

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Paola Bombassaro

**Atividade Física para Gestantes:
Sistematização de Conhecimentos e Tendências Atuais**

**Campinas
2007**



1290003813

TCC/UNICAMP
B639a
1290003813/FEF

Paola Bombassaro

**Atividade Física para Gestantes:
Sistematização de Conhecimentos e Tendências Atuais**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à Pós
Graduação da Faculdade de
Educação Física da
Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do
título de Especialista em
Atividade Motora Adaptada.

Prof. Dr. Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares
Orientador

Prof. Esp. Angela Nogueira Neves Betanho Campana
Co-orientador

Campinas
2007

Paola Bombassaro

**Atividade Física para Gestantes:
Sistematização de Conhecimentos e Tendências Atuais**

Este trabalho corresponde à versão final do Trabalho de Conclusão de Curso defendida por Paola Bombassaro e aprovado pela Comissão Julgadora em 20/04/2007

Prof. Dr. Maria da Consolação
Gomes Cunha Fernandes.
Tavares

Orientador

Prof. Esp. Angela Nogueira
Neves Betanho Campana

Co-orientador

**Campinas
2007**

Que este estudo abra portas para que todas as mulheres, principalmente aquelas que desejam ser mães ou que já são, possam vivenciar e entender a gestação de uma forma plena e completa, conhecendo a mulher por trás da gestante.

Primeiramente gostaria de agradecer às pessoas envolvidas nesse processo de forma direta. À professora Consolação, por compartilhar a experiência e conhecimento e ser paciente, acreditando no trabalho e dando vida a ele. À Angela, amiga dedicada, que não mediu esforços para me ensinar e garantir que daríamos o melhor de nós mesmas. À minha família, pela paciência nas horas de dedicação, pela espera de atenção e pelo carinho diário. Ao Fábio, companheiro, amigo e conselheiro que me ajudou a crescer com esse processo.

RESUMO

BOMBASSARO, P. **Atividade Física para Gestantes: Sistematização de Conhecimentos e Tendências Atuais**. 2007. 59 fls. Monografia (Especialização em Atividade Motora Adaptada). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

Palavras-chaves: gestante; atividade física.

É comum que a gestante tenha dúvidas a respeito de sua saúde de uma forma geral e, particularmente, sobre as adaptações que ocorrem durante a gravidez. Ao procurar informações sobre programas de atividade física, as mulheres se deparam com um universo de contradições e, nem sempre, conseguem ter suas necessidades atendidas dentro dos programas. O objetivo dessa pesquisa foi sistematizar os conhecimentos necessários e pertinentes a uma abordagem holística de gestantes na prática de atividade física e investigar se as propostas de exercícios têm se direcionado a suprir as necessidades da gestante enquanto mulher, seus anseios, dúvidas e vontades. Apresentamos como foco gestação na História, fisiologia materna, alterações psicológicas e programas de atividade física, para criarmos uma base teórica para o melhor entendimento das alterações que a mulher sofre nesse período. As pesquisas foram realizadas em fontes secundárias do acervo da biblioteca da faculdade de Medicina, da faculdade de Educação Física e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Utilizamos, nesta pesquisa, as palavras chaves “gestantes” e “gestação” combinadas com “história”; “fisiologia”, “emoção” e “atividade física”. Quanto aos programas de atividade física, realizamos uma pesquisa em fontes primárias para obter informações atuais. Definimos as palavras chaves *pregnant*, *pregnancy* combinadas, em todas as possibilidades, com *physical exercise*, *physical activity* e *gymnastic*, para uma revisão bibliográfica nas bases de dados *Medline*, *Scopus*, *Sport Discus* e *SciELO*, selecionando os artigos do período compreendido entre 1996 e 2006, nos idiomas inglês, francês, espanhol e português. Os artigos que atendiam aos critérios de exclusão foram retirados e realizamos a leitura sistematizada do material selecionado. Formamos quatro categorias temáticas para a análise do conteúdo: prescrição, riscos e benefícios, saúde do feto e equilíbrio emocional da gestante. Constatamos que há, atualmente, um consenso de que a atividade física na gestação é uma boa prática a ser prescrita, não tendo ainda, no entanto, sido definido todos os riscos. A preocupação com o bebê é uma constante, tanto nos ajustes agudos que a atividade física proporciona quanto nos efeitos a longo prazo – como o peso ao nascer. Há indícios de que o humor, a percepção do corpo e das mudanças que ocorrem também são mais bem percebidas pela gestante ativa. Esse estudo fornece aos profissionais de Educação Física e aos demais profissionais que lidam diretamente com a gestante uma visão sistematizada da atividade física, e holística da mulher gestante, podendo servir de base para um trabalho em direção a um melhor reconhecimento do corpo, do ritmo e das emoções, reconhecendo e fortalecendo a mulher *per se* e não somente a gestante.

