais que sustentam que a atividade física em geral e a prática de exercício físico em particular, durante o período de uma gravidez sem complicações, apresenta vários benefícios no que se refere aos aspetos fisiológicos, psicológicos e para a saúde da mulher e do feto. Especificamente, a evidência científica tem demonstrado de forma consistente a importância da atividade física e da prática de exercício físico como formas de combater o comportamento sedentário durante a gravidez, controlar o peso, promover o bem-estar, prevenir e coadjuvar no tratamento de situações de diabetes gestacional, incontinência urinária, ansiedade e depressão, bem como contribuir para a saúde da mulher e do feto e auxiliar no parto e respetiva recuperação. **Existem várias atividades consideradas seguras, desde que supervisionadas por um profissional de exercício qualificado**, e poderão ser uma forma eficaz de promoção da saúde e condição física da grávida e da mamã.

Cada uma destas atividades pode ser adaptada às diferentes fases da gravidez e pós-parto, incluindo um aquecimento específico, uma parte fundamental e um retorno à calma, e com o equipamento adequado, de forma a constituir-se como estímulo efetivo. Por conseguinte, **é fundamental que as atividades sejam orientadas por profissionais do Exercício ou do Desporto, com competências técnicas e pedagógicas adequadas aos objetivos das praticantes, sejam eles de recreação e lazer, de promoção e manutenção da saúde e condição física, de treino desportivo e/ou competição, ou de prevenção ou tratamento de determinadas condições clínicas.**

O facto de se optar por um ginásio especializado para a fase da gravidez e do pós-parto constitui a vantagem de haver um enfoque maior nas necessidades da mulher naquele período de vida. Isso, e o facto de a maioria dos centros contemplarem um espaço de berçário para as mulheres que estão na fase do pós-parto poderem ter o bebé perto de si. A mulher pode ainda optar por um

ginásio generalista que assegure que haja profissionais do exercício que dominem a modalidade escolhida do ponto de vista técnico e pedagógico e que tenham conhecimentos de prescrição de treino pré e pós parto. Apresentamos seguidamente formas genéricas de adaptação de vários tipos de exercício.



MARCHA E CORRIDA

A **marcha** é uma atividade muito recomendada, quer por motivos de eficácia quer por motivos de segurança. Esta atividade consiste numa caminhada com passada ajustada à altura da grávida, com duração variada consoante a condição física da pessoa, de preferência a uma velocidade confortável. Permite controlar facilmente o esforço uma vez que se trata de uma atividade básica de locomoção. Quando realizada sistematicamente permite obter uma melhoria na condição cardiorrespiratória. Do ponto de vista biomecânico é a atividade de referência implicando cargas cerca de uma vez o peso do corpo. É a atividade mais recomendada, porque apresenta baixo impacto, pode ser realizada durante toda a gravidez e no período pós-parto, com a possibilidade de escolha entre a passeadeira rolante e o ar livre. Quando realizada ao ar livre, deve-se ter atenção ao percurso a realizar, no que se refere às características do piso como as inclinações e relevos do mesmo. **A marcha é dirigida para grávidas inexperientes ou treinadas.** Nota-se, no entanto, alterações no padrão de marcha e no controlo motor ao longo da gravidez, devidas às adaptações funcionais geradas pela ação hormonal e alteração do centro de gravidade.

A **corrida** é igualmente uma atividade básica de locomoção, que implica um maior esforço fisiológico e biomecânico. **Quando realizada sistematicamente permite obter uma melhoria na condição cardiorrespiratória, sendo estes ganhos superiores aos da marcha.** Do ponto de vista biomecânico é uma atividade que implica cargas semelhantes a duas vezes o peso do corpo. É uma atividade que poderá ser praticada confortavelmente durante os 1.º e 2.º trimestres, sendo recomendada apenas a grávidas experientes e treinadas, pois apresenta maior impacto relativamente à marcha. Pode igualmente ser realizada na passeadeira rolante e ao ar livre. Atendendo às eventuais alterações no padrão da corrida e no controlo motor ao longo da gravidez, devidas às adaptações funcionais geradas pela ação hormonal e alteração do centro de gravidade, poderá estar aumentado o risco de queda.

Antes de se iniciar um treino, quer de marcha quer de corrida, deve existir um aquecimento prévio de 5 minutos, privilegiando-se os membros inferiores, mas

também o tronco. E dar a devida atenção à manutenção de uma postura adequada durante as atividades, incluindo os movimentos dos membros superiores.

É de extrema importância que a grávida utilize calçado adequado, sendo este o principal investimento que deve realizar. O piso irregular na rua poderá igualmente constituir um fator de risco de queda, bem como as alterações do campo visual devidas ao aumento do volume uterino. Na passareira rolante devem ser explicados todos os procedimentos de segurança de forma a evitar quedas provocadas por velocidade desajustada. De salientar que ao ar livre se devem evitar locais poluídos, e deve existir um conhecimento prévio do terreno (tipo de piso, elevações, estado do piso, distâncias a percorrer, percurso previamente definido, etc.) e também do clima. **Do ponto de vista psicológico e social, estas atividades permitem quer o convívio quer a independência.** Idealmente, podem ser praticadas em pequenos grupos.

