

Artigo Original

Atuação terapêutica ocupacional em um centro obstétrico de alto risco

Occupational therapy practice in a high-risk obstetric center

Renata Maria da Conceição^a , Janylle Silva de Brito^a , Eline Vieira da Silva^a ,
Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino^b 

^aHospital das Clínicas – HC, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

Como citar: Conceição, R. M., Brito, J. S., Silva, E. V., & Marcelino, J. F. Q. (2020). Atuação terapêutica ocupacional em um centro obstétrico de alto risco. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(1), 111-126. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1927>

Resumo

Introdução: Quando a mulher se encontra no trabalho de parto, parto e no puerpério ou em outras situações ginecológicas e obstétricas, faz-se necessário acompanhamento pela equipe. Neste contexto, o terapeuta ocupacional promove ações ao desempenho ocupacional. **Objetivo:** Descrever as possibilidades de intervenção terapêutica ocupacional em um centro obstétrico de alto risco. **Método:** Estudo descritivo do tipo documental, retrospectivo, quantitativo, realizado no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, de um hospital de referência em Recife-PE, no período de abril a junho de 2018. Amostra composta por registros de 10 terapeutas ocupacionais residentes entre 2010 a 2017. Para análise, foram utilizados softwares Microsoft Excel, SPSS e teste Qui-quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 351 registros e 45 relatórios, sendo verificado maior frequência das intervenções pelos R1 no trabalho de parto e puerpério, enquanto, entre os R2, a prevalência foi no pré-natal e outras situações ginecológicas/obstétricas. As ações encontradas no pré-natal foram: atividades de vida diária – AVDs (29,1%), abordagem psicossocial (27,4%) e educação em saúde (21,2%). No trabalho de parto foram: assistência no trabalho de parto e parto (71,8%), educação em saúde (11,3%) e abordagem psicossocial (10,3%). No puerpério foram AVDs (43,1%), abordagem psicossocial (14,5%) e atividade instrumental de vida diária (12,4%). O terapeuta ocupacional desenvolve ações para favorecer o desempenho funcional e ocupacional da mulher, englobando as diferentes dimensões do período gravídico-puerperal no contexto hospitalar. **Conclusão:** A prática do terapeuta ocupacional no COB promove mudanças de paradigmas, tornando a mulher protagonista nas áreas de desempenho e facilitando ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Cuidado Pré-natal, Trabalho de Parto, Período Pós-parto, Ginecologia, Terapia Ocupacional.

Recebido em Abr. 11, 2019; 1ª Revisão em Jul. 31, 2019; 2ª Revisão em Ago. 20, 2019; Aceito em Out. 8, 2019.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Abstract

Introduction: When the woman is in labor, childbirth and puerperium, they need to be accompanied by a medical team and a reliable companion. In this context, the occupational therapist promotes actions to occupational performance. **Objective:** To describe the possibilities of occupational therapist's interventions in a high-risk obstetric center. **Method:** A descriptive, documentary, retrospective, quantitative study carried out in a multiprofessional integrated residency health program at a reference hospital in Recife-PE, from April to June 2018. Sample composed of records of 10 occupational therapists residents from 2010 to 2017. The analysis was performed using Microsoft Excel, SPSS and Chi-squared test. **Results:** A total of 351 records and 45 reports were evaluated, it was possible to observe more frequency of the interventions by R1 in labor and puerperium. While, among R2, the prevalence was in prenatal and other gynecological/obstetric situations. The interventions found in prenatal care were: activities of daily life -ADL (29.1%), psychosocial approach (27.4%) and health education (21.2%). In the labor were: assistance in labor and childbirth (71.8%), health education (11.3%) and psychosocial approach (10.3%). In puerperium were the ADL (43.1%), psychosocial approach (14.5%) and instrumental activity of daily living (12.4%). The occupational therapist elaborates actions to favor the functional and occupational performance of the woman, encompassing the different dimensions of the pregnancy-puerperal period in the hospital context. **Conclusion:** The practice of the occupational therapist in the HOC promotes paradigm changes, making the woman protagonist in their performance areas and favoring actions of health promotion.

Keywords: Woman's Health, Prenatal Care, Labor Obstetric, Postpartum Period, Gynecology, Occupational Therapy.

1 Introdução

A gestação é caracterizada por um conjunto de fenômenos fisiológicos que possibilitam à mulher a capacidade de gerar uma vida em seu corpo. É uma fase marcada por mudanças fisiológicas, psicológicas e socioeconômicas, que exigem uma resposta adaptativa da mulher, família e da comunidade. Compreende-se que o período gestacional demanda novas formas de equilíbrio físico e mental, causadas por alterações metabólicas e hormonais associadas à construção de uma nova imagem corporal e ocupacional, estando essas vivências relacionadas aos significados atribuídos ao parto e experiências no pós-parto (Costa, 2010; Brasil, 2013).

Considerando esse contexto, para qualificar a assistência à mulher, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de favorecer melhores condições de vida e saúde às brasileiras, de modo a garantir os direitos e acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade e atenção integral a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de complexidade (Brasil, 2004).

Com base nessa premissa, torna-se imprescindível a assistência qualificada à mulher nas diversas etapas de sua vida, cujo cuidado deve ser ofertado por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, na qual pode estar inserido o terapeuta ocupacional, que, dentre seus objetivos, atua na manutenção da capacidade funcional e no desempenho das habilidades psicossociais dos sujeitos em seus diferentes contextos (Marques et al., 2016).

A intervenção do terapeuta ocupacional pode ser fundamentada pelo referencial teórico da Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, documento que descreve os conceitos que fundamentam as ações e orienta a prática por meio de conhecimento e para o desempenho ocupacional, o qual envolve a maneira como o paciente desempenha suas ocupações referentes às Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), trabalho, educação, lazer e participação social. Desta forma, esses profissionais estão habilitados a avaliar e intervir em todos os aspectos dos domínios (ocupações, fatores dos clientes, habilidades e padrões de desempenho), bem como na relação do contexto-cliente-ambiente, reconhecendo a importância do bem-estar global para promover a participação do indivíduo nas atividades do cotidiano (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2015).

