

E-BOOK

CREFITO-14 & ABRAFISM

pelo Piauí



FISIOTERAPIA EM OBSTETRÍCIA: ATUALIZAÇÕES E EVIDÊNCIAS

COORDENAÇÃO:

Cristine Homsj Jorge
Rodrigo Amorim Oliveira Nunes

ELABORAÇÃO:

Amanda Magdalena Feroldi Fabricio
Cristine Homsj Jorge
Karla Rakel Gonçalves Luz
Rodrigo Amorim Oliveira Nunes
Rubneide Barreto Silva Gallo



ABRAFISM
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher



CREFITO 14
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO
PIAUI

CREFITO 14 E ABRAFISM “PELO PIAUÍ”

FISIOTERAPIA EM OBSTETRÍCIA: ATUALIZAÇÕES E EVIDÊNCIAS

COORDENAÇÃO:

Profa. Dra. Cristine Homsj Jorge - Diretora Científica ABRAFISM (2022-2025) e

Dr. Rodrigo Amorim Oliveira Nunes – Presidente do CREFITO-14 (2023-2027)

ELABORAÇÃO:

Dra. Amanda Magdalena Feroldi Fabricio (Diretora Cultural da ABRAFISM), Profa.

Dra. Cristine Homsj Jorge (Diretora Científica ABRAFISM, idealizadora e coordenadora da Campanha “Por mais Fisioterapeutas nas Maternidades), Dr.

Rodrigo Amorim Oliveira Nunes (Presidente do CREFITO-3), Profa. Dra. Rubneide

Barreto Silva Gallo (Integrante do Grupo de Trabalho em Obstetrícia ABRAFISM) e

Dra. Karla Rakel Gonçalves Luz (Integrante da Câmara técnica do CREFITO-14).

REVISÃO TÉCNICO CIENTÍFICA:

Profa. Dra. Ana Carolina Sartorato Beleza (UFSCar)

Profa. Dra. Patrícia Driusso (UFSCar)

Diretoria CREFITO-14:

Presidente: Rodrigo Amorim Oliveira Nunes (CREFITO14 nº177.303-F);

Vice-Presidente: Haberlandy Gomes Monteiro Rego (CREFITO14 nº4783-TO);

Diretora Secretária: Kaline de Melo Rocha (CREFITO 14 nº 215.902-F);

Diretora Tesoureira: Luciana Moraes de Oliveira (CREFITO 14 nº 28.311-F).

Conselheiros efetivos:

Nágila de Azevedo Marques (CREFITO 14 nº 8233-TO);

Carlos Antônio da Luz Filho (CREFITO 14 nº 11.295-F);

Ângelo Eduardo Vasconcelos Guimarães (CREFITO 14 nº 226.727-F);

Samara Láine Bezerra Alves (CREFITO 14 nº 34.158-F);

Susana Maria Vieira de Oliveira (CREFITO 14 nº 86.629-F).

Conselheiros suplentes:

Aldelany de Oliveira Dantas Negreiros (CREFITO 14 nº 28.429-F);
Antônio Wagner Rodrigues Amorim (CREFITO 14 nº 114.671-F);
Franciane Batista Galvão Carvalho (CREFITO 14 nº 120.596-F);
Jéssica Pieta (CREFITO 14 nº 189.507-F);
Juliana Araújo Brandão (CREFITO 14 nº 212.886-F);
Saulo Araújo de Carvalho (CREFITO 14 nº 70394-F);
Mayara Meneses Maia (CREFITO 14 nº 193.216-F);
Grace Kelly da Silva (CREFITO 14 nº 13.681-TO)
Theresa Rachel Veiga Barbosa (CREFITO 14 nº 7547-TO).

Diretoria ABRAFISM (Gestão 2022-2025):

Presidente: Ana Carolina Rodarti Pitangui
Vice-presidente: Néville Ferreira Fachini de Oliveira
Diretora Científica: Cristine Homsy Jorge
Diretora Secretária: Viviane Garnica Miotto
Diretora Tesoureira: Thaiana Bezerra Duarte
Diretora Administrativa: Marcela Ponzio Pinto e Silva
Diretora de Defesa Profissional: Mariana Maia de Oliveira Sunemi
Diretora Cultural: Amanda Magdalena Feroldi Fabricio
Diretora de Comunicações: Sabrina Mattos Baracho
Conselho Fiscal: Anna Lygia Barbosa Lunardi, Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira e
Gláucia Miranda Varella Pereira
Suplentes do Conselho Fiscal: Licia Santos Santana, Roberta Leopoldino de Andrade
e Lilian Rose de Souza Mascarenhas

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

CREFITO 14 e ABRAFISM "pelo Piauí" [livro eletrônico] : fisioterapia em obstetrícia : atualizações e evidências / [coordenação Rodrigo Amorim Oliveira Nunes, Cristine Homs Jorge. -- Teresina, PI : Ed. dos Autores, 2023.
PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-88885-0

1. Fisioterapia 2. Obstetrícia 3. Puerpério
4. Saúde da mulher I. Nunes, Rodrigo Amorim Oliveira. II. Jorge, Cristine Homs.

23-184735

CDD-615.82
NLM-WB-460

Índices para catálogo sistemático:

1. Fisioterapia : Reabilitação médica : Ciências
médicas 615.82

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Citar este e-book como:

JORGE, Cristine Homs; NUNES, Rodrigo Amorim Oliveira; FABRICIO, Amanda Magdalena Feroldi; LUZ, Karla Rakel Gonçalves; GALLO, Rubneide Barreto Silva. CREFITO 14 e ABRAFISM "pelo Piauí": Fisioterapia em obstetrícia - Atualizações e evidências. Teresina, Piauí: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região (CREFITO-14) e Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), 2023. Acessado em XX de XXXXX de 20XX.

APRESENTAÇÃO DO E-BOOK

A ideia de elaborar este e-book surgiu motivada pelas ações empreendidas pelo CREFITO-14 em parceria com a ABRAFISM no período de 24 a 29/07/2023. Nesta ocasião o evento intitulado “Workshop de Fisioterapia em Obstetrícia: atualizações e evidências” levou conhecimento para profissionais de quatro diferentes municípios do Estado do Piauí. A atividade foi ministrada pelos fisioterapeutas Dr. Rodrigo Amorim Oliveira Nunes (Presidente do CREFITO-14), Dra. Amanda Magdalena Feroldi Fabricio (Diretora Cultural da ABRAFISM), Dra. Karla Rakel Gonçalves Luz (Integrante da Câmara Técnica de Saúde da Mulher do CREFITO-14), e Profa. Dra. Cristine Homsí Jorge (Diretora Científica ABRAFISM, idealizadora e coordenadora da Campanha “Por mais Fisioterapeutas nas Maternidades) à convite do CREFITO-14.

Representantes do CREFITO-14 e ABRAFISM percorreram cerca de 2490 km pelos municípios de Picos, Bom Jesus, São Raimundo Nonato e Parnaíba possibilitando a interação com os profissionais que atuam nesses locais. Os objetivos dessa atividade se inserem em metas mais amplas do conselho e da associação, de proporcionar treinamento e atualização para que os profissionais possam exercer a Fisioterapia em Saúde da Mulher com excelência no Estado do Piauí. As discussões possibilitadas nesta atividade suscitaram a necessidade de registrar as ações, o formato e os conteúdos ministrados, de modo a produzir um material simples que possa servir de fonte de consulta para os profissionais do Piauí, outros locais do Brasil e do mundo. Este material não pretende contemplar todos os temas relacionados a atuação do fisioterapeuta em obstetrícia, nem tão pouco a complexidade dos temas abordados, mas sim proporcionar reflexões, especialmente relacionados ao amplo papel dos fisioterapeutas no ciclo gravídico puerperal. A atuação específica do fisioterapeuta nas maternidades será abordada detalhadamente em um outro e-book da ABRAFISM.

É importante destacar que em outras quatro ocasiões nos anos 2021, 2022 e 2023, a ABRAFISM realizou importantes atividades no Estado do Piauí a convite do CREFITO-14, contando com o trabalho da Profa. Dra. Cristine Homsí Jorge e da Profa. Dra. Rubneide Barreto Silva Gallo (Integrante do Grupo de Trabalho em Obstetrícia ABRAFISM). Considerando todas as atividades realizadas pela ABRAFISM e CREFITO-14, foram mais de 5000 kms rodados inicialmente na luta “por mais fisioterapeutas nas maternidades”, participando de entrevistas, audiência pública, emitindo pareceres e realizando treinamento dos profissionais para atuação nas

maternidades. Merece destaque a organização do I Simpósio Internacional de Fisioterapia em Obstetrícia da ABRAFISM e CREFITO-14 realizado em novembro de 2022 na cidade de Parnaíba, que contou com a participação de renomados pesquisadores nacionais da área e da pesquisadora norueguesa Profa. Dra. Kari Bo.