ABSTRACT

BOMBASSARO, P. The woman in pregnancy: Thoughts concern physical activity purposes. 2007. 59 fls. Monografia (Especialização em Atividade Motora Adaptada). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

Key-words: pregnant women; physical activity.

It is common that pregnant women have doubts about their health in general, especially about adaptations during the pregnancy. Searching information of physical activity programs, the pregnant come across a lot of contradictions and, most of times, haven't their needs achieved. The aim of this study was to systemize the important knowledge to a pregnancy's global approach in physical activity and find if the purposes of physical activities for pregnant women are supplying her needs as woman, her doubts and wills. To support the thoughts concern physical activity for pregnant women, was developed a theoretical component about pregnancy in History, physiology, psychological changes in pregnancy and pregnant exercise programs. The research was made in Medicine college, Physical Education college and Humans Science and Philosophy institute. We used key words as *pregnant; pregnancy* combined with *history; physiology* and *physical*. About pregnant exercise programs, we did a bibliographic review in the database searching tools *Medline, Scopus, Sport Discus* and *Scielo* to know new informations. We determined the keywords *pregnant, pregnancy* combined in all its possibilities with *physical exercise, physical activity* and *gymnastic*. Was select articles published between 1996 and 2006 and written only in English, French, Spanish and Portuguese. The articles that were in the exclude criterions were taken off and we did a systemized read of the select material. Four thematic groups were created to make the subject analysis: prescription, risks and benefits, foetus health and pregnant emotional balance. We noticed that, nowadays, it is consensual that physical activity in pregnancy is a good direction, despite its benefits being not already dimensioned. The concern about the baby is constant, both in the acute settlements that physical activities provide and in long-term effects – like birth weight. There are evidences that the mood, the body and changes perceptions that happen are also better noticed by active pregnant women. This study provides to Physical Educators and professionals who deals directly with pregnant women a systemized vision of physical activity, and global of the pregnant woman, helping to create the base of a better work of a body recognize, rhythm and emotions, understanding and knowing the woman, not just the pregnant one.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
2 – JUSTIFICATIVA	2
3 – OBJETIVOS	3
4 – MATERIAL E METODOLOGIA	3
4.1 – <i>Delineamento da pesquisa</i> -----	4
4.2 – <i>Crerios de seleção do material bibliográfico</i> -----	6
4.3 – <i>Análises e interpretação dos dados</i> -----	6
5 – RESULTADOS	7
5.1 – <i>A gestao ao longo da história</i> -----	7
5.2. – <i>Alterações fisiológicas da gestao</i> -----	15
5.3 – <i>Alterações emocionais na gestao</i> -----	23
5.3.1 – <i>Primeiro trimestre</i> -----	24
5.3.2 – <i>Segundo trimestre</i> -----	28
5.3.3 – <i>Terceiro trimestre</i> -----	30
5.4 – <i>Programas de atividades físicas propostas para a mulher gestante</i> -----	32
5.4.1 – <i>A construo da prática de exercícios na gravidez</i> -----	32
5.4.1.1 – <i>Programas de exercícios propostos pela literatura: recomendações e prescrição</i> -----	36
5.4.2 – <i>O que dizem as pesquisas atuais</i> -----	45
5.4.2.1 – <i>Organização dos conteúdos que emergiram do estudo das pesquisas</i> -----	46
6 – DISCUSSÃO	52
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
8 – REFERÊNCIAS	56

1 - INTRODUÇÃO

A gravidez é a consequência da fecundação do óvulo por um espermatozóide gerando um zigoto. Após sua implantação no útero feminino, retirará dele seus nutrientes para poder se desenvolver e se tornar um novo ser (NETTO, 2004).