Bibliografia

· Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.



AERÓBICA E STEP

A **aeróbica** e o **step** são atividades de grupo, coreografadas ou de estilo livre. As coreografias são compostas por combinações de exercícios de baixo e alto impacto, conjugados de forma mais ou menos complexa. Os passos derivam da marcha ou da corrida combinados com movimentos de dança, podendo ser mais ou menos complexos, e executados a diferentes velocidades, de acordo com a música, que estabelece a velocidade do movimento, o ritmo e o estilo. O step é uma atividade realizada ao ritmo da música, cujos “passos” se baseiam em subir e descer uma plataforma especialmente adaptada. Estes passos normalmente realizam-se englobados em coreografias, sendo que alguns movimentos são realizados fora da plataforma.

Tal como outras atividades, uma sessão de aeróbica ou de step poderá ter vários níveis de dificuldade e intensidade. A complexidade da coreografia e a velocidade da música constituem algumas das determinantes da intensidade da sessão. A introdução de movimentos com alto impacto e de membros superiores também contribui para a intensidade, tal como a altura da plataforma na sessão de step.

Uma sessão de nível básico pode ser praticada durante toda a gravidez, por praticantes iniciadas ou com um nível de condição física e coordenação mais fracos. Aulas mais complexas requerem treino específico, do ponto de vista cardiorrespiratório e coordenativo, e poderá ser praticada ao longo de toda a gravidez, desde que a praticante tenha experiência com estas atividades. Podem ser praticadas por grávidas treinadas durante toda a gravidez. No entanto, principalmente no 3.º trimestre, poderão existir constrangimentos de ordem física, dependendo das alterações anatómicas, que poderão afetar a coordenação e o campo visual, pelo que se deve ter atenção ao maior risco de queda, particularmente quando a grávida está inserida numa classe generalista. A realização desta atividade pela grávida inexperiente, implica a não utilização de cadência elevadas, de exercícios com alto impacto, de mudanças bruscas de direção, excesso de voltas que possam provocar quedas, excesso de deslocamentos que possam provocar choques e movimentos de desequilíbrio, aulas de grupo com muitas pessoas e pouco espaço. Quando a grávida está inserida numa aula de aeróbica ou step, deve-se posicionar perto dos espelhos e assegurar que usa calçado adequado. No step, existe um espaço próprio determinado pela plataforma. Do ponto de vista prático, o facto de a grávida sentir que o seu espaço de manobra está delimitado pela plataforma de step para sua utilização exclusiva, confere maior confiança, por comparação a uma aula de aeróbica ou dança. Ou seja, o step apresenta esta vantagem relativamente à aeróbica uma vez que a grávida tem um espaço delimitado que não partilha com o grupo (exceto nas sessões de multistep).

Através do movimento, este treino procura desenvolver a condição cardiorrespiratória, a força resistente de membros inferiores, a coordenação motora, a noção espaço-temporal, a harmonia entre segmentos corporais, o ritmo e a memória motora. A utilização de música alegre e motivante, torna estas aulas um espaço social privilegiado, principalmente se o programa for específico para um grupo de grávidas. Pode proporcionar um elevado gasto calórico e uma ótima condição cardiovascular, além disso, permite ser ajustada aos níveis de condição física de acordo com a grávida. Do ponto de vista da carga biomecânica situa-se entre a marcha e corrida, dependendo das habilidades motoras, da complexidade das coreografias e da cadência do movimento. A combinação destes fatores poderá representar um desafio à coordenação motora, tendo que se ter especial cuidado com questões de segurança uma vez que a grávida partilha um espaço com o grupo, aumentando o risco de acidentes.

Sendo a aeróbica e o step, atividades comuns entre mulheres grávidas e não grávidas, desenvolver aulas especialmente preparadas para grávidas poderá ser uma estratégia de promoção do exercício.

Bibliografia consultada

· Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.

· Santos-Rocha R. Gravidez Ativa – Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto. CIPER-FMH-UTL / ESDRM-IPS / FCT. Rio Maior: Edições ESDRM, 2013, 258 p.



CICLISMO INDOOR E OUTDOOR

A **bicicleta estacionária** é utilizada durante o 1.º trimestre e parte do 2.º trimestre, dependendo das alterações anatómicas, devendo ser evitada no 3.º trimestre (unicamente devido ao tamanho da barriga que a partir de determinada altura vai limitar o movimento das coxas e a posição do tronco). **Esta atividade é também largamente aconselhada porque não apresenta risco de quedas, o peso do corpo é suportado pelo aparelho e o seu treino tem incidência geral no organismo,** visando as grandes massas musculares e incidindo principalmente sobre o sistema cardiorrespiratório. Durante a realização da atividade, existe a oportunidade de controlar o esforço, tendo a todo o momento informações sobre a condição cardiovascular através de meios computadorizados. Permite igualmente a hidratação sem descontinuar o exercício. Esta atividade poderá ser realizada por grávidas inexperientes ou treinadas. A bicicleta ergométrica reclinada poderá também ser uma boa opção para a grávida que necessita de apoio lombar.