Cientes de que a qualificação dos fisioterapeutas impacta diretamente a possibilidade de ampliação das conquistas das mulheres no campo da saúde é que temos a grande satisfação de apresentar este e-book à comunidade de profissionais que desejam abraçar a Fisioterapia em Saúde da Mulher, e exercê-la com todo seu potencial de transformar a realidade e melhorar a qualidade de vida e saúde das mulheres. Assim, como abordado na atividade realizada “pelo Piauí” a primeira parte deste e-book (Parte 1) aborda a história da criação dos conselhos de profissão e suas funções, as resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que respaldam nossa atuação profissional, assim como as resoluções específicas que regulamentam a especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher. A segunda parte (Parte 2) aborda a percepção dos profissionais e equipe ministrante do *workshop* acerca do papel do fisioterapeuta e todo seu potencial, à luz das evidências científicas atuais, de atuação durante a gestação. Na atividade ministrada foi dada ênfase nos exercícios físicos na gestação e como os fisioterapeutas devem atuar para transformar o cenário nacional, no qual a maioria das gestantes é sedentária, havendo um importante impacto negativo sobre a qualidade de vida e perfil de morbidades que ocorrem na gestação.

E por fim, a terceira parte (Parte 3) do e-book aborda a atuação do fisioterapeuta especificamente voltada ao aleitamento materno. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde a longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Existem diversas questões biopsicossociais que podem interferir no aleitamento materno. O fisioterapeuta é um importante integrante da equipe interprofissional que busca oferecer condições para que a mulher consiga amamentar sem dor. Este profissional contribui para prevenir, identificar e tratar algumas intercorrências que interferem com a amamentação e trazem repercussões negativas na funcionalidade e qualidade de vida da mulher, oferecendo orientações para a mãe e toda sua rede de apoio, além de intervenções próprias mediante avaliação. Esperamos que esse e-book cumpra seu papel de auxiliar o maior

número de fisioterapeutas a exercerem todo seu potencial profissional para melhorar a qualidade de vida das mulheres no ciclo gravídico puerperal, contribuindo para preparação para o parto e puerpério nesta importante fase do ciclo vital feminino.

SUMÁRIO

PARTE 1	9
ASPECTOS DAS REGULAMENTAÇÕES DA FISIOTERAPIA IMPORTANTES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER	9
Histórico da criação do sistema COFFITO/CREFITOS	9
Grandes conquistas legislativas: parceria entre conselhos e associação	12
A importância da valorização do título de especialista	13
PARTE 2	15
O QUE O FISIOTERAPEUTA PODE FAZER PELA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL?	15
Qual o papel do fisioterapeuta?	15
Benefícios da atuação fisioterapêutica	16
Exercícios na gravidez.....	17
Gestantes de alto risco	18
Prescrição dos exercícios.....	18
Cuidados	18
Contraindicações absolutas para realização de exercícios físico na gestação	19
Contraindicações relativas	20
Sinais de alerta para interromper a sessão de exercício físico.....	20
Sessão de exercícios na gravidez.....	21
Os músculos do assoalho pélvico na gestação.....	22
A importância do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na gestação	23
Preparo para o parto.....	25
PARTE 3	27
ALEITAMENTO MATERNO	27
Alterações hormonais	29
Amamentar, é apenas fisiológico?.....	30
Anatomia da mama	31
Como preparar a gestante para o aleitamento materno?.....	32
A família pode ajudar no aleitamento materno?.....	32
Aleitamento materno na primeira hora de vida	33
Apojadura	33
Pega correta	34
Posturas para amamentar	35
Intervenção fisioterapêutica para a amamentação	36
Dor mamilar.....	36
Intercorrências mamárias.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

PARTE 1

ASPECTOS DAS REGULAMENTAÇÕES DA FISIOTERAPIA IMPORTANTES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER

Histórico da criação do sistema COFFITO/CREFITOS:

Em 1937 surgiram as primeiras organizações e conselhos de profissão com caráter fiscalizador por meio da CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, DE 10 DE NOVEMBRO. Foram criadas por força de Lei, porém sua organização e gestão se davam a entidades particulares das respectivas profissões não integrando a estrutura da Administração Pública. Exerciam funções delegadas do Estado, tais como a manutenção do registro dos profissionais legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região; a análise e decisão sobre assuntos atinentes à ética profissional; a fiscalização e a imposição de penalidades, que incluíam a suspensão ou a cassação da autorização para o exercício profissional; o exercício de atos de jurisdição que por Lei lhes fossem cometidos; a emissão de pareceres e de laudos arbitrais em questões suscitadas pelos profissionais, dentre outras. Tinham competência de dispor sobre seus próprios regimentos internos e seu pessoal sujeitava-se à legislação do trabalho, inscritos, para os efeitos da previdência social, no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes. O presidente Augusto Hamann publicou o DECRETO-LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969 que criou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Brasil onde o seu Art. 2º trouxe o seguinte texto “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior” e o Art. 3º relata sobre a atividade privativa do fisioterapeuta que é executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente. O decreto lei em vigor nos respalda como profissionais liberais e com autonomia. Após 6 anos foi publicada a LEI No 6.316, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1975 que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em que seu art. 1º no § 1º diz que “Os Conselhos Federal e Regionais a que se refere este artigo constituem, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho”. São competências do Conselho Federal e Conselhos regionais das profissões segundo os art. 5º e 6º e incisos abaixo especificados:

II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;

IX - fixar o valor das anuidades, taxas, emolumentos e multas devidas pelos profissionais e empresas aos Conselhos Regionais a que estejam jurisdicionados;

Regional

II - expedir a carteira de identidade profissional e o cartão de identificação aos profissionais registrados;

III - fiscalizar o exercício profissional na área de sua jurisdição, representando, inclusive, às autoridades competentes, sobre os fatos que apurar e cuja solução ou repressão não seja de sua alçada;

IV - cumprir e fazer cumprir as disposições desta Lei, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal;

V - funcionar como Tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos;

X - arrecadar anuidades, multas, taxas e emolumentos.

Ambos:

XII - estimular a exação no exercício da profissão; prestar contas e dar publicidade, gerar relatórios ao TCU (tribunal de contas da União) de acordo com o Acórdão TCU 341/2004.

De acordo com a Constituição promulgada em 1988 em seu art. 5º, é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer como também no seu art. 22º fica estabelecido que compete a União legislar sobre organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões. A desvinculação do COFFITO ao Ministério do Trabalho como instância superior ocorreu por meio da LEI Nº 9.098, DE 19 DE SETEMBRO DE 1995. Surgiram necessidades de ampliar o acesso a ciência e nortear como também fazer progredir as atividades científicas. As associações científicas foram criadas para disseminar o conhecimento entre cientistas e disseminar o conhecimento contribuindo para boas práticas profissionais. As associações desenvolvem papéis e funções de grande relevância, as associações foram se diversificando e garantindo o desenvolvimento da ciência. Neste contexto a Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), foi idealizada pela Profa. Dra. Cristine Homsy Jorge que na ocasião reuniu e somou esforços com várias lideranças da área de diversos locais do Brasil para criar no dia 07/10/2005 no XVI Congresso Brasileiro de Fisioterapia (COBRAFI) esta entidade de

caráter civil, sem fins lucrativos, representativa dos Fisioterapeutas que atuam na área de Saúde da Mulher no Brasil. A assembleia de criação da ABRAFISM contou com a participação da representante da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) Dra. Brenda Myers. Logo em 2007, a ABRAFISM já se tornou a primeira associação membro da Organização Internacional de Fisioterapia em Saúde da Mulher (International Organization of Physical Therapists in Women's Health - IOPTWH) da América Latina durante o XV Congresso Mundial de Fisioterapia realizado em Vancouver no Canadá. A internacionalização da ABRAFISM representa um benefício direto aos seus associados e inúmeras ações de internacionalização se seguiram a esta filiação, proporcionando um dos importantes objetivos estatutários da ABRAFISM.

Criação da especialidade de Fisioterapia em Saúde da Mulher:

Um dos importantes objetivos estatutários da ABRAFISM era o reconhecimento da especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher, o que foi conquistado já nos primeiros anos de sua criação. Diante da petição protocolada de reconhecimento da especialidade pela ABRAFISM o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) aprovou em seu plenário a RESOLUÇÃO Nº. 365 em 20 de maio de 2009 e publicou Diário Oficial da União nº. 112, Seção 1, em 16 de junho de 2009, página 42, que reconhecia a Fisioterapia Urogineco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta. No mesmo ano esta resolução foi revogada em função do nome não refletir a amplitude e especificidade da atuação integral do fisioterapeuta no ciclo vital feminino nas cinco áreas de atuação da especialidade. É importante destacar que o nome da especialidade foi uma escolha democrática por meio de votação realizada em Fórum Nacional após a realização de vários fóruns regionais. Assim, em 6 de novembro de 2009 aprovou-se a atual RESOLUÇÃO Nº. 372 de 2009, publicado no Diário Oficial da União nº. 228, Seção 1, em 30/11/2009, página 101, reconhecendo a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta. Em seguida, grupos de estudo, profissionais e a ABRAFISM debateram e construíram minutas para disciplinar a especialidade. O plenário do COFFITO aprovou a criação da RESOLUÇÃO Nº. 401 em 18 de agosto de 2011 que disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher. Desta forma, dia 6 de novembro é comemorado o dia do especialista em fisioterapia na saúde da mulher no Brasil.