No que diz respeito à atuação no âmbito hospitalar, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013, reconhece a especialidade de terapia ocupacional em contextos hospitalares, definindo suas áreas de atuação e competências profissionais nas diversas estruturas organizativas do SUS (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2013). Tal área de atuação compreende o planejamento e execução da intervenção terapêutica ocupacional junto aos pacientes, familiares e acompanhantes e/ou cuidadores, em regime de internação e ambulatorial, assim como aos trabalhadores e gestores, em diferentes contextos, sendo eles: unidades de internação, ambulatório, urgências, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e/ou semi-intensiva, hospital-dia e unidades especializadas (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2013).

O terapeuta ocupacional deve considerar, em sua prática, os princípios da Política Nacional de Humanização, elaborada em 2003 pelo Ministério da Saúde, que propõe adequar os serviços ao ambiente, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável aos pacientes e familiares assistidos (Brasil, 2003; Martins & Camargo, 2014). Diante disso, Martins & Camargo (2014) afirmam que as atividades terapêuticas ocupacionais devem estar direcionadas ao desempenho da maternidade, manutenção da autonomia e independência nas AVD e AIVD, bem como aproximação e fortalecimento dos vínculos entre mãe-bebê-família.

Desta forma, tem se desenvolvido a atuação do terapeuta ocupacional na área de Saúde da Mulher, em especial, no período gravídico-puerperal, junto às pacientes e seus familiares, na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação biopsicossocial, tendo em vista favorecer a autonomia e a participação da mulher antes, durante e após a experiência do parto. Contudo, a atuação desse profissional, no referido contexto, ainda se mostra incipiente e pouco difundida no meio técnico-científico. Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever as possibilidades da intervenção terapêutica ocupacional em um centro obstétrico de alto risco.

2 Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo documental, retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado com mulheres assistidas no Centro Obstétrico de alto risco por meio dos registros profissionais dos residentes de terapia ocupacional, os quais ficam arquivados na Secretaria do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMIS), que está inserido em um hospital universitário, público e de referência na assistência de alta complexidade no estado de Pernambuco.

O Centro Obstétrico (COB) destina-se à assistência multiprofissional para gestantes consideradas de alto risco devido ao acometimento por comorbidades prévias ou durante o período gestacional. Neste setor, também é prestada assistência às pacientes da clínica ginecológica e alguns casos obstétricos que apresentam impossibilidade de desenvolvimento da gravidez, como gestação ectópica, doença trofoblástica gestacional e abortamento, sendo, então, considerado um setor de urgência para os casos de Ginecologia e Obstetrícia.

Anualmente, são ofertados pelo PRMIS duas vagas para seleção de residentes de Terapia Ocupacional na área de saúde da mulher. Conforme rotina estabelecida, os residentes do primeiro e segundo ano devem preencher formulários contendo a descrição das atividades práticas desenvolvidas diariamente durante os plantões semanais, assim como relatórios mensais referentes às atuações individuais, multiprofissionais e atividades teórico-práticas.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2018, por meio dos registros documentais dos residentes de Terapia Ocupacional do primeiro e segundo ano (R1 e R2) do PRMIS, na área de concentração Saúde da Mulher, durante prática no Centro Obstétrico de alto risco, conforme previsto na programação anual de rodízio do PRMIS.

Foram considerados como critérios de inclusão os registros dos terapeutas ocupacionais residentes que realizaram atividades práticas no COB no período entre 2010 (início do programa) e 2017. Foram excluídos os registros dos residentes que não concluíram o programa até a data da coleta da pesquisa.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semiestruturado, o qual foi preenchido manualmente para posterior quantificação. Sendo especificado o período em que as mulheres assistidas se encontravam (pré-parto, parto, puerpério imediato e demais situações ginecológicas/obstétricas) durante internamento no COB, as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas, o ano de atuação do residente e a identificação do nivelamento dos residentes (se R1 ou R2).

A análise dos dados foi realizada por meio da elaboração de uma planilha eletrônica Microsoft Excel, versão 2013, na qual todas as intervenções foram agrupadas de acordo com suas respectivas funções nas fases do pré-parto, parto, puerpério e nas demais situações ginecológicas/obstétricas, como: acolhimento terapêutico ocupacional, avaliação, AVD, AIVD, assistência no trabalho de parto e parto, atendimento familiar; abordagem psicossocial, ações direcionadas à equipe, educação em saúde, funções neuromusculoesqueléticas, sensorial e mental, Tecnologia Assistiva, redução e prevenção de agravos, e orientações laboral, educacional e lazer.

Após tabulação, os dados foram exportados e quantificados no software SPSS, versão 18. Para comparação de proporção das intervenções realizadas pelos R1 e R2, foi aplicado o teste Qui-quadrado. Para análise das intervenções foi realizada a

distribuição de frequência. As conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5%.

Todas as recomendações éticas foram seguidas com base na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, após assinatura da carta de anuência e termo de autorização de uso dos dados. Além disso, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco, com o parecer consubstanciado CAAE de nº 80483217.5.0000.5208.

3 Resultados

Foram analisados 351 registros de plantões e 45 relatórios mensais de 10 terapeutas ocupacionais (R1 e R2), durante práticas no COB de alto risco, identificando as intervenções realizadas com as mulheres que se encontravam nas fases do pré-parto, trabalho de parto, puerpério e outras situações ginecológicas/obstétricas. O número de R1 e R2 (n=10) considerado para a inclusão na pesquisa resultou das seguintes situações: em 2011, houve a admissão apenas de um residente, em 2012, não houve seleção para a categoria, bem como três residentes não haviam concluído a residência.