A **bicicleta na rua** requer um grande nível de habilidade motora e a eliminação total do risco de queda, o que nem sempre é possível. **Destina-se unicamente a pessoas experientes e treinadas,** e implica que a grávida domine previamente a tarefa motora em causa. Ou seja, devido ao risco de queda, a gravidez não é a melhor altura para aprender a pedalar. Caso seja uma atividade habitual para a mulher, pode perfeitamente ser continuada na gravidez, com exceção das variantes mais exigentes, como por exemplo, o BTT. Os locais ao ar livre deverão ser rigorosamente selecionados do ponto de vista dos acidentes de percurso. Permite obter elevados níveis de estímulo metabólico devido ao maior esforço cardiovascular e biomecânica.

De salientar que ao ar livre se devem evitar locais poluídos, e deve existir um conhecimento prévio do terreno, preferencialmente das ciclovias (tipo de piso, elevações, estado do piso, distâncias a percorrer, percurso previamente definido, estado da bicicleta, uso de capacete, etc.), além do clima. Antes de se iniciar um treino dedicado à bicicleta, particularmente em ambiente exterior, deve existir um aquecimento prévio de 5 a 10 minutos, privilegiando-se os membros inferiores,

mas também o tronco. E dar a devida atenção à manutenção de uma postura adequada na bicicleta, incluindo a posição da cabeça, do tronco e dos membros superiores, sendo para tal necessário ajustar a bicicleta antes do início do treino, nomeadamente no que se refere à colocação do selim à altura da bacia (quando em pé ao lado da bicicleta), de forma a garantir que a pedalada (posição do pé no pedal e ângulo da articulação do joelho) seja realizada de forma eficiente e ajustada ao comprimento dos membros inferiores.

Bibliografia

· Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.

HIDROGINÁSTICA E NATAÇÃO



O exercício físico realizado na água   uma forma comumente reportada durante a gravidez, a par de outras atividades, quer para a grávida previamente ativa quer para a previamente sedentária. Vários estudos sustentam que o exercício aquático - nomeadamente a hidroginástica e a natação - é seguro durante a gravidez, promovendo diversos benefícios e contribuindo para o seu bem-estar.

A maioria das sessões de hidroginástica é realizada na área menos profunda da piscina, com a água ao nível do peito, quando na posição de p , promovendo a sensação de sustentação do peso corporal e alívio da carga articular. Outras sessões poderão ser realizadas com a água ao nível dos ombros e membros superiores. São realizados diversos padrões de exercício com os membros inferiores e superiores, de forma isolada ou combinada (flexões, extensões, elevações, rotações), incluindo trabalho abdominal e postural, bem como marcha, saltos e jogging dentro de água, combinados em sequências e repetições de forma a aumentar a frequência card cia e a respiração, determinantes para a monitorização da intensidade do exercício. A hidroginástica promove essencialmente a aptidão cardiorrespiratória, mas também a força resistente e a flexibilidade, em função dos tipos de exercício incluídos em cada sessão. Existe um número alargado de exercícios que devem ser programados em função do objetivo, intensidade e complexidade de cada sessão. Na realização dos exercícios de hidroginástica podem ser utilizados diversos materiais, tais como bolas, esparguetes, p las, esponjas, entre outros, cujo objetivo é aumentar a resistência.

O treino dos músculos do pavimento pélvico deve ser incluído em qualquer programa de exercício durante a gravidez, e a hidroginástica não é exceção, podendo ser incorporado com outros exercícios de força, de flexibilidade ou posturais. À semelhança de outras atividades realizadas fora de água, na hidroginástica é utilizada música especialmente preparada para este tipo de aula, uma vez que vai estabelecer a cadência de execução dos movimentos, o número de repetições e séries de exercícios e um ritmo que promova a motivação das praticantes. A duração da sessão pode variar entre 30 a 60 minutos, dependendo dos tipos de exercício a integrar. A intensidade da sessão pode ser manipulada (aumentada ou diminuída) através do número de repetições ou séries de exercícios, da velocidade de execução (cadência), da integração ou não de exercícios com saltos, ou da utilização de materiais que criem resistência, bem como o nível de imersão na água.