O exercício da Especialidade Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher requer síntese do domínio das seguintes competências do profissional especialista:

realizar consulta fisioterapêutica, realizar anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento uroginecológico, coloproctológico, relacionado a alterações de funcionalidade relacionada ao aleitamento materno, afecções das mamas e do aparelho reprodutor feminino; Solicitar, aplicar e interpretar exames complementares e também escalas, questionários e testes funcionais. Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico realizando a avaliação, prevenção, promoção da saúde e condutas fisioterapêuticas (decidir, prescrever e executar o tratamento fisioterapêutico). Recorrer às tecnologias para melhor abordagem; determinar e prescrever a alta fisioterapêutica 11 (COFFITO, 2011). É recomendado o estudo, conhecimento e domínio das seguintes áreas: Anatomia geral dos órgãos e sistemas, em especial dos sistemas linfático, endócrino, da mama e do sistema reprodutor feminino; Semiologia e Biomecânica; Fisiologia geral; Fisiopatologia das doenças da mama, ginecológicas, urológicas, coloproctológicas, oncológicas, dermatológicas, neurológicas e das disfunções sexuais femininas; Instrumentos de avaliação da saúde da mulher; Farmacologia aplicada; Próteses, Órteses e Tecnologia Assistiva; Humanização; Ética e Bioética (COFFITO, 2011).

São reconhecidas as seguintes áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher (COFFITO, 2011): Assistência fisioterapêutica em uroginecologia e coloproctologia; 1-Assistência fisioterapêutica em ginecologia; 2- Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; 3-Assistência fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas; 4- Assistência fisioterapêutica em mastologia.

O fisioterapeuta especialista em Saúde da Mulher ao atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, em ambientes hospitalares, maternidades, ambulatorios (clínicas, consultórios, centros, unidade ou núcleos de saúde) e no domicílio, seja em serviço público, filantrópico, militar ou privado, possui um papel ímpar na melhora da qualidade de vida e saúde das mulheres em todas as fases do ciclo vital.

Grandes conquistas legislativas - parceria entre conselhos e associação:

As primeiras legislações relacionadas à atuação fisioterapêutica em saúde da mulher na área de obstetrícia no Brasil foram conquistadas nos últimos anos orquestradas pela ABRAFISM, CREFITO-14, COFFITO, entidades não governamentais, profissionais e a sociedade civil com interesse na promoção da saúde das mulheres. Essas conquistas foram iniciadas com o lançamento da campanha “Por mais Fisioterapeutas nas Maternidades” pela ABRAFISM no dia 01/09/2019. A parceria com o CREFITO-14

ainda em 2019 foi decisiva para alavancar as conquistas legislativas. Com isso, em dezembro de 2020 foi publicada a primeira lei municipal do Brasil, a qual iniciou-se a partir da articulação do fisioterapeuta e vereador da cidade de Floriano no estado do Piauí, O Dr. David Oka que atua como fisioterapeuta na cidade e identificou a necessidade da inserção do fisioterapeuta nas maternidades, seguindo com a realização de audiências e encontros para discutir a atuação profissional. Neste período, após vários debates e entendendo sobre o direito constitucional das mulheres em ter acesso à saúde, o prefeito Joel Rodrigues sancionou a Lei 1039/2020. O debate ganhou notoriedade e relevância a nível estadual, com a apresentação do primeiro projeto de lei que dispõe sobre a permanência do fisioterapeuta 24 horas por dia nas maternidades do Piauí que tivessem mais de mil partos por ano, pelo deputado estadual Fábio Novo. Após mobilização de entidades representativas, audiências públicas e fundamentação técnico-científica foi sancionada a primeira lei estadual do Brasil, Lei nº 7.723/2022, de 06 de janeiro de 2022 pelo governador Wellington Dias, que insere o fisioterapeuta de forma integral nas maternidades.

A importância da valorização do título de especialista:

A resolução COFFITO nº. 360, de 18 de dezembro de 2008 publicada no Diário Oficial da União nº. 249, Seção 1, em 23/12/2008, página 167) que por meio do artigo 3º que diz: Serão reconhecidos, para efeito de registro como especialistas no Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional que cumprirem as exigências a serem fixadas por Resoluções editadas pelo COFFITO.

O COFFITO normatizou os procedimentos para registro de título de especialista através da RESOLUÇÃO COFFITO nº. 377, de 11 de junho de 2010 publicado no Diário Oficial da União nº. 133, Seção 1, em 14/7/2010, páginas 921/923. O título de especialista na fisioterapia requer um maior preparo profissional e uma responsabilidade social, além de promover a exação do exercício profissional. O título quando concede que o profissional utilize a nomenclatura de “especialista profissional” na especialidade regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Vale ressaltar que o profissional poderá acumular até 2 (dois) títulos de especialista.

No Brasil, o profissional para torna-se apto para concorrer a prova de título precisa ter 2 anos de inscrição em conselho regional. Para obter o registro do Título de Especialidade, o profissional deverá ser aprovado em Exame de Conhecimento e Prova

de Títulos na especialidade requerida conforme edital público. Ao portar um título de especialista, o profissional tem atestado pela associação de especialidade conveniada ao COFFITO seu refinamento e *expertise* na área de especialidade, passando a ter melhores chances de inserção no mercado de trabalho, de melhores salários por se tornar referência profissional, agregando valor ao seu serviço e qualidade na assistência. A carreira profissional torna-se mais promissora e diferenciada. Conforme a população tem mais acesso ao trabalho dos fisioterapeutas no ciclo-gravídico-puerperal, mais necessário e valorizado deverá se tornar o título de especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher.

PARTE 2

O QUE O FISIOTERAPEUTA PODE FAZER PELA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL?

Os objetivos desta parte do e-book são apresentar os conteúdos discutidos no *Workshop*. O objetivo específico foi oportunizar discussões, reflexões e troca de experiências acerca do papel do fisioterapeuta no cuidado da mulher no ciclo-gravídico-puerperal com ênfase nos exercícios físicos na gestação, preparo para o parto e aleitamento materno.

Qual o papel do fisioterapeuta?

Inicialmente, os participantes do *workshop* foram convidados a discutir em duplas o papel do fisioterapeuta na gestação, parto e pós-parto. As discussões revelaram concordância em um amplo papel que tem como objetivo geral contribuir para uma melhor qualidade de vida das gestantes, incluindo:

- Proporcionar consciência corporal;
- Prevenir ou tratar desconfortos gestacionais;
- Orientar posturas adequadas, incluindo aquelas relacionadas a atividade laboral;
- Avaliar e realizar o diagnóstico fisioterapêutico no ciclo-gravídico-puerperal
- Orientar e oferecer parâmetros de segurança para a realização de exercícios na gestação e no pós-parto;
- Utilizar os recursos não farmacológicos de alívio de dor no trabalho de parto e preparar a mulher e o acompanhante para utilização desses recursos;
- Atuar nas maternidades, avaliando, prescrevendo e aplicando recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor e progressão no trabalho de parto;
- Prevenir complicações no pós-parto;
- Utilização de recursos para o alívio não farmacológico da dor no pós-parto;
- Orientar posturas na maternidade e após a alta;
- Iniciar o processo de reabilitação global e específica do assoalho pélvico na maternidade a partir da avaliação;
- Oferecer a continuidade da assistência fisioterapêutica e reabilitação após a alta hospitalar.

- Por tratar-se de objetivos bastante amplos, a opção para o *workshop* e o e-book foi abordar o exercício físico na gestação, com ênfase no treinamento dos músculos do assoalho pélvico e o preparo para o parto. A parte 2 do e-book traz a descrição da parte prática/dinâmica de grupo que foi realizada. O workshop proporcionou muita troca de experiências, especialmente relacionadas as práticas de percepção corporal, exercícios físicos e de relaxamento.

Benefícios da atuação fisioterapêutica e da prática de exercícios físicos na gestação:

O termo exercício físico será utilizado referindo-se à atividade física sistematizada com frequência, intensidade e duração determinada com objetivo de melhorar o condicionamento físico.

Segundo o *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) os exercícios físicos na gestação podem prevenir o risco de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, melhorar o condicionamento físico, diminuir sintomas vasculares, ajudar a controlar o ganho ponderal na gestação e a normalizar a massa corporal no pós-parto, diminuir sintomas de dor na coluna e constipação intestinal, entre outros.

Evidências científicas:

As evidências científicas indicam de modo robusto e consistente que a prática de exercícios físico é segura na gestação e possui um grande potencial de melhorar a saúde físico-funcional das mulheres e até previne depressão pós-parto (DIPIETRO et al. 2019; COLL et., 2019).