No entanto, gravidez não é só biologia. É também um período de mudanças e rupturas para a mulher. Cada uma é um universo, que reage de forma diferente aos diversos estímulos. Estas diferenças devem ser respeitadas e compreendidas em todas as fases da sua vida, inclusive e principalmente na gestação (MARQUES e DUARTE, 2000).

A atividade física para gestantes como um programa específico começou no século XX. Após enfrentarem tabus quanto a seus males e vencer os medos que a gestante proporcionava às pessoas que a assistiam, os exercícios são incorporados à sua vida (ARTAL e WISWELL, 1999).

Dois temas de pesquisa podem ser delineados a respeito da mulher gestante que pratica exercícios físicos. O primeiro é a respeito da especificidade dos programas de atividade física: mesmo considerando as alterações fisiológicas da gestante para prescrição de exercícios, ainda não se tem totalmente determinadas as adaptações provocadas e os riscos envolvidos. A falta de pesquisas que comprovem os riscos e benefícios do exercício na gravidez ainda gera insegurança na sua prescrição.

Outro ponto importante que é normalmente esquecido no trabalho com gestantes são as alterações emocionais. Estas são conhecidas, mas o suporte que a mulher necessita não é incorporado na prática das atividades. No

trabalho com gestantes, não se pode esquecer que, antes de tudo, ela é mulher. A sua identidade emocional e social também devem ser respeitadas e trabalhadas.

Considerando este quadro, este trabalho visou refletir sobre as atividades físicas propostas para a grávida e investigar as tendências atuais de pesquisa – verificando se as propostas de exercícios atendem a mulher, e não só a gestante.

2 - JUSTIFICATIVA

Na nossa atuação profissional, orientando mulheres em processo de gestação, vemo-nos com a necessidade de atender às expectativas das alunas, que transcendem os aspectos inicialmente físicos pelos quais somos procuradas. Estas, que normalmente se situam entre condicionamento físico, amamentação e facilitação do parto, são acrescidos, no decorrer da prática por anseios com relação a outras questões não necessariamente gestacionais, como identidade pessoal e a mulher em si – ser social e emocional.

Ao procurar informações que dêem melhor embasamento para a atuação, percebemos que o conhecimento estava fragmentado. Essa característica dificulta a reflexão do profissional, não permitindo o aprofundamento do tema.

Decidimos fazer desta pesquisa uma organização dos conhecimentos pertinentes à mulher nesse período. Desta forma, pretendemos contribuir com o trabalho de intervenção nesse público e também suprir nossa demanda de conteúdo.

3 - OBJETIVOS

O objetivo dessa pesquisa foi sistematizar os conhecimentos básicos e pertinentes a uma abordagem holística de gestantes na prática de atividade física e investigar se as propostas de exercícios têm se direcionado a suprir as necessidades da gestante enquanto mulher, seus anseios, dúvidas e vontades.

4 - MATERIAL E METODOLOGIA

Desenvolvemos nosso estudo através da análise e interpretação de dados obtidos em fontes primárias e secundárias. As fontes secundárias – livros – nos forneceram o que havia de conhecimento consolidado na área. Para embasar nosso entendimento da mulher gestante de uma forma holística, utilizamos como foco:

- gestação na História e cultura ocidental;
- alterações fisiológicas da gestante;
- alterações emocionais da gestante;

Em seguida nos focamos a descrever os programas de atividade física para gestantes, já praticados e descritos em diversos livros, o que nos possibilitou delinear um grande quadro, para compreendermos a organização atual dos programas de atividade física atuais.

Ainda sobre os programas de atividade física para gestantes, realizamos uma busca nas fontes primárias – artigos e ensaios. As informações de pesquisas atuais – os últimos 10 anos – nos forneceram informações sobre as

tendências de pesquisa e sobre o quanto da mulher gestante é considerado durante as atividades – se apenas o aspecto físico ou não.