A natação é igualmente uma forma popular de exercício durante a gravidez, recomendada como atividade segura, sendo que poderá referir-se a um programa de adaptação ao meio aquático para grávidas iniciadas, ou a um plano de treino adaptado a nadadoras na fase de gravidez. A duração da sessão pode igualmente variar entre 30 a 60 minutos, dependendo dos tipos de exercício a integrar. Nas sessões de adaptação ao meio aquático são integrados exercícios de membros superiores e inferiores (isolados ou combinados) que permitam a aprendizagem das técnicas de nado, bem como exercícios de respiração, normalmente com o auxílio de materiais específicos (como exemplo, uma pequena prancha ou esponja) para melhor alinhamento corporal, flutuação e deslocação na água, ou para a realização isolada de exercícios de membros superiores ou inferiores. As sessões de natação são planeadas em função da condição física, nível de experiência e capacidade de execução das várias técnicas de nado, preferencialmente os estilos livre e costas, por serem mais confortáveis de realizar, tendo em conta as adaptações e sintomas típicos associados a cada trimestre da gravidez. Poderão também ser utilizados materiais que proporcionem mais resistência ou mais propulsão à deslocação na água, ou que permitam a execução isolada dos movimentos dos membros inferiores ou dos membros superiores. Estilos mais exigentes do ponto de vista técnico, esforço e da carga articular na coluna (bruços e mariposa), poderão tornar-se progressivamente mais desconfortáveis dadas as alterações anatómicas e de instabilidade articular inerentes ao desenvolvimento da gravidez, mesmo em nadadoras experientes. Especificamente, o aumento da zona abdominal vai progressivamente criar maior resistência e dificuldade no alinhamento corporal, deslocações e viragens. As acentuadas alterações hormonais inerentes ao desenvolvimento da gravidez poderão influenciar a estabilidade articular, causando desconforto particular ao nível das regiões cervical e lombar.

Durante as sessões de natação e hidroginástica, o profissional de exercício posiciona-se no cais da piscina de forma a demonstrar os exercícios e a supervisionar a execução dos mesmos, sendo que esta população requer especial atenção no controlo da técnica utilizada, respiração e hidratação das praticantes. Devem ser asseguradas as condições ideais de prática no que se refere à higiene e temperatura da água, bem como a utilização de fatos-de-banho de tecidos confortáveis e que proporcionem suporte mamário.

Bibliografia

· Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.

TREINO FUNCIONAL E POSTURAL



“Treino funcional” significa que o exercício físico é desenhado com o objetivo de aumentar a capacidade individual de executar as tarefas diárias, ou seja, os movimentos que simulam as atividades físicas associadas a um dia típico, incluindo as atividades profissionais, as tarefas domésticas, o transporte ativo, as atividades recreativas, entre outras. O treino funcional pode incluir exercícios posturais, respiratórios, pavimento pélvico, força resistente, e de alongamento, ou a adaptação de determinadas modalidades consideradas seguras, tais como a hidroginástica e o Pilates, através da seleção de movimentos integrados (membros superiores e inferiores em simultâneo, multiarticulares e multiplanares) que exijam o controlo dos músculos da unidade interna (“core”) e cinturas pélvica e escapular, aproximando-se do treino dos padrões motores mais comuns na gravidez e no pós-parto, e das especificidades das tarefas diárias, melhorando a agilidade e o equilíbrio. O treino funcional pode estar inserido como parte de uma sessão que combina vários tipos de exercício (aeróbio, força, flexibilidade ou neuromotor, como exemplos) ou ser realizado em sessões inteiramente dedicadas ao mesmo.

Uma postura adequada é decisiva para um equilíbrio eficiente, ou seja, o processo através do qual é possível controlar o centro de massa do corpo em relação à sua base de suporte. O controlo da sua estabilidade é fundamental para a eficácia nos movimentos de locomoção, manutenção de equilíbrio e prevenção de lesões a que muitas vezes as grávidas e puérperas estão sujeitas. A funcionalidade eficiente depende do alinhamento postural, do equilíbrio (estático

e dinâmico) e do recrutamento muscular eficaz. Dado o aumento de peso e o aumento da instabilidade articular induzida pela produção hormonal associada à gravidez (estrogénio e relaxina), as modificações posturais da grávida tornam-se bem evidentes ao longo deste processo. Estas alterações posturais poderão constituir-se como fatores de risco para lesões músculo-articulares (distensões, roturas, luxações), desconforto postural (sobretudo na região lombar, bacia e membros inferiores), dificultando a sua eficiência funcional, tanto durante a gravidez como no período pós-parto. Assim, torna-se fundamental que os programas de exercício dirigidos a esta população integrem rotinas de consciencialização e controlo postural e exercícios focados no desenvolvimento da força muscular funcionalmente ajustada ao desempenho eficiente das atividades da vida diária.