Uma revisão sistemática de literatura que incluiu 17 ensaios clínicos aleatorizados e controlados (MAGRO et al. 2017) concluiu que 30-60 minutos de exercício aeróbico de duas a 7 vezes por semana praticado na gestação foi associado com risco reduzido de doença hipertensiva na gestação, de pré-eclâmpsia e cesárea.

A revisão sistemática com metanálise conduzida por Teede et al. (2022) que incluiu 117 ensaios clínicos aleatorizados e controlados concluiu que intervenções baseadas no estilo de vida, associando exercício físico, dieta balanceada e rica em fibras reduziu o risco de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e desfechos maternos e neonatais desfavoráveis. Esses achados oferecem suporte para que essas intervenções sejam utilizadas rotineiramente no pré-natal.

Uma revisão sistemática que objetivou sintetizar os achados de 76 revisões sistemáticas com metanálise sobre exercício na gestação, encontrou fortes evidências que

demonstram que o exercício aeróbico moderado reduz o risco de aumento excessivo da massa corporal na gestação, de Diabetes Mellitus Gestacional, e sintomas de depressão no pós-parto (DIPIETRO et al. 2019). O estudo concluiu que a gestação é um período que representa uma oportunidade para aquisição de bons hábitos de vida que possam beneficiar a saúde das mulheres, e que em função da baixa prevalência de um nível de atividade física adequado entre as gestantes, o estímulo ao aumento do nível de atividade física na gestação, por meio de programas de exercícios, deve ser adotado como medida de saúde pública.

O fisioterapeuta deve conhecer as diretrizes para prescrição de exercícios na gestação. Existem inúmeras diretrizes internacionais sobre a prática de exercícios na gravidez e hoje sabemos que a maior parte dos riscos são hipotéticos e controláveis quando os parâmetros de segurança já estabelecidos são utilizados. É essencial que o fisioterapeuta busque constantemente se atualizar e conhecer as evidências científicas disponíveis, bem como as preferências das gestantes em relação a prática de exercícios físicos a fim de melhorar a adesão. Conhecer a realidade socioeconômica e cultural das gestantes será essencial para a tomada de decisão clínica, busca de soluções conjuntas para viabilização de mudanças de hábitos de vida, e realização dos exercícios com a frequência, intensidade e duração adequadas para proporcionar os benefícios desejados.

É aconselhável que as gestantes realizem 150 a 300 minutos de exercícios físicos por semana para obtenção dos benefícios dessa prática. O componente aeróbico deve ter inicialmente a duração de 15/20 minutos, mas a sessão deve ser planejada e orientada mediante avaliação fisioterapêutica prévia para individualização do programa de treinamento (ACOG, 2020).

Exercícios na gravidez – American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG):

Diferentes modalidades de exercício físico têm se mostrado estratégias capazes de promover inúmeros benefícios na prevenção e no tratamento de diversas disfunções presentes na gestação como apresentado nas recomendações da ACOG, 2020. No entanto, é necessário também que a gestante modifique seus hábitos de vida, especialmente para manutenção dos resultados proporcionados pela prática dos exercícios físicos.

Modificação de comportamento e hábitos de vida:

- Inatividade física – Fator de risco gestacional;

- Na ausência de complicações ou contraindicações, o exercício físico é seguro e desejável, e as mulheres grávidas devem ser incentivadas a continuar ou iniciar a prática de exercícios seguros.

Recomendações ACOG, 2020:

- Os exercícios físicos podem beneficiar a maioria das mulheres;
- São necessárias algumas adaptações devido a alterações anatômicas e fisiológicas da mulher e do feto;
- Uma avaliação completa deve ser realizada antes de recomendar um programa de exercícios para garantir que a gestante não tem uma razão uma condição de saúde que contraindique a prática de exercício físico;
- O exercício físico objetiva manter e melhorar o condicionamento físico
- Deve ser estimulado para controle do ganho de massa corporal, prevenção Diabetes Gestacional e bem-estar psicológico

As gestantes de risco habitual devem ser encorajadas a praticar exercícios aeróbicos e de força antes, durante e após a gravidez.

Gestantes de alto risco:

- Requerem uma avaliação mais criteriosa;
- Prescrição e acompanhamento do exercício mais adequado e com maior frequência;
- São necessárias mais pesquisas para estudar os efeitos do exercício nas condições e resultados específicos de gestantes de alto risco, para esclarecer o tipo, frequência e intensidade, assim como os efeitos sobre a saúde física materno-fetal.

Para prescrição dos exercícios:

- Deve ser realizada avaliação clínica completa – anamnese e exame físico;
- Exercícios de intensidade moderada por pelo menos 15 a 30 minutos diários;
- Esforço percebido na escala de Borg (6 a 20):
- O ideal é manter o exercício em um nível moderado 12 a 14 (um pouco difícil);
- “Teste de conversação”.

Cuidados:

- Comer em torno de 30 a 60 minutos antes da prática de exercício;
- Manter hidratação adequada;

- Usar roupas largas e confortáveis;
- Dar preferência aos períodos como início da manhã e/ou final da tarde a fim de evitar temperaturas mais elevadas;
- Escolher lugares seguros, movimentados e próximos a serviços de emergência;
- Estar atento aos sinais vitais como FC e temperatura corporal;
- Evitar longos períodos em decúbito dorsal;
- Evitar manobras de valsava.

Considerações:

- Hipertermia: a temperatura do feto aumenta de 1 a 2° mais que a mãe. A temperatura da gestante pode aumentar para 39°C sob 30-60 min de exercício intenso;
- 60 a 70% do $VO_{2máx}$ não aumenta a temperatura central acima de 38°C;
- Agentes teratogênicos: causa de anomalias congênitas - 300.000 RN em todo o mundo morrem todos os anos no primeiro mês;
- Evitar Intensidade > 90% do máximo mesmo em mulheres treinadas;
- Evitar atividades de contato com alto risco de trauma abdominal ou desequilíbrio;
- Mergulho: incapacidade da circulação pulmonar fetal de filtrar a formação de bolhas;
- Evitar exercícios em altitude acima de 6.000 pés (1.828 m);
- Evitar levantar cargas pesadas (maiores que 20kg) > 10 vezes/dia.

Contraindicações absolutas para realização de exercícios físico na gestação:

- Doença cardíaca hemodinamicamente significativa;
- Restrição do crescimento intrauterino na gravidez atual;
- Hipertensão mal controlada;
- Doença pulmonar restritiva;
- Insuficiência cervical/ cerclagem;
- Anemia grave;
- Gestação múltipla com risco de parto prematuro;
- Sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre;
- Placenta prévia após 26 semanas;
- Trabalho de parto prematuro durante a gravidez atual;
- Membranas rompidas;

- Pré-eclâmpsia/hipertensão induzida pela gravidez.

É importante não confundir a contra-indicação para realização de exercícios aeróbicos e resistidos com a atuação do fisioterapeuta junto às gestantes de alto risco. O fisioterapeuta tem muito o que oferecer em termos de orientações gerais às gestantes que tem contra-indicação a realização de exercícios aeróbicos e resistidos, utilizando cinesioterapia com exercícios ativos assistidos leves e avaliando individualmente cada caso para prescrever diversos outros recursos para alívio não farmacológico da dor, melhora do conforto e da mobilidade.

Contraindicações relativas:

- História de restrição de crescimento fetal;
- Aborto espontâneo;
- Parto ou trabalho de parto prematuro;
- Aumento do colo do útero;
- Arritmia materna não avaliada;
- Bronquite crônica ou outros distúrbios respiratórios;
- Diabetes Tipo I mal controlado;
- Baixo peso extremo;
- Limitações ortopédicas;
- Distúrbio convulsivo mal controlado.

As contra-indicações relativas normalmente indicam que a gestantes necessitam de uma individualização e supervisão dos exercícios para realizá-los de modo seguro.

Sinais de alerta para interromper a sessão de exercício físico:

- Sangramento vaginal;
- Dor abdominal;
- Contrações dolorosas regulares;
- Saída de líquido amniótico;
- Dispneia antes do esforço;
- Tontura;
- Dor de cabeça;
- Dor no peito;
- Fraqueza muscular que afete o equilíbrio;

- Dor ou edema na panturrilha.

CUIDADO!

A posição supina deve ser evitada após 20 semanas de idade gestacional devido a:

- Compressão da veia cava inferior e aorta abdominal,
- Diminuição do volume sistólico, o índice de volume diastólico final e o tempo de ejeção do ventrículo esquerdo, com desacelerações na frequência cardíaca materna (IBRAHIM et al., 2015; AVERY et al., 1999; JEFFREYS et al., 2006).

A posição supina pode ser utilizada com cautela durante a sessão de exercícios, a grávida deve alternar as posições e o fisioterapeuta deve criar exercícios alternativos aqueles que seriam realizados nesta posição por mais de dois minutos.