4.1 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

Inicialmente, fizemos uma pesquisa em fontes secundárias que estivessem relacionadas com o tema proposto, ou seja, que abordassem temas como a gravidez na História, fisiologia do corpo materno, psicologia e propostas de atividades físicas para a gestante. Recorremos ao acervo da biblioteca da faculdade de Medicina, da faculdade de Educação Física e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas para obter livros que tratassem de nosso assunto. Combinamos as palavras “história” e “gestante”; “história” e “gestação” para obter material a fim de desenvolver o primeiro foco da pesquisa; “fisiologia” e “gestante”; “fisiologia” e “gestação” para o segundo foco; “emoção” e “gestante”; “emoção” e “gestação” para o terceiro foco e “atividade física” e “gestante”; “atividade física” e “gestação” para o quarto foco da pesquisa. Não havia aqui uma pretensão de esgotar o assunto, nossa preocupação era esboçar um grande quadro com a gestante como personagem principal. Todos os livros encontrados foram avaliados. Foram lidos e trazidos a esse estudo os que contribuíram de uma forma mais significativa aos temas desenvolvidos. A autora usou também de alguns livros de sua biblioteca particular, por serem obras atualizadas e de autores de reputação no meio.

Especificamente ao quarto tema de nossa pesquisa – atividade física – utilizamos as fontes primárias para analisarmos as pesquisas atuais. Assim, fizemos uma pesquisa nas bases de dados Scopus, Medline, Scielo e Sport Discus com as palavras chaves *pregnant*, *pregnancy* combinadas em todas as possibilidades com *physical exercise*, *physical activity* e *gymnastic*, ou seja, “*pregnant*” and “*physical exercise*”; “*pregnant*” and “*physical activity*”; “*pregnant*” and “*gymnastic*”; “*pregnancy*” and “*physical exercise*”; “*pregnancy*” and “*physical activity*”; “*pregnancy*” and “*gymnastic*” com o propósito de identificar as tendências de trabalho atuais. Especificamente na base Scielo, que é latino-americana, usou-se as palavras chaves *gravidez*, *grávida*, também combinadas com *exercício físico*, *atividade física* e *ginástica* – “*gravidez*” and “*exercício físico*”; “*gravidez*” and “*atividade física*”; “*gravidez*” and “*ginástica*”; “*grávida*” and “*exercício físico*”; “*grávida*” and “*atividade física*”; “*grávida*” and “*ginástica*”.

Após esse levantamento, o material foi estudado através da realização de fichamentos, que visaram abranger todas as informações relevantes para o estudo da gestação e da gestante no contexto da atividade física, bem como sínteses das principais idéias de cada texto pesquisado. Marconi e Lakatos (1988) definem este tipo de fichamento como de “resumo ou de conteúdo”, não possuindo julgamentos pessoais ou de valor. Paralelamente à realização dos fichamentos elaboramos um fichário de sínteses pessoais constando reflexões e críticas à condução/prática da atividade física na gestação.

4.2 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Todo o material encontrado nas bases de dados a partir da pesquisas dos descritores *“pregnant” and “physical exercise”*, *“pregnant” and “physical activity”*, *“pregnant” and “gymnastic”*; *“pregnancy” and “physical exercise”*, *“pregnancy” and “physical activity”*, *“pregnancy” and “gymnastic”*; *“gravidez” and “exercício físico”*, *“gravidez” and “atividade física”*, *“gravidez” and “ginástica”*; *“grávida” and “exercício físico”*, *“grávida” and “atividade física”*, *“grávida” and “ginástica”* foram inicialmente incluídos.

Foram por sua vez excluídos os que apresentavam:

- Pesquisa realizada com animais;
- Patologias associadas à gestação;
- Pesquisa realizada no período de pós-parto ou pré-gravidez;
- Atividades que não sejam consideradas do domínio da Educação Física - como terapias manuais;
- Artigos em idiomas que não português, inglês, espanhol e francês.

4.3 - ANÁLISE DOS DADOS

Fizemos uma leitura inicial de todo material, construindo uma idéia global do assunto pesquisado.

A seguir destacamos os principais temas estudados, e separamos os artigos e livros em grupos temáticos. Analisamos os dados de cada grupo em separado, explorando os pontos em comum e ambigüidades entre eles e entre as informações das fontes secundárias.

A seguir, relacionamos as informações de cada grupo temático, descrevendo sua posição perante a mulher gestante inserida em uma atividade física.

Por fim, desenvolveu-se nossa reflexão pautada nessas informações e em nossa realidade da ação profissional.