Os princípios do treino postural poderão ajudar a mulher a executar qualquer tipo de movimento de uma forma controlada, segura e eficiente, podendo ser organizados nas seguintes categorias:

Identificação do alinhamento neutro nas diferentes posições corporais e mobilidade da coluna execução de exercícios de mobilidade da coluna, com o objetivo de controlar os movimentos básicos da coluna (flexão, extensão, rotação) a partir da contração da parede abdominal, associando um padrão respiratório adequado e em diferentes posições corporais, seguido da identificação do regresso à posição neutra;

Ativação da unidade interna (ou “core”: diafragma transverso, oblíquos, multifidus, e pavimento pélvico);

Realização de exercícios de ativação da musculatura abdominal interna:

Realização dos “exercícios de Kegel” para ativação dos músculos do pavimento pélvico, responsáveis pelo controlo dos esfíncteres. Este é um exercício basilar do condicionamento postural da mulher em todas as fases da gravidez. Nesta técnica a mulher deverá pensar nos músculos do pavimento pélvico, contraindo-os como se tentasse conter o fluxo de urina. Poderá ser associada a respiração abdominal nesta ação, evitando-se a contração dos glúteos ou adutores durante a execução;

Estabilidade da coluna, cintura pélvica, e cintura escapular exercícios de estabilização da bacia e da coluna, através da co-contração dos músculos da unidade interna ou “core”, associando a respiração diafragmática

e a musculatura pélvica. A ativação desta região é fundamental para a estabilidade da zona lombopélvica e eficácia mecânica no desempenho dos padrões motores da vida diária.

Simultaneamente deverão ser trabalhadas várias técnicas respiratórias. Para além da sua função fisiológica vital, o processo respiratório cria um ritmo interno, fundamental, tanto para uma consciencialização da musculatura estabilizadora como para a promoção de uma sensação de bem-estar. De forma genérica, podem ser organizados nas seguintes categorias:

“Abdominal” ou “baixa” com funções de relaxamento e concentração interna importante para a mulher nesta fase da vida;

“Diafragmática” ou “média” adequada à execução da maior parte dos exercícios devido à sua eficácia no fornecimento de oxigénio às estruturas envolvidas. Esta técnica é utilizada na maioria dos exercícios que exigem uma contração abdominal mantida, tais como o “agachamento”, um dos exercícios funcionais a integrar no treino desta população;

“Superficial” ou “superior” este padrão respiratório é utilizado em movimentos rápidos e de grande intensidade, onde uma inspiração completa está dificultada. No caso da mulher grávida, a aprendizagem deste tipo de padrão poderá revelar-se útil durante o trabalho de parto, pois a sua utilização adequa-se à fase de dilatação e às contrações uterinas que a acompanham.

O treino funcional deve ser realizado durante todo o período da gravidez. Genericamente, ao longo da gravidez, a ordem de progressão do treino funcional deverá ser do instável para o estável (por exemplo, da realização de exercícios na posição bípede com reduzida base de apoio para exercícios com apoio para manutenção do equilíbrio em pé ou na posição sentada ou deitada); da realização de movimentos integrados para movimentos isolados; progressiva diminuição da alavanca ou amplitude de movimento; progressiva diminuição da velocidade de execução. Note-se ainda que, no período pós-parto, a ordem de progressão do treino funcional poderá ser inversa à das fases da gravidez, ou seja, do estável para o instável; dos movimentos isolados para os integrados; progressivo aumento da alavanca ou amplitude de movimento; da velocidade lenta à rápida.

Bibliografia consultada

- ACSM – American College of Sports Medicine. ACSM’s Resources for the Exercise Physiologist (2nd ed.). Wolters Kluwer, 2018, 472 p.
- Lippi F. The functional mama. Functional training in pregnancy. Complete fitness guide for each trimester. Great Britain: Amazon, 2015, 28 p.
- Robinson L. Pilates for Pregnancy. Kyle Books, 2012, 224 p.
- Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.



TREINO DE FORÇA

Os exercícios físicos de força muscular podem ser realizados com o peso do corpo, dentro ou fora de água, ou recorrendo a equipamentos que vão desde os pesos livres e elásticos à utilização de máquinas, bolas suíças, ou das plataformas de Step, de Core e de Deck, e em suspensão, como exemplos. Realizados em intensidade ajustada para o período gestacional **promovem melhoria na força e resistência, sem aumentar o risco de lesões e sem interferir no crescimento fetal e na gestação**, podendo ser executados de forma eficaz e segura.

O **treino de força resistente durante a gravidez apresenta diversas vantagens para a saúde materna e do bebé**. As orientações do ACOG e ACSM recomendam a integração deste tipo de treino num programa de exercício global, com uma frequência entre duas a três vezes por semana, com a duração entre 20 e 30 minutos. Os exercícios de força devem ser precedidos pelo treino da consciencialização postural e do alinhamento neutro nas diferentes posições corporais. Os exercícios de força e posturais podem ser realizados com o peso do corpo ou com utilização de pequenos equipamentos e materiais, privilegiando-se as séries com 8-16 repetições e cargas ligeiras. Deve ser controlada a velocidade de execução e o braço da alavanca, sobretudo em movimentos que impliquem os membros inferiores ou inclinação do tronco em frente (maior stress na coluna). Para progressão, devem ser aumentadas, primeiro, o número de repetições e só depois a carga, assegurando que a grávida executa corretamente os exercícios. Ou seja, **deve ser privilegiada a qualidade da execução por oposição à quantidade de força produzida**. Nesta linha, devem ser evitadas cargas pesadas, além de movimentos balísticos, apneia em esforço (bloqueio da respiração), ou exercícios que causem dor ou desconforto.