Sessão de exercícios na gravidez – Exemplo de sessão de exercícios para gestantes de risco habitual:

Sugestão baseada no modelo proposto por Bø & Kamhaug, 1989:

- ≥ 30 minutos de cardiorrespiratória/aeróbica de baixo impacto (12-14 Escala de Borg);
- Treinamento de flexibilidade;
- Treinamento de força muscular;
- Treino dos músculos do assoalho pélvico;
- MMII/braços/abdominais, parte superior e inferior das costas;
- Ensinar técnicas adequadas de levantamento/agachamento;
- Treino de equilíbrio;
- Relaxamento;
- Alongamento das costas, pescoço e ombros;
- Respiração e relaxamento.

O fisioterapeuta tem o potencial de contribuir para que de fato as gestantes possam aderir aos exercícios físicos com segurança e obter seus benefícios. Este trabalho deve ser oferecido em cenários diversificados considerando os impactos negativos do sedentarismo na saúde da mulher no ciclo-gravídico puerperal. Em clínicas particulares ou em serviços públicos que sejam referência em saúde feminina, o fisioterapeuta poderá oferecer seus serviços especializados para avaliar e orientar mulheres que queiram receber apenas orientações para manter seu nível de exercício físico prévio a gestação.

Algumas mulheres vão necessitar apenas orientações e podem desejar continuar o treinamento sem supervisão, o que pode ser adequado em casos de gestantes de risco habitual. Outras mulheres vão se interessar em realizar sessões de exercício individual supervisionado ou em grupo, e cabe o fisioterapeuta usar sua criatividade e habilidades como gestor para organizar diferentes formas de oferecimento de exercícios físicos seguros em diferentes ambientes.

O oferecimento de sessões de exercícios criativas no solo ou na água, utilizando música e diferentes ritmos pode fazer a diferença para uma boa adesão, lembrando que é essencial que todas as gestantes estejam realizando o pré-natal. A mesma sessão de exercício repetida muitas vezes pode ser monótona e entediante. O modelo de sessão sugerido acima deve ser adequado as necessidades individuais e dos grupos de gestantes atendidas, um grande diferencial do fisioterapeuta é será sua capacidade de realizar uma boa avaliação, oferecer o diagnóstico fisioterapêutico, se comunicar de modo adequado com as gestantes e com a equipe interprofissional. Além disso, apesar de a gestação não ser doença, é um período em que as inúmeras adaptações do organismo materno desencadeiam com frequência sintomas álgicos envolvendo o sistema musculoesquelético tais como lombalgia, dor na cintura pélvica entre outros sintomas que nós fisioterapeutas ajudamos a prevenir e a tratar.

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) na gestação:

As modificações hormonais, somadas ao ganho gradativo de massa corporal levam a uma sobrecarga dos músculos do assoalho pélvico que resultam em alta prevalência de incontinência urinária e anal na gestação e no pós-parto. É essencial a realização de uma avaliação fisioterapêutica minuciosa das queixas das gestantes e avaliação dos músculos do assoalho pélvico, sempre respeitando aspectos éticos e as preferências da gestante. A obtenção do consentimento para realização da inspeção e palpação vaginal é essencial bem como a explicação sobre os objetivos da avaliação e como é realizada.

A avaliação do assoalho pélvico deve incluir:

- Inspeção visual;
- Teste de sensibilidade e reflexos;
- Localizar de pontos dolorosos;
- Verificar a capacidade de contração e relaxamento muscular;

- Aferir a intensidade da contração muscular;
- Aferir a capacidade de sustentação da contração muscular;
- Aferir a coordenação motora.

Foge ao escopo deste e-book abordar em detalhes a avaliação do assoalho pélvico, mas é importante que o fisioterapeuta tenha recebido treinamento adequado para realizá-lo. Como medida de saúde pública, atividades educativas em grupo na gestação podem ser conduzidas pelo fisioterapeuta em ambientes que inviabilizam a avaliação dos MAP. O fisioterapeuta poderá utilizar medidas indiretas como o “stop test” para obter informação sobre a capacidade das mulheres contraírem os músculos do assoalho pélvico (MAP), seguido de orientação de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP). O “stop test” consiste em orientar as mulheres a testarem no ambiente domiciliar geralmente se são capazes de interromper o jato urinário ao realizar uma contração dos MAP. Apesar de poder oferecer uma resposta confiável sobre a capacidade das mulheres contrair os MAP, apresenta a possibilidade das mulheres passarem a realizar o teste rotineiramente como exercícios, o que não deve ser feito em função do risco de ocasionar infecção urinária de repetição. Quando este teste for explicado as mulheres deve-se enfatizar que o teste deve ser feito uma única vez e o fisioterapeuta deve se certificar que as mulheres entenderam bem a informação.

A importância do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na gestação:

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) consiste na prática de contrações seletivas e repetidas dos MAP com objetivo de melhorar suas funções musculares. Existem evidências robustas de que o TMAP previne e trata a incontinência urinária e anal na gravidez e que deve ser a primeira linha de tratamento desses problemas. (WOODLEY et al. 2017; BRENNEN et al., 2021). Existem evidências consistentes de que o TMAP na gestação é seguro para o binômio materno-fetal e não interfere na via de nascimento. Uma revisão sistemática de literatura com meta-análise concluiu que o TMAP reduz tempo do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, entretanto esses achados ainda necessitam mais estudos de alta qualidade metodológica para de fato serem confirmados (DU et al. 2015).

O TMAP durante a gestação pode facilitar ou prejudicar o trabalho de parto?

Sabemos que o TMAP é seguro e não prejudica o trabalho de parto de gestantes de risco habitual, mas ainda não podemos afirmar com segurança que pode facilitar o trabalho de parto, porque ainda precisamos de mais estudos de boa qualidade.

O TMAP interfere os resultados (desfechos) neonatais do trabalho de parto?

Temos evidências suficientes para afirmar o TMAP não prejudica os resultados neonatais em gestantes de risco habitual.

Quais os pré-requisitos para realizar o TMAP?

É importante sempre que possível a certificação da capacidade da gestante realizar a contração voluntária dos MAP considerando que cerca de 30% das mulheres não são capazes de realizá-la. É essencial que o fisioterapeuta esteja apto a explicar sobre a anatomia, funções e disfunções do assoalho pélvico para as gestantes, bem como contrair os MAP.

Como o TMAP deve ser realizado?

É importante que as gestantes sejam orientadas a realizar o TMAP de 3 a 5 vezes por semana. De modo ideal elas deveriam receber supervisão pelo menos uma vez por semana e realizar 3 a 4 séries de contração em diferentes posições, utilizando um número de repetições de contrações lentas e rápidas estabelecido por meio de avaliação fisioterapêutica individualizada sempre que possível e intensidade de contração muscular submáxima ou máxima.

O TMAP em grupo é tão eficaz quanto o individual?

As melhores evidências disponíveis indicam que o TMAP em grupo apresenta melhor custo efetividade que o TMAP individual na gestação, entretanto é importante a certificação da capacidade da mulher de contrair os MAP com realização de avaliação individualizada sempre que possível.

Onde eu posso encontrar diretrizes para prática de exercício físico na gestação?

<https://www.acog.org/womens-health/faqs/exercise-during-pregnancy>

Preparo para o parto:

Um importante papel do fisioterapeuta no preparo para o parto é oferecer informação de qualidade para as gestantes sobre diversos temas. Abaixo trazemos algumas sugestões de temas que devem integrar um programa de atividades educativas voltado às gestantes.

Educação em saúde – Sugestão de grupo de gestantes:

- Número de encontros: 8, 1x/semana, duração de 40 a 50 minutos.
- Temas:
 - Adaptações, sintomas do organismo materno à gestação;
 - A importância do pré-natal da mulher e do parceiro;
 - Prevenção de dor e desconfortos na gestação e orientação postural;
 - Segurança para realização de exercício físico na gestação;
 - Benefícios do exercício físico - Prevenção de DMG e pré-eclâmpsia;
 - Instruções para realização dos exercícios: frequência, intensidade e duração;
 - Parto e trabalho de parto: utilização de recursos não fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto;
 - O período pós-parto, aleitamento materno, orientações posturais no cuidado com o bebê.

Educação em saúde – Sugestão de grupo de gestantes:

- Trabalho em equipe multiprofissional;
- Trabalho em grupo X individual;
- Diagnóstico do grupo e individual;
- O ideal é agrupar as gestantes pela IG para realização dos exercícios;
- Evitar “ditar regras”;
- Evitar “hierarquia” e “autoritarismo”;
- Evitar “aulas formais”.

Os conteúdos devem ser flexibilizados para atender as maiores necessidades indicadas pelo grupo. Grupos de no máximo 10 participantes geralmente facilitam a interação entre as participantes, assim como a utilização de dinâmicas de grupo e modelo informal e interativo de aulas. Sempre que possível é importante contar com a participação da equipe interprofissional para ministrar temas diversos.