5 - RESULTADOS

Os itens relacionados à gestação ao longo da História, alterações fisiológicas da gestação e alterações emocionais foram aqui comentados a fim de esclarecer e apresentar a mulher como um todo, e assim, permitir que o profissional a aborde de forma holística, considerando-a como um ser com um papel construído socialmente, perante uma série de mudanças e ajustes pessoais – emocionais e fisiológicos.

5.1 - A GESTAÇÃO AO LONGO NA HISTÓRIA

A visão que o nosso tempo possui da gestação deriva de todo o conjunto de conhecimentos a respeito de fisiologia, de psicologia e dos próprios aspectos sociais em que a maternidade participa hoje. Este “hoje” é fruto de relações estabelecidas ao longo dos séculos, e é compreensível que, em outros períodos históricos a relação que os indivíduos mantinham com a gestação fosse diferente. Veremos que “engravidar” mudou de valor e significado. A compreensão dessa mudança é útil para se entender o valor que a gestação tem hoje: de escolha, de ser mais um papel da mulher, e não o único.

Na pré-história, o papel do homem na procriação não era reconhecido. Acreditava-se que os filhos eram frutos exclusivos das mulheres, e por isso, as sociedades se organizavam de forma matricêntrica e matriarcal, na qual os homens se ligavam aos grupos por ascendência materna. Cinco mil anos antes da nossa era ainda eram encontradas estatuetas da Deusa-Mãe, de quadris largos e seios volumosos, algumas vezes retratada no ato do parto. Essa é uma representação de como as mulheres eram vistas por milhares de anos, em contrapartida às representações do homem caçador e criador de animais (RZEZINSKI et al, 1997).

Caminhando dois mil anos adiante, ainda na pré-história, os papéis começaram a se modificar. O homem foi reconhecido como responsável pela sua descendência, o sêmen revela-se imprescindível para a fecundação e a sociedade passa a ser patrilinear. Surgiu a figura do homem guerreiro, portador de terras, provedor do grupo que vê com horror a possibilidade de passar suas conquistas para filhos não seus. Surge o controle da sexualidade feminina e a sua desvalorização (RZEZINSKI et al, 1997).

Esta mudança de papéis, ou melhor, a separação de papéis de homens e mulheres se apresentou de forma marcante a partir da antiguidade. Segundo Funari et al (2003), nas representações do antigo Egito as mulheres são mais comumente retratadas exercendo funções como tecelagem e fabricação de pão, diferente dos homens que aparecem nas atividades agrícolas. A mulher sempre foi a governadora do lar, a responsável pelo bem estar da família, educação dos filhos, conforto e tranquilidade domiciliar do marido. Dentro destas funções, a procriação passa a ser uma necessidade primária, que garantiria para a mulher sua ligação indissolúvel com este meio.

Na Grécia antiga, a mulher, após o matrimônio, logo tornava-se mãe, e essa transformação era algo natural, derivado da sua natureza, intrínseca na sua existência como fêmea (FUNARI et al, 2003).

As princesas romanas - mulheres dos imperadores, geravam herdeiros reais, e assim, tornavam-se mães de futuros imperadores, dando-lhes uma posição de destaque no Estado (FUNARI et al, 2003). Assim, a gravidez lhes garantiria a vida palaciana, com direitos maiores que de outras mulheres da plebe, tornando assim, a vida de mulher-mãe uma das poucas maneiras de ser respeitada enquanto mulher, inclusive sob a perspectiva da antiga religião romana, na qual se tornavam objeto de veneração.

Com a expansão do cristianismo, a partir dos séculos II-III d.C. o poder eclesiástico veio a se somar à estrutura política tradicional. Sua esfera de poder era a de controle moral. Para isso, ditavam regras sobre todas as esferas do comportamento social, inclusive casamento, virgindade, flagelação corporal. Estas regras estavam de acordo com o texto dito sagrado, a Bíblia, interpretado convenientemente de forma a manter a estrutura de poder (SCHMITT-PANTEL, 2003).

"E à mulher Ele disse: Tornarei penosa a tua gravidez, e entre penas darás à luz teus filhos. Contudo, sentir-te-às atraída para teu marido, mas este te dominará." (Gen. 3, 16).