Bibliografia consultada

- ACSM – American College of Sports Medicine. ACSM’s Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 2017. ISBN: 9781496339065.
- ACSM – American College of Sports Medicine. ACSM’s Resources for the Exercise Physiologist (2nd ed.). Wolters Kluwer, 2018, 472 p. ISBN: 9781496322869.
- Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p. ISBN-10: 3319910310, ISBN-13: 978-3319910314.
- Santos-Rocha R. Gravidez Ativa – Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto. CIPER-FMH-UTL / ESDRM-IPS / FCT. Rio Maior: Edições ESDRM, 2013, 258 p. ISBN: 978-989-97862-4-0.



ALONGAMENTO E FLEXIBILIDADE

As orientações do ACOG e ACSM recomendam a integração de exercícios de alongamento num programa de exercício global, durante a gravidez e o pós-parto, com uma frequência entre duas a três vezes por semana, com a duração entre 20 e 30 minutos. Os exercícios de alongamento podem ser realizados como forma de preparação para a parte fundamental, como forma de relaxamento na parte final da sessão, como treino da flexibilidade, ou integrados no trabalho funcional.

Deverá existir maior cuidado no treino de flexibilidade intenso realizado durante a gravidez, quando existam situações de hipermobilidade na região lombar e sacroilíaca, uma vez que os ligamentos e o tecido conjuntivo estão laxos (atendendo ao efeito da relaxina), o que poderá originar lesões. Nesta linha, devem ser evitados exercícios que provoquem hiperflexão ou hiperextensão articular, além de movimentos balísticos, ou exercícios que causem dor ou desconforto.

Esta atividade engloba movimentos variados e pausados que visam alongar e/ou relaxar os músculos, proporcionando bem-estar físico e/ou ganhos em termos de funcionalidade ou de flexibilidade, dependendo da intensidade a que são realizados (intensidade de alongamento). Permitem essencialmente melhorar a postura da mulher grávida que sofre alterações ao longo do tempo. Permite igualmente contribuir para a diminuição do stress e ansiedade típicos desta fase especial da vida.

Bibliografia

- ACSM – American College of Sports Medicine. ACSM’s Resources for the Exercise Physiologist (2nd ed.). Wolters Kluwer, 2018, 472 p.
- ACSM – American College of Sports Medicine. ACSM’s Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 2017.
- Santos-Rocha R (ed), Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines, 2019, 345 p.



YOGA

Yoga significa união, sendo uma prática ancestral, com origem na Índia há cerca de 5000 anos, que pode visar diversos objetivos, tais como: autoconhecimento, equilíbrio entre corpo e mente, saúde física e espiritual e comunhão entre o indivíduo e o todo.¹

As evidências científicas sugerem que a prática de Yoga durante a gravidez e no pós-parto é, na generalidade dos casos, segura^{2,3} e recomendada por obstetras e ginecologistas.⁴

A prática de Yoga poderá contribuir para o bem-estar físico e psicológico da grávida (gravidez normal e de risco), do bebé, e no pós-parto, trazendo inúmeros benefícios,^{3,5,6} nomeadamente: menor incidência de problemas pré-natais; menor incidência de redução da duração gestacional; menor duração do parto; maior número de bebés com peso mais saudável (>2500 g); melhor qualidade de vida; redução da dor e desconforto; redução do stress.

Existem diversas correntes de Yoga, as quais englobam técnicas específicas. Seguem-se alguns tipos de técnicas mais comumente utilizados na prática de Yoga: Asana (posições corporais); Pranayama (técnicas respiratórias); Yoga Nidra (relaxamento); Dharana/Dhyana (concentração/meditação).

As técnicas de Asana contribuem para o fortalecimento muscular, flexibilidade e equilíbrio. Os Asanas devem ser selecionados e adequados de acordo com as necessidades e especificidades da grávida, evitando o esforço excessivo, o stress do feto, e o trabalho de parto prematuro.

As técnicas de concentração/meditação (concentrar por exemplo na respiração, evitando pensar nas dores, próximas contrações ou como vão correr as outras fases do parto), de relaxamento (por exemplo identificar as

zonas de tensão do corpo e tentar relaxá-las ao expirar) e de respiração relaxante (completa, lenta e com prolongamento da expiração), podem ser particularmente utilizadas na fase de dilatação durante o parto, para ajudar a manter a calma, evitar a fadiga e reduzir a percepção de dor.