De acordo com o ano de atuação do residente, verificou-se que a maior frequência das intervenções foi realizada pelos R1 durante as fases do trabalho de parto e puerpério (53,1% e 50,9%, respectivamente), enquanto, entre os R2, a prevalência se deu durante o período pré-parto e outras situações ginecológicas/obstétricas (53,1% e 61,5%, respectivamente). Mesmo sendo encontrado maior número de intervenções realizadas por esses tipos de residentes, o teste de comparação de proporção entre as intervenções de residentes (R1 e R2) não foi significativo em nenhuma das fases avaliadas ($p > 0,05$), indicando que a distribuição das intervenções é semelhante entre os níveis de atuação dos residentes (Tabela 1).

Dentre as fases e situações ginecológicas/obstétricas assistidas no COB, o puerpério foi o período em que se apresentou média mais elevada de intervenções (43,4 intervenções), seguido do trabalho de parto (21,3 intervenções) e pré-parto (17,9 intervenções) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de intervenções realizadas segundo o tipo de residentes.

Fator avaliado	Pré-Parto		Trabalho de parto		Puerpério		Outras situações Ginecológicas/Obstétricas	
	n*	%	n	%	n	%	n	%
R1**	84	46,9	113	53,1	221	50,9	25	38,5
R2***	95	53,1	100	46,9	213	49,1	40	61,5
p-valor ¹	0,411		0,373		0,701		0,063	
Média ± Desvio Padrão	17,9 ± 7,6		21,3 ± 13,5		43,4 ± 12,0		6,5 ± 5,2	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. *frequência das intervenções por período de assistência. **terapeuta ocupacional residente do primeiro ano. ***terapeuta ocupacional residente do segundo ano. Fonte: Dados da autora.

Foi possível observar que o puerpério foi a fase em que houve maior frequência de intervenções entre os residentes (48,7%), seguido do trabalho de parto (23,9%) e pré-parto (20,1%) (Tabela 2).

Verificou-se ainda que, na fase do pré-parto, as intervenções mais realizadas foram destinadas ao desempenho das AVDs (29,1%), abordagem psicossocial referente aos interesses, habilidades interpessoais, autoexpressão e autocontrole e motivação (27,4%) e educação em saúde (21,2%). Na fase do trabalho de parto, as ações encontradas foram relativas à assistência no trabalho de parto e parto (71,8%), educação em saúde (11,3%) e abordagem psicossocial (10,3%), enquanto, no puerpério, as práticas foram voltadas para as AVDs (43,1%), abordagem psicossocial (14,5%) e AIVDs (12,4%). Contudo, as ações mais realizadas em outras situações ginecológicas/obstétricas foram em AVDs (33,8%), educação em saúde (30,8%), abordagem psicossocial (7,7%) e acolhimento terapêutico ocupacional (7,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das intervenções de acordo com a fase de atendimento.

Intervenção	Pré-Parto		Trabalho de parto		Puerpério		Outras situações Ginecológicas/Obstétricas	
	n*	%	n	%	n	%	n	%
AVD**	52	29,1	1	0,5	186	43,1	22	33,8
Abordagem Psicossocial	49	27,4	22	10,3	62	14,5	5	7,7
Educação em saúde	38	21,2	24	11,3	30	7,1	20	30,8
AIVD***	10	5,6	-	-	56	12,4	3	4,6
Atendimento familiar	13	7,3	7	3,3	15	3,5	3	4,6
Acolhimento terapêutico ocupacional	8	4,5	4	1,9	9	2,1	5	7,7
Equipe	2	1,2	2	0,9	1	0,2	3	4,6
Avaliação	3	1,7	-	-	2	0,5	-	-
Tecnologia Assistiva	1	0,5	-	-	3	0,7	-	-
Função neuromusculoesquelética	-	-	-	-	34	7,4	-	-
Função sensorial	1	0,5	-	-	2	0,7	-	-
Função mental	1	0,5	-	-	3	0,7	-	-
Assistência no trabalho de parto e parto	-	-	153	71,8	-	-	-	-
Alta hospitalar	-	-	-	-	16	3,7	2	3,1
Redução de agravos	-	-	-	-	10	2,3	2	3,1
Trabalho	-	-	-	-	3	0,7	-	-
Prevenção de agravos	1	0,5	-	-	-	-	-	-
Área de Educação	-	-	-	-	1	0,2	-	-
Lazer	-	-	-	-	1	0,2	-	-
TOTAL	179	20,1	213	23,9	434	48,7	65	7,3

*Quantitativo de intervenção terapêutica ocupacional referente à área de desempenho, componentes e estrutura do corpo em cada fase de atuação. **Atividade de Vida Diária. ***Atividade Instrumental de Vida Diária. Fonte: Dados da autora.

Durante o estudo, as estratégias terapêuticas mais encontradas na fase do pré-parto foram as ações voltadas para o desempenho nas AVDs, como: orientação quanto às técnicas de conservação de energia fisiológica (33%), orientação da mobilidade funcional (25%), banho (12%) e vestir-se (12%). Quanto à abordagem psicossocial, foram realizados o apoio aos componentes psicossociais (25%), abordagens relativas ao processo de hospitalização (24%) e estimulação da construção do vínculo mãe-bebê (18%), bem como estratégia de educação em saúde envolvendo as principais temáticas: vias de parto (21%), fases do trabalho de parto (16%), assim como orientação e importância da amamentação (16%).