Na Idade Média a gestante era tratada com descaso, sem nenhuma atenção em especial. A diferença de classes entre as mulheres - camponesas ou da realeza, não garantia nenhum tratamento diferenciado (LE GOFF, 2006).

"São Luís, por exemplo, leva sua mulher consigo às cruzadas, durante a qual ela dá à luz em pleno período de guerras. A atenção dada à gravidez é tão frágil, que quando ele é feito prisioneiro pelos egípcios e sua mulher obtém o resgate para comprá-lo de seus raptos, está grávida de 8 meses. Um episódio da vida da mulher de seu filho e sucessor Filipe, o Ousado, que seguiu o marido na última cruzada de São Luís em Cartago, confirma esse interesse. Quando seu marido tornado rei volta para a

França, ela, grávida, o acompanha em seu retorno, que faz por terra, com exceção da passagem da Tunísia para a Sicília. E na Calábria, quando atravessa a cavalo uma torrente avolumada pelas chuvas, ela cai morta, assim como a criança que carrega. Portanto, não há um cuidado particular com a mulher grávida de classe alta, como também não há com as camponesas, que continuam a trabalhar durante a gravidez" (LE GOFF, 2006: 100).

Segundo Kniebihler e Fouquet (apud MALDONADO 1984), Eva, a primeira mulher, dificilmente era pensada como mãe, mas sim como a mulher pecadora responsável pela expulsão do paraíso. O versículo do Gênesis resume o papel da mulher no período de dominação social/cultural da Igreja: submissa ao marido, responsável pela prole - era sua a responsabilidade pela saúde, doença e sexo dos filhos. O pecado da carne se escrevia no seu corpo quando estava grávida. Assim, até que surja uma alternativa filosófica ao idealismo cristão – o que ocorre com o materialismo de Marx, no século XIX – a posição das mulheres no conjunto social da sociedade ocidental e a visão de como é a gestação está justificada na própria palavra dita divina.

As informações dos períodos anteriores ao século XVIII, não são muito abundantes. A individualidade, a oposição do privado ao público e a noção de intimidade surgem, por assim dizer, com a ascensão cultural e política dos burgueses, em especial a partir dos séculos XVIII e XIX, como fica refletido artisticamente no movimento romântico. É apenas a partir daí que se pode pensar numa compreensão dos aspectos subjetivos da gestação, bem como de uma reflexão psicológica a respeito deste tema.

Na América Anglo-saxônica do século XVII e começo do século XVIII, a linguagem utilizada para a referência às gestantes revela, no momento histórico da revolução Americana, algumas mudanças intelectuais, sociais e econômicas. Palavras como “frutífera”, “prolífera” e “abundante”, resgatadas da economia agrícola do período, passaram a ser utilizadas pelas mulheres como

alternativa sensível, criando uma visão mais "orgânica" de uma vida de partos, rejeições e obrigações canônicas. A mulher americana, entre 1760 e 1820, se adaptou a Revolução da Independência Americana desenvolvendo auto-controle, sensibilidade, equidade e outras numerosas ferramentas para se recriarem fisicamente e remodelarem seu papel social (KLEPP, 1998).

Os primeiros relatos sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino são dos hebreus e dos egípcios. Eles já realizavam exames para o diagnóstico da gravidez, além de utilizarem determinadas posturas para o parto. Na Grécia antiga foram encontradas descrições da genitália externa feminina e posicionamento fetal no útero (MIRANDA e ABRANTES, 1986). Mas é na segunda metade do século XVIII, que novos estudos começam a ser feitos na área da obstetria. Dois Atlas foram publicados com ilustrações do corpo feminino dissecado. Um deles, intitulado "*A Sett of Anatomic Tables*" foi escrito por William Smellie em 1754. Outro, chamado "*Anatomia uteri humani gravidi tabulis illustrata*", escrito por William Hunter, foi publicado em 1774. Estes livros promovem uma contribuição substancial para a reformulação epistemológica dos partos como preferencialmente clínicos, e não mais domiciliares. Assim sendo, a transferência dos cuidados, no momento do parto, do ambiente doméstico para uma perspectiva científica, não é um produto singular da nossa era, mas sim, uma história complexa enraizada no século XVIII. Outros livros auxiliados por estes surgem, dentre eles o chamado "*The Birth of the Clinic*", de Michel Foucault, sugerindo que a gravidez e o parto devem ser considerados clinicamente. É nessa mesma época que surgem "parteiros" do sexo masculino, antes inexistentes, abrindo portas para o surgimento da obstetria como uma especialidade médica. É importante notar que mesmo o corpo

feminino tendo sido incluso na área científica, a mulher não é incluída como um todo, e sim como reprodutora, reflexo do domínio masculino (MASSEY, 2005).