Educação em saúde - sugestão de dinâmica entre as gestantes:

Percepção de contração e relaxamento muscular:

Objetivo: proporcionar percepção corporal do relaxamento muscular proporcionado por massagem na região dos trapézios, ao mesmo tempo perceber o desafio de relaxar a própria musculatura enquanto massageia outra gestante.

- Ambiente climatizado;
- Orientar que as gestantes formem uma fila;
- Tarefa: massagear a gestante a frente na região do trapézio e ao mesmo tempo tentar relaxar todo o corpo enquanto recebe a massagem;
- Duração: 5/10 minutos;
- Discussão/Interpretação final: discutir com as participantes o desafio de perceber o próprio corpo, quando estamos com a musculatura relaxada ou tensionada e de ativamente buscar relaxar ao mesmo tempo que oferece e recebe a massagem. Incentivar as participantes a pensarem em possíveis analogias dessa situação com a situação do trabalho de parto onde alguns músculos necessitam contrair (exemplo: musculatura abdominal) e outros relaxar (exemplo: MAP) no período expulsivo.

PARTE 3

ALEITAMENTO MATERNO

Essa terceira parte do workshop e e-book buscou realizar uma síntese sobre aspectos essenciais do aleitamento materno e as condutas fisioterapêuticas adequadas para o cuidado e orientação da mulher durante a gestação e o puerpério.

Segundo o Ministério da Saúde, 2020 o leite materno é a melhor fonte de nutrição para bebês e a forma de proteção mais econômica e eficiente para diminuir as taxas de mortalidade infantil. O aleitamento materno pode reduzir em até 13% os índices de morte de crianças menores de cinco anos, além de proteger a criança de doenças como diarreia, infecções respiratórias e alergias, além de evitar o risco de desenvolvimento de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta (BRASIL, 2020).

Para a mãe, o ato de amamentar contribui para involução uterina, diminui o sangramento no pós-parto, fortalece o vínculo efetivo entre mãe e filho, reduz a incidência de câncer de mama, ovário e endométrio, evitando também a osteoporose e doenças cardiovasculares, como o infarto (ALVES *et al.*, 2018). No puerpério, a mulher está predisposta a sentir extremos desconfortos e disfunções de músculos e órgãos, podemos destacar a incontinência urinária (IU), diástase do músculo reto abdominal (DMRA), fissuras mamilares e dificuldades no processo de amamentação, além de referir dor e cansaço (SANTANA *et al.*, 2011). O fisioterapeuta pode somar esforços a equipe interprofissional e fazer a diferença no oferecimento do suporte necessário para o sucesso no aleitamento materno e acompanhamento do puerpério nas atividades de vida diária (DE SOUZA *et al.*, 2022).

Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade. E que, mesmo após a introdução dos primeiros alimentos sólidos, sigam sendo amamentados até, pelo menos, os 2 anos de idade. Crianças que foram amamentadas por menos tempo que esse período terão um maior risco de desenvolver infecções do trato respiratório, como (pneumonia, sinusite e otite (LOPES *et al.*, 2013)

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020:



AMAMENTAÇÃO | O OBJETIVO

Até 2025, aumentar ao menos 50% a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses

PORQUE IMPORTA

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO

1 2
3 4
5 6

Bebês que se alimentam **apenas com leite materno** desde o nascimento até seus primeiros 6 meses de vida tem o **melhor início**



Amamentação exclusiva fornece aos bebês **a nutrição perfeita** e tudo que eles precisam para crescimento saudável e desenvolvimento do cérebro

Proteção de infecções respiratórias, doenças diarreicas e outras doenças que ameaçam a vida

Proteção contra **obesidade & doenças não-comunicáveis** como asma e diabetes

AÇÕES RECOMENDADAS

LIMITAR MARKETING DE FÓRMULA

O QUE? Limitar significativamente o marketing de leites artificiais

COMO? Reforçar a monitorização, legislação e execução relacionados com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno

APOIAR LICENÇA REMUNERADA

O QUE? Empoderar mulheres a amamentar exclusivamente

COMO? Promulgar seis meses de licença maternidade obrigatória e políticas que incentivem mulheres a amamentar no ambiente de trabalho e em público

FORTALECER SISTEMAS DE SAÚDE

O QUE? Fornecer instalações hospitalares e de saúde baseadas na capacidade de apoiar amamentação exclusiva

COMO? Expandir e institucionalizar as iniciativas de Hospital Amigo da Criança em sistemas de saúde

APOIAR MÃES

O QUE? Fornecer estratégias baseadas na comunidade para apoiar aconselhamento sobre amamentação exclusiva a mulheres grávidas e lactantes

COMO? Aconselhamento individual e em grupo para melhorar as taxas atuais de amamentação, incluindo a implementação de campanhas de comunicação adaptadas ao contexto local


ESCOPO DO PROBLEMA

Governos, apenas **38%** dos bebês são amamentados exclusivamente



Amamentação abaixo do ideal contribui para **800,000** mortes infantis







Alterações hormonais:

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, e vai aumentando gradativamente: cerca de 40-50 ml no primeiro dia, 300-400 ml no terceiro dia, 500-800 ml no quinto dia, em média (BRASIL, 2015).

Sugar a mama libera ocitocina, prolactina e outros metabólitos que promovem o vínculo mãe-filho e reduzem o estresse fisiológico para ambos. Os hormônios no leite materno estimulam o apetite infantil adequado e o desenvolvimento do sono, e as alterações hormonais, fisiológicas e metabólicas durante a amamentação auxiliam a saúde vitalícia da mãe de várias maneiras. Durante a amamentação, os sistemas imunológicos de mães e bebês se comunicam entre si além da imunidade passiva, e as mães transmitem elementos de sua microbiota para seus filhos por meio do leite materno. Essas boas bactérias vivem no intestino e ajudam a combater doenças, digerir alimentos e regular o sistema imunológico em evolução da criança. Eles são influenciados por vários fatores, incluindo dieta e genética materna, método de parto, uso de antibióticos, localização geográfica e ambiente. Se a amamentação for prejudicada, esses benefícios evolucionários serão perdidos, assim como as adaptações únicas do leite materno e da amamentação para cada mãe, bebê e suas circunstâncias (BRASIL, 2018).

O hipotálamo, área pequena do cérebro, tem dentre suas funções regular a liberação dos hormônios da adenohipófise. A sucção do bebê no peito estimula as terminações nervosas do mamilo e aréola enviando impulsos, via neuronal reflexa aferente, para o hipotálamo estimulando a hipófise anterior a secretar o hormônio prolactina e a hipófise posterior o hormônio ocitocina (LAPOINTE *et al.*, 2024).

A lactação é o processo de produção e liberação de leite das glândulas mamárias nos seios. Tem início na gravidez quando as alterações hormonais sinalizam as glândulas mamárias para produzir leite em preparação para o nascimento do bebê. Sendo possível induzir a lactação sem gravidez usando os mesmos hormônios que o corpo produz durante a gravidez. A lactação termina quando o corpo para de produzir leite. O hormônio

prolactina controla a quantidade de leite que você produz e seu corpo começa a produzir prolactina no início da gravidez. No início, os altos níveis de estrogênio, progesterona e outros hormônios da gravidez suprimem a prolactina. Depois de liberar a placenta, esses hormônios da gravidez caem e a prolactina assume o controle (BOSI e MACHADO, 2015).

A prolactina é considerada o hormônio secretor de leite, e estimula as células glandulares da mama a produzirem o leite. Cada vez que a criança suga, estimula as terminações nervosas do mamilo. Estes nervos levam o estímulo para a parte anterior da glândula pituitária, que produz a prolactina. A prolactina é levada até as mamas através da circulação sanguínea, produzindo o leite. A prolactina atua depois que a criança suga, produzindo leite para a próxima mamada. O reflexo de produção ou reflexo da prolactina é produzido pela estimulação do mamilo que leva à secreção do leite. A glândula pituitária produz mais prolactina durante a noite do que durante o dia. Portanto, o aleitamento materno à noite ajuda a manter uma boa produção de leite. (BRASIL, 2020).

Com o nascimento da criança, há liberação de prolactina, iniciando-se a lactogênese fase II e a secreção do leite. A ocitocina, em resposta à sucção da criança, leva à contração das células que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido (BRASIL, 2015). A produção de leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a apoiadura (“descida do leite”) costuma ocorrer até o 3º ou 4º dia pós-parto, mesmo se a criança não sugar o seio. Após a apoiadura, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase mantém-se por toda a lactação e depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama (BRASIL, 2017).

Amamentar, é apenas fisiológico?

Segundo Braga (2020), amamentar é o processo pelo qual a mãe alimenta seu filho recém-nascido com o leite que ela secreta logo após o parto. Este deve ser o principal alimento do bebê até pelo menos os seis meses.