Foi identificado também que, durante a assistência no trabalho de parto e parto, foram oferecidas à mulher medidas não-farmacológicas para alívio da dor e estimulação do trabalho de parto por meio de: incentivo à deambulação (13%), técnica de respiração (12%), verticalização (11%), massagem lombo-sacral (10%), mobilidade pélvica na bola suíça (8%), banho relaxante (8%) e música (5%). No que se refere à abordagem psicossocial realizada durante as intervenções terapêuticas ocupacionais, estão: empoderamento e autonomia da mulher (33%) e apoio aos componentes psicossociais (valores, interesses, autoconceito, habilidades interpessoais, autoexpressão e autocontrole), representado em 29% dos registros; estímulo à construção do vínculo mãe-bebê (19%), e uso de estratégias por meio da educação em saúde com base na orientação sobre o trabalho de parto (81%), vias de parto (15%) e grupo com adolescentes parturientes (4%).

Na fase do puerpério imediato foram identificadas ações voltadas às AVDs, como: orientação da mobilidade funcional (13%), posicionamento no leito (13%), estimulação da deambulação (10%), orientação do banho (9%). Contudo, em relação às AIVDs, foram encontrados registros relacionados ao cuidado com o outro durante a amamentação (48%) e outros cuidados com o recém-nascido (32%) e organização da rotina (5%). No que se refere à abordagem psicossocial foram realizadas intervenções terapêuticas ocupacionais relativas à estimulação do vínculo mãe-bebê (47%), processo de hospitalização (13%) e apoio aos componentes psicossociais (11%).

Em outras situações ginecológicas/obstétricas foram encontradas ações relativas às AVDs, como: orientações do autocuidado (14%), banho (14%) e higiene pessoal (14%). Também foi revelada a abordagem psicossocial com ações de apoio aos componentes psicossociais (60%) e processo de hospitalização (40%), assim como a utilização de estratégia de educação em saúde, com as temáticas voltadas para gestação ectópica (55%), planejamento familiar (20%) e abortamento (10%).

4 Discussão

Durante o levantamento dos dados, pôde ser percebida a prevalência das intervenções terapêuticas ocupacionais à mulher na fase do puerpério, seguida do trabalho de parto, pré-parto e demais situações ginecológicas/obstétricas. Marques et al. (2016) afirmam que a atuação do terapeuta ocupacional junto à equipe multiprofissional propõe intervenções direcionadas à mulher no que se refere: ao desempenho ocupacional, à participação ativa durante o trabalho de parto, às medidas para alívio da dor, à humanização do processo de nascimento e ao estímulo da construção e fortalecimento do vínculo mãe-bebê-família.

O atendimento terapêutico ocupacional se configura como um espaço que permite à mulher e a seu acompanhante compreender questões referentes à gravidez, ao trabalho de parto, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido e vínculo mãe-bebê-família (Carvalho & Scatolini, 2013). Entende-se que a participação do acompanhante se faz necessária em todos os momentos, o qual pode transmitir segurança e contribuir efetivamente durante o trabalho de parto e pós-parto, e, por isso, sua presença no internamento é assegurada pela lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (Brasil, 2005), e que deve também ser um sujeito de cuidado do terapeuta ocupacional.

Na fase do pré-parto, a mulher é admitida no COB para estabilizar sua condição clínica, visto que é um momento marcado por alterações fisiológicas que visam a favorecer o desenvolvimento adequado da gestação. No entanto, há casos em que as gestantes são acometidas por morbidades prévias e/ou durante o período gestacional. Diante disso, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, sendo caracterizada como gestação de alto risco, o que implica a necessidade da assistência multiprofissional para propiciar o período gravídico-puerperal satisfatório (Brasil, 2010).

Quanto às estratégias terapêuticas para facilitar o desempenho das mulheres nas AVDs, no pré-parto, foi encontrado resultado semelhante no estudo de Nascimento et al. (2017), no qual foram avaliadas gestantes adolescentes, que apresentaram dificuldades na execução das AVDs vestir membros inferiores, higiene pessoal e mobilidade funcional. Tais achados se deram devido às alterações fisiológicas e biomecânicas comuns na gravidez, como o crescimento uterino, distensão da musculatura abdominal e aumento da largura da pelve (Aguiar et al., 2013). Estes são fatores que contribuem para a mudança na execução das ocupações, pois é visto que as tarefas necessitam de equilíbrio, disposição, esforço físico e mobilidade (Nascimento et al., 2017).

Marques et al. (2016) apontam que todas as intervenções terapêuticas propostas devem ser elaboradas mediante anamnese, avaliação, plano de tratamento e execução das estratégias, nos quais o profissional leva em consideração a singularidade da mulher, atuando por meio de recursos estruturados e orientações, visando ao desempenho funcional/ocupacional durante e após o período gestacional. Nesse processo, o terapeuta ocupacional gradua o uso de suas técnicas com relação ao desenvolvimento da pessoa, aos comprometimentos, ao potencial de recuperação e/ou à necessidade de abordagens de adaptação da atividade para torná-la independente funcionalmente (Crepeau et al., 2011).

Nesse sentido, o terapeuta ocupacional intervém de forma grupal e/ou individual para promover assistência humanizada, estimulação da participação ativa no processo de preparação para o desempenho da maternidade e independência no desempenho das AVDs, AIVDs, lazer, educação, trabalho, descanso e sono e participação social. Tais intervenções se dão por meio de estratégias terapêuticas, como: a inserção da gestante em atividades significativas; treino e técnicas de conservação de energia fisiológica durante execução das AVDs; estimulação das funções neuromusculares, relacionadas ao movimento e sensoriais; construção e fortalecimento do vínculo da díade mãe-bebê; estratégia de educação em saúde, dentre outras (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2015; Martins, 2019).

No que se refere à abordagem psicossocial, encontrada nos registros desta pesquisa, segundo Crepeau et al. (2011), o terapeuta ocupacional se apropria de tal abordagem com o objetivo de facilitar o enfrentamento e adequação ao internamento em todas as fases em que a mulher é assistida. Tais autores consideram, para a abordagem psicossocial, os valores, interesses, autoconceito, desempenho da função, conduta social, crenças, habilidades interpessoais e autoexpressão apresentados pelos sujeitos durante seu desempenho funcional, sendo o terapeuta ocupacional habilitado para avaliar, acolher e orientar tais aspectos.