Sob o aspecto social e privado, segundo Teixeira (1999), o período entre o final do século XVIII e XIX é um momento de novas possibilidades tanto de transformação quanto de não-aceitação, permitindo não a supressão dos valores e sim sua reformulação. Essa mudança de valores pode ser entendida como alterações sociais e cotidianas que afetam a vida de uma determinada região afetando principalmente as relações pessoais. As relações familiares, matrimoniais e maternas deixam de ser predeterminadas e passam a trilhar caminhos individuais. A escolha pela maternidade passa a ser pessoal, fazendo parte ou não dos projetos pessoais.

Durante o Iluminismo, a medicina segue os discursos de Rousseau – um dos maiores pensadores do Século XVIII – sobre a importância do amor materno e do vínculo afetivo entre mãe e filho. Com os trabalhos de Des Essartz começa o processo de culpa materna, tornando-se crime a recusa em amamentar e tentativas abortivas (MALDONADO, 1984).

Apesar dessas mudanças de âmbito privado, na parte profissional, a divisão do trabalho ainda é fortemente sexual, subordinando as mulheres à vida doméstica (GIDDENS apud TEIXEIRA, 1999).

O papel da mulher ocidental não sofre grandes mudanças cívicas. No entanto, esta passa a ser mais valorizada enquanto mãe e esposa, une-se em matrimônio por amor ao futuro cônjuge, representa o papel de companheira do homem, santificada pelo amor incondicional de mãe, sacrificada pelos cuidados do marido e dos filhos (BANDINTER apud TEIXEIRA, 1999) .

O contraponto desse movimento está no Japão, durante a era Meiji. De acordo com o código civil promulgado em 1899, todos os casamentos deveriam ser formalmente arranjados pelas famílias. Uma vez casada, a mulher deixa a sua família para assumir a família do marido. Seu dever mais importante é dar a luz um herdeiro para esta família ao qual pertence agora, caso isso não ocorresse em um período de três anos pós-matrimônio, o divórcio seria esperado. Essa condição só vem a ser alterada com a nova constituição japonesa de 1947, na qual o casamento fica a critério dos noivos, o sistema familiar torna-se democrático assim como a decisão de ter ou não filhos e quantos (MIYAJI e LOCK, 1994).

Muitas mulheres dos séculos XVIII e XIX começaram a restringir o tamanho de suas famílias, fugindo das tradições e até mesmo questionando ainda se isso afetaria seus interesses, no entanto, a prudência no planejamento familiar passa a ser uma constante neste período, já nos mostrando indícios do surgimento de novas contestações femininas que ganhariam força no século seguinte (KLEPP, 1998).

Esse processo de mudança ganha consistência no século XX, mais precisamente a partir das décadas de 50 e 60. A modificação na situação da mulher – que deixa de ter sua existência guiada e valorada pela procriação – se faz presente. A partir destas décadas, ocorre um estímulo governamental para que exista um controle de natalidade, já que a população crescia rapidamente e pairava o medo da escassez de subsídios alimentares e monetários. Movimentos contraculturais como os *Hippies* – o amor livre – e a invenção da pílula anticoncepcional permitem a libertação sexual da mulher, que antes era reservada ao homem. Esses novos pensamentos se somam aos

interesses das mulheres, que já se encontravam com gana de entrar mais efetivamente no mercado de trabalho, do qual tiveram que cuidar nos períodos de guerra. Durante a Segunda Guerra Mundial, principalmente na América do Norte, com os homens em campos de batalha, as mulheres começaram a ocupar postos de trabalhos masculinos. Essa “contribuição” para a vitória sobre o nazismo ajudou na queda do preconceito contra o trabalho feminino (RIECHELMANN, 1997).

Na década de 1970, entre as rápidas alterações sociais que se praticaram na sociedade ocidental, ocorre o movimento feminista, no qual as mulheres lutam pelos seus direitos, pela sua emancipação em relação à subordinação que ainda vigorava.