A lactação é a secreção fisiológica de leite após o parto (SWEETMAN, 2012). Durante a gestação, as mamas passam por transformações para produzir leite (BRASIL, 2019). A maturação do tecido mamário nesse período é influenciada por muitos fatores, incluindo estrogênio, progesterona, prolactina, insulina, hormônio do crescimento, cortisol, tiroxina e lactogênio placentário humano. Ou seja, embora seja dito que a

lactação é controlada principalmente pela prolactina, o processo inteiro está sob um controle intrincado de muitos hormônios (LAPOINTE *et al.*, 2024).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre a mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Anatomia da mama:

A anatomia da mama compreende cinco principais estágios de desenvolvimento: Embriogênese, que ocorre a partir da 18^a a 19^a semana intrauterina; Mamogênese, durante a puberdade e na gravidez; Lactogênese, glândula mamária que inicia a produção de secreção de leite, algumas horas após o parto (48 a 72 horas); Lactação, processo de continuidade da produção do leite; Involução, glândula que perde sua capacidade de produção láctea por diminuição de estímulos, alterações hormonais e de tecidos (BRASIL, 2020).

O crescimento do tecido mamário no início da gravidez (5^a a 8^a semanas) caracteriza-se pelo aumento das mamas; dilatação das veias superficiais; aumento da pigmentação da aréola e do mamilo. Na 13^a semana, há o aumento do fluxo sanguíneo (dilatação dos vasos); e, na 20^a semana, percebe-se que o epitélio alveolar cessa sua proliferação e inicia sua atividade secretora, que aumenta gradativamente até o final da gravidez. Nesse período da 20^a semana, tem-se também o crescimento contínuo da mama decorrente da progressiva dilatação alveolar, produzida pelo colostro e vascularização. Ao final do terceiro trimestre, observa-se colostro no interior dos lóbulos glandulares (BRASIL, 2017).

A mama apresenta lobos em conjunto de lóbulos, que produz o leite, e os ductos, cuja função é transportar o leite para fora dos mamilos. Assim, o leite materno é produzido pela ação de hormônios e reflexos. Durante a gravidez, hormônios preparam o tecido glandular para a produção do leite. O tecido glandular se desenvolve mais e as mamas ficam maiores. Logo após o parto, os hormônios fazem com que a mama comece a produzir leite (BRASIL, 2017).

Como preparar a gestante para o aleitamento materno?

O fisioterapeuta pode oferecer orientação antecipada, começando na gravidez e continuando após o nascimento, para preparar as mães e sua rede de apoio sobre como iniciar o processo de amamentação, desde o posicionamento correto do recém-nascido e da puérpera, estimulação mamária, características do leite colostro; principalmente com a via de parto for cesariana. Essa ajuda facilitará a amamentação contínua e bem-sucedida com mais conhecimento e preparação para o momento de amamentar.

Políticas intersetoriais (por exemplo, saúde, desenvolvimento social, educação, trabalho e setores regulatórios), que abordam as barreiras multiníveis à amamentação, devem ser implementadas para permitir que as mães amamentem seus filhos de maneira ideal pelo tempo que elas ou seus bebês desejarem. Essas políticas devem ser fundamentadas na equidade, nos direitos humanos e nos princípios de saúde pública, e possibilitadas por meio de um compromisso político e social em todo o sistema para a amamentação.

A família pode ajudar no aleitamento materno?

“Apoie a amamentação: faça a diferença para mães e pais que trabalham”.

OPAS e Organização Mundial da Saúde (OMS)

O apoio à amamentação no ambiente de trabalho influencia diretamente de forma positiva a saúde e o bem-estar tanto das mães que trabalham quanto dos bebês. "O aleitamento materno é um direito bilateral, da mãe de amamentar seu filho mesmo trabalhando, o que é garantido pelas normas trabalhistas, e do bebê de ser alimentado adequadamente para crescer e se desenvolver em condições saudáveis, conforme previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)", Ministério da Saúde, 2023.

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a apoie na sua opção. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância.

Aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida:

Desde o momento do parto, o Aleitamento Materno é essencial na vida das crianças. O Manual de amamentação do Ministério da Saúde, seguindo as recomendações da OMS, preconiza o AM na primeira hora de vida das crianças e que deve ser exclusivo durante os primeiros seis meses. Isso significa que, idealmente, as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno durante esse período, mesmo sem água. Dos seis meses aos dois anos, recomenda-se a inclusão de alimentos complementares sem interromper o AM natural (BRASIL, 2000).

O AM é uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para garantir o bem-estar de seu filho, sendo uma importante ação de promoção da saúde. No Brasil, apesar de estudos mostrarem tendência de aumento da prática do AM nas últimas três décadas, ações de incentivo a essa prática devem ser intensificadas, pois estamos longe de atingir os objetivos propostos pela OMS. (ANDRADE et al, 2018).

No Brasil possui uma Norma para o aleitamento, cujo objetivo é regulamentar produtos comerciais, tais como chupetas, bicos e mamadeiras, além de proteger e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e sua continuidade até dos dois anos (BRASIL, 2000).

Benefícios do aleitamento para o bebê



Apojadura:

Em geral, no terceiro ao quinto dia após o parto costuma ocorrer a “descida do leite”, ou apoiadura. É quando as mamas ficam maiores e a mulher passa a produzir mais

leite (BRASIL, 2019). Nesse período, o ato de o bebê sugar no peito é necessário para manter um suprimento adequado de leite, pois o estímulo dos mamilos transmite impulsos sensoriais ao hipotálamo para iniciar a liberação de prolactina da hipófise anterior e oxitocina da hipófise posterior (LAPOINTE *et al.*, 2024).

A prolactina estimula a produção e a secreção de leite e a oxitocina estimula a contração das células mioepiteliais nos alvéolos e dutos mamários de modo que o leite possa ser ejetado da mama (descida do leite) (SWEETMAN, 2012). A oxitocina também pode ser secretada através de outras vias sensoriais, motivo pelo qual as mulheres podem liberar leite ao escutar, cheirar ou até mesmo pensar no seu bebê. A prolactina, no entanto, é liberada somente em resposta ao estímulo nos mamilos (LAPOINTE *et al.*, 2024).

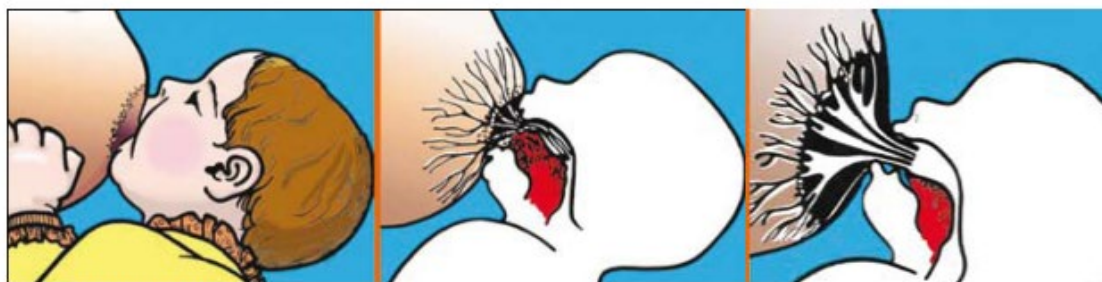
É a queda acentuada na progesterona que desencadeia o início da secreção do leite, pelos primeiros três dias após o parto (LAPOINTE *et al.*, 2024). Nos primeiros dias, a produção é pequena, mas suficiente para atender às necessidades do recém-nascido, que tem estômago muito pequeno (BRASIL, 2019).

Para algumas mulheres, no entanto, a descida do leite pode demorar um pouco mais. As cesarianas eletivas (programadas, em que a mulher não entra em trabalho de parto) têm sido apontadas como um fator associado a essa demora, por fatores hormonais e por dificultar a amamentação na primeira hora de vida, assim como os partos prematuros e a obesidade materna (BRASIL, 2019).

Pega correta:

A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos. Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, podendo levar a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico (LOCHNER *et al.*, 2009).

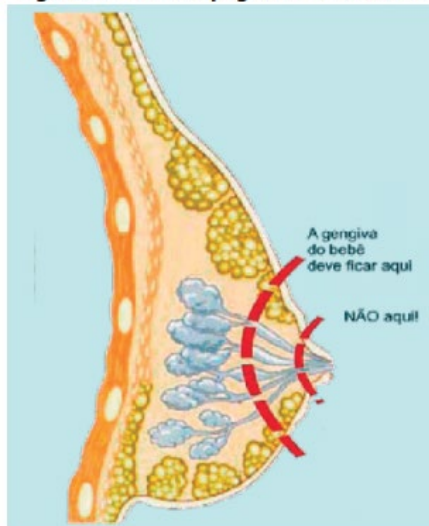
Figura 3 – Pegada adequada ou boa pega



Fonte: BRASIL (2009b).

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, em média, 800 mL por dia. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê.

Figura 2 – Local da pega correta do bebê



Posturas para amamentar:



Fonte: BRASIL (2009b).