Sobre o processo de hospitalização, fator muito ressaltado neste estudo, Cruz & Guarany (2015) apontam que os papéis ocupacionais podem ser rompidos quando a gestação se torna de risco, e que, muitas vezes, precisam de um período longo de internamento, deixando essas mulheres expostas a fatores estressantes. O mesmo se configura como um momento de conscientização sobre a situação clínica, que pode acarretar afastamento do suporte familiar e na vivência de conflitos entre a dependência funcional e a perda de autonomia. Dessa forma, o processo de hospitalização pode influenciar na integridade dos aspectos emocionais, sociais, físicos, culturais e até espirituais impostos pela gravidez, causando níveis variados de estresse e ansiedade individual e familiar.

Assim, o profissional considera a gestante como um ser holístico, e por isso visa a assisti-la integralmente, o que implica dizer que o terapeuta ocupacional não deve apenas intervir sobre o desempenho das AVDs e AIVDs, mas também atuar no estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente, com compreensão do contexto social, desejos, anseios, medos, habilidades e cultura. Com isso, busca-se o restabelecimento da mulher gestante como um ser biopsicossocial e espiritual a fim de alcançar um desempenho ocupacional satisfatório (Carvalho & Scatolini, 2013).

Outra intervenção frequentemente citada, no presente estudo, foi a estratégia de educação em saúde, sendo evidenciada em todas as fases no COB, sobressaindo-se nas fases do pré-parto e demais situações ginecológicas/obstétricas. Tal abordagem se faz relevante neste contexto, diante das diversas situações vivenciadas pelas mulheres, promovendo o aprendizado prático, preparando-as para lidar com acontecimentos relacionados à sua condição de saúde (Santos & Penna, 2009). D'Avila et al. (2018) corroboram com este achado, pois os autores desenvolveram um estudo com gestantes e profissionais de saúde, no qual foi realizada a construção e validação de um jogo educativo viável para a orientação e preparo de gestantes sobre as boas práticas na assistência ao processo de parir. Dessa forma, o pré-natal é um momento propício para o desenvolvimento de abordagens educativas, com orientações voltadas ao autocuidado, prevenção de agravos à saúde, cuidado com o bebê, promoção da autonomia e empoderamento materno, conhecimentos sobre os direitos reprodutivo e humanos, preparação para o processo da parturição, comunicação interpessoal e participação ativa da equipe de saúde neste cenário (Quadros et al., 2016; Qental et al., 2017).

Sobre a fase do trabalho de parto, Silva et al. (2011) e Ferreira et al. (2017) afirmam que o objetivo de toda a equipe multiprofissional neste período é promover conforto e satisfação para a mulher e seu acompanhante. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto natural, também conhecido como parto transpelviano, assim como a oferta adequada durante assistência

ao parto e nascimento, que incluem desde modificações ambientais até a realização de práticas não-farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Os autores supracitados indicam ainda que tais práticas causam menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê e podem permitir à mulher maior protagonismo nessa fase, favorecendo uma boa qualidade do nascimento.

O parto é vivenciado de diversas maneiras, de acordo com os aspectos históricos, culturais, e socioeconômicos de cada região do mundo, e o nascimento ocorria no contexto familiar, como parte natural do ciclo reprodutivo, sem a interferência de fatores externos, desde já, no entanto, com adoção de posições variadas pelas mulheres durante o trabalho de parto. Com o passar dos anos, o fazer intrínseco deu lugar para a tecnologia adquirida no meio acadêmico, com exclusão das parteiras e participação de profissionais especialistas, dentre eles o terapeuta ocupacional (Jornal Ventre, 1994 apud Carvalho & Scatolini, 2013).

Apesar de se entender que a mulher e sua família são protagonistas do momento do parto, com o decorrer dos anos e o aprofundamento científico, o parto deixou de ser um evento natural e passou a ter abordagem hospitalocêntrica e instrumentalizada, com diversas intervenções, como a episiotomia, ocitocina e aumento do número de partos por via cesariana (Brasil, 2017). Diante disso, buscando efetivar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa Rede Cegonha e Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que asseguram à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e reduzir a mortalidade materna e neonatal, o MS elaborou as boas práticas no parto, que preconiza a assistência qualificada à mulher no pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser composta pela equipe multiprofissional (Brasil, 2002, 2017).

Na fase do trabalho de parto, a dor é a principal queixa da parturiente, que pode levar à perda do controle emocional, constituindo um fator estressor e traumático capaz de levar a desordens mentais. Com isso, o manejo desse sintoma é realizado pela equipe multiprofissional por meio de práticas não-farmacológicas para o seu controle, que vêm sendo introduzidas na assistência à mulher nessa fase, de maneira efetiva. Tais ações compreendem técnicas de relaxamento por meio da respiração, banho de imersão ou chuveiro, utilização da bola suíça, aromaterapia, musicoterapia¹, massagem corporal, suporte emocional contínuo, verticalização da mulher e variedade de posições, entre outros (Lehuteur et al., 2017).

A respeito do relaxamento proposto pelas técnicas de respiração, Almeida et al. (2005) realizaram um estudo experimental com mulheres nas fases do pré-parto, trabalho de parto e pós-parto, e constataram que as técnicas de respiração e relaxamento adaptadas dos métodos psicoprofiláticos e Fernand Lamaze não reduziram a intensidade de dor, mas promoveram a manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo durante a parturição.

¹A musicoterapia apenas pode ser aplicada por profissionais especialistas na referida área. No entanto, o recurso musical pode ser utilizado por demais profissionais. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional se apropria da música como estratégia terapêutica para favorecer melhor desempenho ocupacional dos indivíduos, pois, foi evidenciado que a utilização da música proporciona maior participação das pacientes, favorece o vínculo entre paciente, acompanhante e equipe, aumentando também sua autoestima e diminuição da queixa algica (Barja & Barja, 2013). Isso colabora para uma evolução positiva durante a parturição, pois a música funciona como recurso relaxante e incentivador para a livre movimentação da mulher, levando em consideração sua singularidade.