Durante a gravidez e no pós-parto, a mulher, por vezes, tende a ficar instável emocionalmente, tensa, com stress, ansiedade e por vezes depressão, com dificuldade em adormecer, com medo, baixa autoestima e pouca confiança em si própria. Seguem-se alguns exemplos de técnicas que contribuem para um estado emocional mais positivo e maior relaxamento.⁷

A respiração lenta e completa, consiste em descontraír o abdómen continuando com a expansão do tórax de baixo para cima ao inspirar, reduzindo o volume do tórax de cima para baixo ao expirar, tentando prolongar a duração desta fase. Durante a gravidez contrair o abdómen no final da expiração, apenas se não tiver contrações, podendo fazê-lo no pós-parto, o que poderá ajudar na recuperação do abdómen.

A técnica de relaxamento muscular progressivo consiste em gradualmente ir contraindo os músculos de certas zonas do corpo (cerca de 5 segundos), concentrando-se na tensão existente na zona contraída, seguindo-se o relaxamento voluntário dos músculos dessa zona (entre 5 a 30 segundos), concentrando na descontração dessa zona. Esta técnica para além de proporcionar relaxamento, tem uma elevada aplicabilidade na fase de dilatação no parto, uma vez que a grávida poderá estar mais apta a identificar as zonas do corpo que estão mais tensas e voluntariamente tentar descontraí-las.

Os pensamentos afetam o estado emocional e físico, sendo que os pensamentos positivos tendem a reduzir o nível de tensão muscular e os negativos a aumentar essa tensão.⁸ Para um estado emocional mais positivo, a pessoa deve perceber quando os pensamentos negativos aparecem, e, sem julgamentos, pará-los e começar a pensar positivamente (por exemplo: tentando ser otimista, vendo o lado positivo da situação, imaginando situações agradáveis, tentando acreditar em si mesmo e sentir que é capaz). Também poderá ser utilizada a técnica de visualização mental, em que a pessoa realiza uma representação mental, real ou imaginária, podendo utilizar os seus vários sentidos: visão, tato, olfato, audição e/ou paladar. Seguem-se alguns exemplos de visualização mental: a grávida visualizar algo que pretende atingir, como seja ter um bebé saudável e tranquilo; a grávida, ou já no pós-parto, visualizar algo relaxante, por exemplo numa paisagem tranquilizante; no pós-parto visualizar algo que dê energia, por exemplo inspirar energia do sol “carregando baterias” para enfrentar o dia-a-dia.

A técnica de **observar a respiração**, mantendo a atenção na respiração, ajuda a relaxar e a manter o foco da concentração, desviando de pensamentos negativos ou da dor. Esta poderá ser utilizada como técnica de concentração/meditação. Uma outra técnica simples de meditação poderá ser a meditação guiada, em que a pessoa, conscientemente, ouve uma voz (presente ou gravada) que orienta a sua atenção para a observação, auto-observação ou para uma experiência positiva imaginária (visualização). Como técnica de meditação, mais tradicional, a pessoa pode concentrar-se numa imagem fixa entre as sobrancelhas (exemplo: imagem de um sol). Na meditação o importante é que a pessoa se concentre e pare de pensar. Caso durante a meditação a pessoa se aperceba que, entretanto, se distraiu, deve, sem julgamentos, voltar a concentrar-se.

Referências bibliográficas

- 1 - De Rose M. Tratado de Yoga. Porto: Edições Afrontamento; 2009.
- 2 - Uebelacker LA, Battle CL, Sutton KA, Magee SR, Miller IW. A pilot randomized controlled trial comparing prenatal yoga to perinatal health education for antenatal depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(3):543-7.
- 3 - Jiang Q, Wu Z, Zho L, Dunlop J, Chen P. Effects of Yoga Intervention during Pregnancy: A Review for Current Status. *American Journal of Perinatology*. 2015;32(6):503-14.
- 4 - Babbar S, Hill JB, Williams KB, Pinon M, Chauhan SP, Maulik D. Acute fetal behavioral Response to prenatal Yoga: a single, blinded, randomized controlled trial (TRY yoga). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015;214(3):399.e1-.e8.
- 5 - Curtis K, Weinrib A, Katz J. Systematic Review of Yoga for Pregnant Women: Current Status and Future Directions. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012;2012(715942):13.
- 6 - Moovenathan A. A comprehensive review on scientific evidence-based effects (including adverse effects) of yoga for normal and high-risk pregnancy-related health problems. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. in press.
- 7 - Moutão J, Franco S. Stress Management Techniques. In: Santos-Rocha R, Jimenez A, Rieger T, editors. *EuropeActive's Essentials for Fitness Instructors*. Champaign: Human Kinetics; 2015. p. 145-51.
- 8 - Payne RA. *Relaxation Techniques: A Practical Handbook for the Health Care Professional*. 3rd ed. London: Elsevier; 2005.