É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

Pontos-chave do posicionamento adequado:

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada:

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Intervenção fisioterapêutica para a amamentação:

As intervenções fisioterapêuticas incluem orientações quanto aos posicionamentos da mãe e do bebê para amamentação, estabelecimento de uma pega correta, adequação postural e exercícios específicos de alongamento e fortalecimento muscular. Com isso, a atuação da fisioterapia evita ou reduz o risco do desenvolvimento de complicações como ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites, além de disfunções musculoesqueléticas, que impactarão negativamente o ato de amamentar.

Dor mamilar:

É comum, nos primeiros dias após o parto, a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção.

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e

óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos.

Educação sobre o posicionamento adequado e pega correta é a melhor intervenção para dor nos mamilos (LOCHNER et al., 2009). Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção (RIORDAN; WAMBACH, 2010).

Intercorrências mamárias:

Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses, é um importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas:

- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
- Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- Amamentação em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
- Evitar ingurgitamento mamário;
- Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Esperamos que este e-book possa contribuir para motivar todos os fisioterapeutas que atuam na Saúde da Mulher a utilizar todo seu potencial, habilidades e competências para serem agentes de transformação da assistência oferecida às mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Fortaleça seus conhecimentos e cuide da nossa profissão e especialidade.

Associe-se a ABRAFISM: <https://abrafism.org.br/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACOG Committee opinion. N 804. ACOG Committee Obstetric Practice. This Committee Opinion was developed by the Committee on Obstetric Practice with the assistance of committee members Meredith L. Birsner, MD; and Cynthia Gyamfi-Bannerman, MD, MSc. VOL. 135, NO. 4, APRIL 2020 Committee Opinion Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

ALVES, T.R.M.; CARVALHO, J.B.L.; LOPES, T.R.G.; SILVA, G.W.S.; TEIXEIRA, G.A. Contribuições de enfermeiros na promoção do aleitamento materno exclusivo. Rev Rene (Online) [Internet]. 2018

ANDRADE, H.S.; PESSOA, R.A.; DONIZETE, L.C.V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018

BØ, K.; KAMHAUG, E.L. Gymnastikk i Tiden. Det Beste fra Aerobics. Oslo, Norway: Universitetsforlaget, 1989. 5. Rikli R, Jones CJ. Senior Fitness Manual, 2nd Ed.

BOSI, M L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos Esp – Escola de Saúde Pública do Ceará. V. 1, Nº 1, Julho/Dezembro 2005

BRAGA, Milayde Serra. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 70250-70261, 2020.

BRASIL. Decreto nº 20.158, de 30 de junho de 1931. Organiza o ensino comercial, regulamenta a profissão de contador e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20158-30-junho-1931-536778-republicacao-81246-pe.html>. Acesso em 01/12/2023.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, De 10 De Novembro De 1937. Leis Constitucionais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 01/12/2023

BRASIL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0938.htm#:~:text=del0938&text=decreto%2dlei%20n%2c%20ba%20938%2c%20de%2013%20de%20outubro%20de%201969. acesso em 01/12/2023.

BRASIL. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6316.htm#:~:text=LEI%20No%206.316%2C%20DE,Ocupacional%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 01/12/2023.

BRASIL. Acórdão TCU 341 de 31/03/2004. Ementa Consulta formulada por comissão parlamentar do Congresso Nacional. Aplicabilidade da Lei de Responsabilidade Fiscal aos conselhos de fiscalização profissional. Sujeição dos funcionários ao regime jurídico da Lei 8.112/90. Disponível em: ACÓRDÃO%20TCU%20341/2004 - 341/04 :: Jurisprudência::Acórdão 341/2004 (Federal::Legislativo::Tribunal de Contas da União::Plenário - Brasil) :: (lexml.gov.br). Acesso em 01/12/2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Atos decorrentes do disposto no § 3º do art. 5º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 01/12/2023.

BRASIL. Lei nº 9.098, DE 19 DE SETEMBRO DE 1995. Revoga as disposições que menciona, relativas a recurso à instância ministerial. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19098.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.098%2C%20DE%2019,8%C2%BA%20e%2010%20do%20art. Acesso em: 01/12/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. IHAC. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevenção do Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da atenção básica. Caderno de atenção básica: Aleitamento materno e atenção complementar. 2 ed. N. 23 Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRENNEN, R.; FRAWLEY, H.C.; MARTIN, J.; HAINES, T.P. Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than

postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review. J Physiother. 2021 Apr;67(2):105-114.

COLL, C.V.N.; DOMINGUES, M.R.; STEIN, A.; SILVA, B.G.C. BASSANI, D.G. HARTWIG, F.P. SILVA, I.C.M. SILVEIRA M.F.SILVA, S.G. BERTOLDI, A.D. Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression The PAMELA Randomized Clinical Trial, JAMA Network Open, v.2, n.1, 2019

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. RESOLUÇÃO Nº. 365/2009 – Reconhece a Fisioterapia Urogineco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3128>. Acesso em 01/12/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. RESOLUÇÃO Nº. 372/2009 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3135>. Acesso em 01/12/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº. 401/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164>. Acesso em 01/12/2023

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº. 139/1992 – Dispõe sobre as atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2897>. Acesso em: 01/12/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013 – (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013). Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346. Acesso em 01/12/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº. 360/2008. Estabelece critérios para celebração de convênios e parcerias entre entidades associativas de caráter nacional da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e o COFFITO, visando à criação, normatização e reconhecimento de Especialidades. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3123>. Acesso em: 01/12/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº. 377/2010 – Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3140#:~:text=DE%20ESPECIALIDADE%20PROFISSIONAL-,Art.,gozo%20de%20seus%20direitos%20profissionais>. Acesso em: 01/12/2023.

DE SOUZA J.C.A., OLIVEIRA L.F., PERUZZO S.A.F. Conhecimento das Puérperas sobre os benefícios da amamentação em ambiente hospitalar. Cad da Esc de Saúde.2022;18(1):1-22

DIPIETRO, L.; EVENSON, K.R.; BLOODGOOD, B.; SPROW, K.; TROIANO, R.P.; PIERCY, K.L.; VAUX-BJERKE, A.; POWELL, K.E.; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE*. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. Med Sci Sports Exerc. 2019 Jun;51(6):1292-1302.

DU, Y.; XU, L.; DING L.; WANG, Y.; WANG, Z. The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. Int Urogynecol J. 2015 Oct;26(10):1415-27.

GOVERNO MUNICIPAL DE FLORIANO/PIAUI. Lei 1039/2020 de 18 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a permanência de fisioterapeutas nas maternidades públicas e privadas de Floriano/Piauí e dá outras providências. Disponível em: <https://transparencia.floriano.pi.gov.br/uploads/leis/e690ad09ae05787ad8cd3ef225d4dda3.pdf>. Acesso em 01/12/2023.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. Lei nº 7.723, de 06 de janeiro de 2022. Dispõe/regulamenta sobre a permanência do profissional Fisioterapeuta nas maternidades públicas e privadas. Disponível em: https://sapl.al.pi.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2022/5119/lei_no_7.723_de_06_de_janeiro_de_2022_sancao_fisioterapeutas_24h_nas_maternidades.pdf. Acesso em 01/12/2023.

LAPOINTE, T. Obstetric drug therapy. In: ZEIND, C.S. et al. Applied therapeutics. The clinical use of drugs. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024. p.999-1037.

LOPES T.S.P., MOURA L.F.A.D., LIMA M.C.M.P. Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. Jornal de Pediatria. 2013 Jul;90(4):396–402.

LOCHNER, J. et al. Which interventions are best for alleviating nipple pain in nursing mothers? J. Fam. Pract., v. 58, n. 11, p. 612-612, 2009.

MAGRO-MALOSSO, E.R.; SACCONI, G.; DITOMMASO, M. ROMAN, A.; BERGHELLA, V. Exercise during pregnancy and risk of gestational hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Aug;96(8):921-931.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN Brasil, 2020.

RIORDAN, J.; WAMBACH, K. Breast-related problems. In: RIORDAN, J.; WAMBACH, K. Breastfeeding and human lactation. 4. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett, 2010, p. 291-324.

SANTANA L.S, GALLO R.B.S., MARCOLIN A.C., FERREIRA C.H.J, QUINTANA SM. Utilização de recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão de literatura. Revista Feminina. 2011 Mai;30(5):245-250

SWEETMAN, S.C. (Ed). Martindale: The Complete Drug Reference. London: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Electronic version. Ann Arbor, Michigan: Merative, 2012.

TEEDE, H.J.; BAILEY, C.; MORAN, L.J.; BAHRI KHOMAMI, M.; ENTICOTT, J.; RANASINHA S.; ROGOZINSKA, E.; SKOUTERIS, H.; BOYLE, J.A.; THANGARATINAM, S.; HARRISON, C.L. Association of Antenatal Diet and Physical Activity-Based Interventions With Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2022 Feb 1;182(2):106-114.

WOODLEY, S.J; BOYLE, R.; CODY, J.D.; MØRKVED, S.; HAY-SMITH, E.J.C. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 22;12(12):CD007471