No presente estudo, foi identificado durante a assistência do trabalho de parto e parto o uso de medidas para alívio da dor por meio da técnica de respiração, massagem lombo-sacral, estimulação do banho relaxante e uso da bola suíça. As intervenções descritas pelos terapeutas ocupacionais corroboram as recomendações do MS, as quais indicam que todos os profissionais devem ofertar à parturiente técnicas de analgesia e de relaxamento antes da aplicação dos métodos farmacológicos com objetivo de favorecer experiência positiva diante do nascimento, reduzindo sofrimento e traumas (Brasil, 2017).

No levantamento dos dados, foram registradas pelos terapeutas ocupacionais, em suas intervenções voltadas ao estímulo do progresso de TP, estratégias como mudanças posturais, verticalização, deambulação e mobilidade na bola suíça. Tais procedimentos são indicados pelo MS, o qual afirma que as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis durante o TP, a fim de favorecer o alívio da dor, assim como a descida e encaixe do feto no canal de parto (Brasil, 2017). A deambulação também é um método capaz de acelerar o TP, facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade, que, associada à mobilidade pélvica, aumenta a dilatação cervical e a descida fetal, promovendo maior tolerância à dor diante das contrações mais efetivas. Tais recursos atuam sobre o sistema sensorial da parturiente, o que pode melhorar a experiência do parto, com ressignificação do momento e manejo do autocontrole (Silva et al., 2017; Araújo et al., 2018).

A literatura refere dentre os recursos facilitadores do trabalho de parto, por exemplo, a bola obstétrica também denominada bola do nascimento ou suíça. Estudos comprovaram que a bola suíça é um recurso que favorece a adoção da postura vertical pela parturiente de forma confortável, sendo uma estratégia disponível à equipe para a promoção da livre movimentação da mulher durante o TP (Silva et al., 2011; Henrique et al., 2016; Araújo et al., 2018). A bola também se caracteriza como um recurso lúdico, que contribui na distração da parturiente, tornando o TP tranquilo e prazeroso. Este recurso, quando associado a outras técnicas, como a massagem e o banho de chuveiro, diminui a percepção da dor, promove o relaxamento físico e mental, participação ativa da mulher e do seu acompanhante, menor uso de anestesia peridural, menores duração do TP e índice de partos cesáreos (Henrique et al., 2016; Lehueur et al., 2017).

Contudo, a literatura científica demonstra ausência de consenso em relação ao momento de dilatação cervical mais apropriada para se indicar o emprego da bola suíça. Silva et al. (2011) avaliaram o uso do recurso por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher no TP, revelando que o momento efetivo para uso da bola suíça no trabalho de parto se deu durante dilatação cervical entre 4 a 7 cm., sendo mais prevalente quando a parturiente atinge 4 cm. Contudo, Oliveira & Cruz (2014) apontam que são necessárias mais pesquisas que sirvam como base para viabilizar a elaboração de protocolos para o uso da bola suíça pela equipe multiprofissional. Porém, em todos os estudos analisados, o que se percebe é que a indicação deve ser realizada quando a mulher atinge a fase ativa do TP, por trazer alívio da dor e facilitar o progresso do parto, visto que é nesse período que as contrações se tornam efetivas e dolorosas (Oliveira et al., 2012).

Diante disso, a fim de favorecer o desempenho satisfatório da mulher durante a parturição, a qual envolve a execução das funções mentais (afetiva, cognitiva, perceptual), sensoriais (visual, auditiva, tátil, propioceptiva, vestibular, dor, sensibilidade para temperatura e pressão) e neuromusculoesqueléticas (articular e óssea, muscular e de movimento), a Associação Americana de Terapia Ocupacional (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2015) refere que o terapeuta ocupacional tem habilidades técnico-científicas para avaliar e intervir sobre as funções e estruturas do corpo relacionadas ao sistema reprodutivo e de movimento. Assim, promove a qualidade ao nascimento, ampliando o significado do momento para a mulher e sua família.

Outra fase de intervenção ressaltada neste estudo é o puerpério, o qual é entendido como sendo a fase do pós-parto, que pode ser dividida em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (Vieira et al., 2010). É um período marcado pelo desempenho de um novo papel ocupacional, a maternidade, com repercussões no cotidiano da puérpera e de toda a família.

No presente estudo, as intervenções identificadas voltaram-se para o desempenho das AVDs, abordagem psicossocial e AIVDs. Sobre as AVDs, foram fornecidas orientações para a mobilidade funcional, posicionamento no leito, treino e técnicas de conservação de energia. Pelo fato de o serviço receber gestantes de alto risco, existem puérperas de pós-parto cesáreo e normal. Por isso, resultado semelhante foi encontrado no estudo de Medeiros & Marcelino (2018), no qual avaliaram mulheres no pós-parto cesáreo e relataram dificuldade das puérperas no desempenho independente das AVDs, em especial, banho, vestir-se, uso do vaso sanitário e mobilidade funcional no leito.

Medeiros & Marcelino (2018) afirmam, em seu estudo, que as dificuldades no desempenho das AVDs são esperadas no puerpério imediato, por diversos fatores consequentes ao processo da parturição, como, por exemplo, a queixa algica durante a mobilidade funcional. As autoras apontam que tais dificuldades podem ser atribuídas à via de parto, pois, a puérpera, após a cirurgia cesariana, apresenta maiores repercussões negativas no desempenho ocupacional quando comparada às mulheres de parto vaginal, por ser uma fase em que a mulher necessita da movimentação ativa para desempenhar suas atividades diárias e cuidar do recém-nascido (RN), estando sujeita a maior percepção de dor no local da incisão cirúrgica, interferindo diretamente na capacidade funcional e no desempenho da maternidade.