TREINO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Os músculos do pavimento pélvico contribuem para a estabilização do corpo, sustentam os órgãos pélvicos e determinam a qualidade da vida sexual.¹ A gravidez e o parto vaginal são fatores causais de distúrbios do pavimento pélvico, relacionados com sintomas de incontinência urinária ou anal, prolapso de órgãos pélvicos, síndromes de dor pélvica e outras disfunções.¹ Os exercícios específicos do pavimento pélvico devem ser recomendados para prevenção e tratamento da incontinência urinária, uma queixa crónica de saúde com elevada prevalência em mulheres.² Assim, embora a população adulta de todas as idades deva exercitar os músculos do pavimento pélvico, a fase da gravidez e do pós-parto são particularmente importantes. O treino do pavimento pélvico incluído nos programas de exercício e nos programas de preparação para o parto são de particular importância, requerendo a execução de exercícios específicos.³ Ver capítulo prevenção e tratamento da incontinência urinária.

Referências bibliográficas

1 - Bo K, Berghmans B, Morkved S, van Kampen M. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging Science and Clinical Practice. Elsevier, 2007, 435 p.

2 - Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ, Jaramillo Garcia A, Gray CE, Barrowman N, Meah VL, Sobierajski F, James M, Nuspl M, Weeks A, Marchand AA, Slater LG, Adamo KB, Davies GA, Barakat R, Ruchat SM. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2018 Nov;52(21):1397-1404.

3 - Bo K, Stuge B, Hilde G. Specific musculoskeletal adaptations in pregnancy: pelvic floor, pelvic girdle and low back pain. Implications for physical activity and exercise. In Santos-Rocha R (Editor). Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. Evidence-Based Guidelines. Springer International Publishing Switzerland, 2019, ch. 6.

OUTRAS FORMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

Outras formas de aumentar o volume de atividade física, através de atividades diárias poderão ser:



Outros recursos

Esperamos que este Guia da Gravidez Ativa contribua para a promoção de um estilo de vida ativo e saudável e para a melhoria da sua qualidade de vida!

Tratando-se da primeira edição, todas as sugestões de melhoria são importantes por favor utilizar: ritasantosrocha@esdrm.ipsantarem.pt

Como complemento a esta publicação são disponibilizados mais recursos. Pode descarregar em www.esdrm.pt a Agenda da Gravidez Ativa e também o Manual do Programa Gravidez Ativa. Bons treinos!

NOTA SOBRE OS AUTORES E COLABORADORES

Andréa da Veiga (Odontologia)

Clínica Dentária e Protésica Andréa da Veiga, Lisboa

Cristiana Maranhão (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém /
Mestrado em Atividade Física e Saúde

Eunice Moura (Exercício Físico)

Clínica das Conchas, Lisboa

Fátima Ramalho (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém /
Centro Interdisciplinar para o Estudo da Performance Humana (CIPER) – Faculdade
de Motricidade Humana– Universidade de Lisboa

Gabriela Silvestre (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém /
Licenciatura em Desporto, Condição Física e Saúde

Hélia Dias (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Escola Superior de Saúde de Santarém – Grupo de Investigação – NursID: Inovação
e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em
Tecnologia e Serviços de Saúde – Faculdade de Medicina – Universidade do Porto

Maria João Mendonça (Ginecologia e Obstetrícia)

Ginecologia / Obstetrícia e Fertilidade –Hospital dos Lusíadas e Clínica Babyboom,
Lisboa

Maria Raquel G. Silva (Exercício Físico / Sono)

Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Porto / Grupo
de Biologia Humana, Saúde e Sociedade – Centro de Investigação em Antropologia
e Saúde – Universidade de Coimbra

Marta Fernandes de Carvalho (Exercício Físico)

Centro Desportivo Go Fit Portugal / Escola Superior de Desporto de Rio Maior -
Instituto Politécnico de Santarém / Mestrado em Atividade Física e Saúde

Patrícia Mota (Fisioterapia)

Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia - Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa / Centro Interdisciplinar para
o Estudo da Performance Humana (CIPER) - Faculdade de Motricidade Humana
-Universidade de Lisboa

Rita Santos Rocha (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém /
Unidade de Investigação - Instituto Politécnico de Santarém / Centro
Interdisciplinar para o Estudo da Performance Humana (CIPER) - Faculdade de
Motricidade Humana - Universidade de Lisboa

Rui Jorge (Nutrição)

Escola Superior Agrária de Santarém / Unidade de Investigação - Instituto
Politécnico de Santarém / Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV)
- Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria / Centro de
Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM)

Sofia Bernardino (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém /
Licenciatura em Desporto, Condição Física e Saúde

Susana Franco (Exercício Físico)

Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém /
Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) - Instituto Politécnico de
Santarém e Instituto Politécnico de Leiria

Apoio

A presente publicação está enquadrada no programa GRAVIDEZ ATIVA - promoção da prática de atividade física e desportiva durante a fase de gravidez e pós-parto, apresentada pela Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém, apoiado pelo Programa Nacional de Desporto para Todos (PNDpT) do Instituto Português para o Desporto e Juventude (IPDJ) através do Contrato-Programa de Desenvolvimento Desportivo nº CP/704/DDT/2019 - Apoio à Atividade Desportiva GRAVIDEZ ATIVA - Promoção da Atividade Física, Exercício e Desporto durante a Gravidez e Pós-parto.