Ainda sobre a via de parto, Santos et al. (2016) avaliaram 106 puérperas no período pós-parto imediato de vias cesárea e vaginal e perceberam que, independente da via de parto, a mulher demonstra limitação funcional, contudo, foi percebida alteração significativa no pós-parto cesáreo. Os principais aspectos relacionados à mudança do desempenho citados foram os aspectos físicos (diminuição da amplitude de movimento articular e maior queixa algica) na execução da movimentação de tronco durante as atividades cotidianas, consequente à presença da incisão abdominal, que causa dor, dificulta a mobilidade da puérpera, interfere no autocuidado e na atenção ao RN.

No presente estudo, as AIVDs foram trabalhadas na maioria das fases de intervenção no COB, com destaque para o ato de cuidar do outro, por meio das orientações da amamentação e cuidados com o recém-nascido. A Associação Americana de Terapia Ocupacional classifica a AIVD como sendo as atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade que exigem do indivíduo

habilidades mentais mais complexas que as utilizadas nas AVD (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2015).

Sobre a AIVD no aspecto cuidar de outros, a atuação do terapeuta ocupacional, na assistência à mulher e ao RN, tem por finalidade possibilitar o desenvolvimento emocional e promover a saúde mental do binômio durante o período de hospitalização. São utilizadas diversas estratégias terapêuticas, a fim de auxiliar a mulher e sua família na obtenção de confiança e independência nos cuidados, que podem ter um efeito significativo no desenvolvimento do bebê, como as orientações sobre atividades básicas do RN (troca de fralda, banho, sono, rotina ocupacional). Assim, a mãe e seus familiares se tornarão mais seguros e capacitados para o cuidado com o bebê após a alta hospitalar (Dittz et al., 2006).

Os autores supracitados referem ainda que as ações estimuladas e desenvolvidas, junto com a família, incentivam a participação da mãe e de outros membros nos cuidados com o bebê, destacando-se a importância dessa participação para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê-família. Nesse cenário, a mãe pode ser incentivada a se comunicar com o bebê e a realizar o contato visual, pois é entendido que tal vinculação interfere diretamente no desenvolvimento neuropsicomotor da criança e na manutenção da saúde mental materna. Assim, a abordagem psicossocial por meio do apoio a esses componentes facilita o processo de hospitalização e vinculação com o RN.

No que diz respeito à amamentação, considerada AIVD, o terapeuta ocupacional, juntamente com a equipe multiprofissional, realiza atendimentos com o objetivo de informar, esclarecer as dificuldades e benefícios sobre o aleitamento materno para o binômio, oferta de medidas de conforto à puérpera, com orientação de posições e recursos adaptáveis, prevenindo agravos e queixas algícas, promoção da amamentação satisfatória e prazerosa, assim como a nutrição adequada ao RN (Dittz et al., 2006).

Por fim, foi identificada, no estudo em questão, a intervenção terapêutica ocupacional junto às mulheres acometidas com afecções ginecológicas ou obstétricas. As ações desenvolvidas foram direcionadas ao desempenho das AVDs por meio de orientações sobre o autocuidado, banho e higiene pessoal. A abordagem de educação em saúde com temas relacionados à gestação ectópica, planejamento familiar e abortamento também fizeram parte dos registros profissionais. Tal situação ginecológica e obstétrica apresentada no estudo ocasiona alguns procedimentos cirúrgicos, tratamento medicamentoso e vigilância clínica pela equipe multiprofissional. Por meio do acolhimento terapêutico ocupacional, que favorece escuta atenta e sensível às demandas, é possível identificar que os procedimentos cirúrgicos causam estresse e preocupação para a mulher e sua família, além de um quadro de dependência e de alterações funcionais nas fases pré e pós-operatórias. Diante disso, o terapeuta ocupacional atua objetivando o restabelecimento da capacidade funcional e adequação ao processo de hospitalização, por meio da educação da paciente, preparando-a para a cirurgia, e após, por meio da reabilitação, especialmente no que se refere à sua vida ocupacional, como o desempenho nas AVDs (De Carlo et al., 2004; Ferigato et al., 2018).

Nesta perspectiva, o profissional de terapia ocupacional contribui com esta população no enfrentamento às repercussões funcionais e psicossociais acarretadas pelo internamento, diagnóstico e tratamento, por meio do desenvolvimento de ações

voltadas para a promoção do desempenho satisfatório, prevenção de agravos e estratégias educativas, que quando empregadas adequadamente agem como potencializadoras do autocuidado, facilitando a tomada de decisão e resolução de problemas frente às circunstâncias vivenciadas pelas mulheres assistidas (Marques et al., 2016; Nascimento et al., 2017).

5 Conclusão

O campo de Saúde da Mulher se apresenta vasto quanto às possibilidades de intervenção, sendo o Centro Obstétrico um dos espaços investidos, onde o terapeuta ocupacional intervém com a mulher em diferentes fases do pré-parto, trabalho de parto, puerpério imediato, assim como nas demais situações ginecológicas e obstétricas. Nesse cenário, foi possível identificar as estratégias terapêuticas empregadas com a finalidade de favorecer o desempenho ocupacional dessa população, bem como a relevância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na assistência integral à mulher. Neste âmbito, a prática terapêutica ocupacional promove mudanças de paradigmas, tornando a mulher protagonista no desenvolvimento de suas ocupações em diferentes contextos e facilitando as ações de promoção ampliadas da saúde.

Diante da escassez de publicações científicas do referido tema, sugere-se a produção de mais estudos na área de concentração de saúde da mulher, a fim de ampliar o fazer terapêutico ocupacional com reconhecimento técnico-científico da população acadêmica e da sociedade em geral.

Referências

- Aguiar, R. S., Araújo, M. A. B., Costa, M. A., & Aguiar, N. (2013). Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Revista Cogitare Enfermagem*, 18(3), 527-531.
- Almeida, N. A. M., Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52-58.
- Araújo, A. S. C., Correia, A. M., Rodrigues, D. P., Lima, L. M., Gonçalves, S. S., & Viana, A. P. S. (2018). Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(4), 1091-1096.
- Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA. (2015). Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26, 1-49.
- Barja, P. M., & Barja, A. M. (2013). Prática musical conjunta como recurso terapêutico em saúde pública. In *Safety, Health and Environment World Congress (SHEWC'2013)* (pp. 1-4). Porto. Recuperado em 2 de abril de 2019, de http://www.ouvirativo.com.br/mp7/pdf/2013_SHEWC_Barja-Barja.pdf
- Brasil. (2002). *Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005, 7 de abril). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de

- parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Brasil. (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, A. F. C. T., & Scatolini, H. M. N. S. (2013). Intervenção da terapia ocupacional com gestantes. In A. F. C. T. Carvalho & H. M. N. S. Scatolini (Eds.), *Terapia ocupacional na complexidade do sujeito* (pp. 53-60). Rio de Janeiro: Rubio.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. (2013, 8 de julho). Resolução n° 429, de 8 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de terapia ocupacional em contextos hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em contextos hospitalares. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Costa, E. S. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(2), 86-93.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2011). Visão geral dos fatores pessoais que afetam o desempenho. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman: terapia ocupacional* (pp. 890-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cruz, J. A., & Guarany, N. R. (2015). Desempenho ocupacional e estresse: aplicação de manual de orientações e cuidados a gestantes de risco. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(2), 201-206.
- D'Avila, C. G., Puggina, A. C., & Fernandes, R. A. Q. (2018). Construção e validação de jogo educativo para gestantes. *Escola Anna Nery*, 22(3), 1-8.
- De Carlo, M. M. R. P., Bartalotti, C. C., & Palm, R. D. C. M. (2004). A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentação para a prática. In M. M. R. P. De Carlo & M. C. M. Luzo (Eds.), *Terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares* (pp. 3-28). São Paulo: Roca.
- Dittz, E. S., Melo, D. C. C., & Pinheiro, Z. M. M. (2006). A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 42-47.
- Ferigato, S. H., Silva, C. R., & Ambrosio, L. (2018). A corporeidade de mulheres gestantes e a terapia ocupacional: ações possíveis na Atenção Básica em Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 768-783.
- Ferreira, L. M. S., Santos, A. D. F., Ramalho, R. C. F., Alves, D. A., Damasceno, S. S., Figueiredo, M. F. E. R., Kerntopf, M. R., Fernandes, G. P., & Lemos, I. C. S. (2017). Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Revista Cubana de Enfermeria*, 33(2), 1-12.
- Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Cavalcanti, A. C. V., Melo, P. S., & Barbieri, M. (2016). Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 686-692.
- Lehueur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Rev Enferm UFPE*, 11(12), 4929-4937.
- Marques, R. K., Chaves, S. M., & Gonzaga, M. G. (2016). A importância da terapia ocupacional no pré-parto, parto e puerpério. *Multitemas*, (26), 108-122.
- Martins, A. B. (2019). *O olhar da terapia ocupacional para gestantes e mães/puérperas: prática em contexto hospitalar*. Florianópolis. Recuperado em 20 de março de 2019, de <http://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/O%20OLHAR%20DA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20PARA%20GESTANTES%20E%20MAES%20PUERPERAS%20>

%20PRATICA%20EM%20CONTEXTO%20HOSPITALAR%20-
%20LAIS%20ABDALA%20MARTINS%20(1).pdf

- Martins, L. A., & Camargo, M. J. G. (2014). O significado das atividades de terapia ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(2), 361-371.
- Medeiros, T. M. L., & Marcelino, J. F. Q. (2018). Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(1), 97-109.
- Nascimento, C. R. F., Marcelino, J. F. Q., Lousada, M. L. S., & Facundes, V. L. D. (2017). Ações de terapia ocupacional com gestantes na rotina diária. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 1(5), 556-573.
- Oliveira, L. L., Bonilha, A. L. L., & Telles, J. M. (2012). Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 573-580.
- Oliveira, L. M. N., & Cruz, A. G. C. (2014). A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(2), 175-180.
- Quadros, J. S., Reis, T. L. R., & Colomé, J. S. (2016). Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(4), 451-458.
- Quental, L. L. C., Nascimento, L. C. C. C., Leal, L. C., Davim, R. M. B., & Cunha, I. C. B. C. (2017). Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(Supl. 12), 5370-5381.
- Santos, P. L., Rett, M. T., Lotti, R. C. B., Moccellini, A. S., & DeSantana, J. M. (2016). A via de parto interfere nas atividades cotidianas no puerpério imediato? *ConScientiae Saúde*, 15(4), 604-611.
- Santos, R. V., & Penna, C. M. M. (2009). A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(4), 652-660.
- Silva, A. M., Silva, C. F. A., Barros, J. D. S., Lima, K. B. C., Lima, P. C., Maia, J. S., & Maia, L. F. S. (2017). Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Revista Recien*, 7(20), 70-81.
- Silva, L. M., Oliveira, S. M. J. V., Silva, F. M. B., & Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 656-662.
- Vieira, F., Bachion, M. M., Salge, A. K. M., & Munari, D. B. (2010). Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Escola Anna Nery*, 14(1), 83-89.

Contribuição dos Autores

Renata Maria da Conceição realizou a pesquisa e a redação do artigo. Janylle Silva de Brito e Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino colaboraram com o planejamento, discussão e revisão do texto. Eline Vieira da Silva participou da revisão do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Autor para correspondência

Renata Maria da Conceição
e-mail: renata_mariac@hotmail.com