“A literatura revela, à partir dos anos 70, que um número crescente de mulheres estão optando por adiar o casamento e a procriação e múltiplos fatores têm contribuído para isso: prática anticoncepcional cada vez mais difundida; atividade profissional da mulher e retardamento na sua formação e capacitação profissional; casamentos tardios ou novas uniões; preocupação em conseguir uma situação financeira condizente com a responsabilidade que representa a criação dos filhos.” (PARADA e PELÁ, 1999: 58).

No final da década de 1970, são introduzidos aos consumidores americanos os testes domiciliares de gravidez, também conhecidos como testes de farmácia. Este tipo de produto mostra parte de uma revolução, de um movimento em favor da saúde da mulher, na qual ela assume o controle do “conhecimento” do que se passa com seu corpo antes mesmo dos médicos. A gestante passa a tomar decisões sobre o que fazer e como encarar a gestação, sente-se mais segura com o controle do seu corpo nas mãos (LEAVITT, 2006).

“... diversas formas de forças sociais (movimentos feministas, agilização dos meios de comunicação, ondas de democratização em antigas ditaduras, avanços médico-tecnológicos, neoliberalismo,

globalização da economia, etc...) resultaram no perfil de uma nova mulher. A mulher atual vê diante de si o mundo, contrastando com a mulher tradicional que sempre teve diante de si apenas o lar.” (RIECHELMANN in ZUGAIB; TEDESCO e QUAYLE, 1997: 45).

Apesar das várias mudanças que a relação entre mulher, homem e filhos sofreu no decorrer da história, gerar ainda é a contribuição que só as mulheres podem dar para o mundo (RIECHELMANN, 1997). O como gerar, é uma contribuição do mundo à mulher.

5.2 - ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Quando a mulher engravida, várias alterações ocorrem em seu corpo antes mesmo que ela perceba que está grávida. As alterações nos órgãos reprodutivos, alterações renais, cardiovasculares, gastrointestinais, metabólicas, respiratórias, endócrinas, dermatológicas e músculo-esqueléticas configuram-se como as principais ocorrências do período gestacional e serão abordadas nesse item.

O útero é o órgão que vai abrigar o bebê durante os nove meses gestacionais. Assim que ocorre a concepção, o colo começa a sofrer edema e hipertrofia de suas glândulas, gerando amolecimento e alteração da coloração local. Ocorre ainda um aumento da produção de muco e este forma o chamado tampão mucoso com função de proteção. Essas alterações levam ao “fechamento” do colo uterino para a acomodação fetal (NETTO, 2004).

O aumento de tamanho do útero se deve à hipertrofia das células musculares e ao aumento dos vasos sanguíneos, principalmente nas primeiras 20 semanas de gestação. O seu peso segue aumentando durante toda a gestação em decorrência dessas hipertrofias musculares e vasculares e do desenvolvimento fetal. Mais perto do final da gestação as paredes uterinas

começam a diminuir sua espessura para que o feto ganhe espaço (STEPHERSON e O'CONNOR, 2004). É no útero que se desenvolve a placenta, órgão formado a partir de membranas fetais e mucosa uterina que será a responsável pelas trocas fisiológicas entre a mãe e o feto.

As contrações uterinas começam ainda no primeiro trimestre de gestação, são contrações tóxicas, irregulares e indolores. As contrações de Braxton-Hicks ocorrem a partir do segundo trimestre de gestação e são caracterizadas por serem tóxicas – isto, é localizadas – arritmicas, de intensidades variadas – na maioria das vezes intensa – e percebidas pela gestante em alguns momentos. São essas mesmas contrações que irão se intensificar gradativamente até se coordenarem para o trabalho de parto (NETTO, 2004).

A vagina aumenta tanto em comprimento quanto em largura pois ocorre uma hipertrofia das suas células musculares. A secreção vaginal também aumenta devido ao aumento da atividade glandular e este se encontra com o pH diminuído, tornando a região mais ácida. A coloração se torna arroxeadada devido ao aumento da circulação que provoca uma congestão local.

Logo no início da gravidez, a mulher sente a mama mais dolorida, com a sensibilidade aumentada. Por volta do segundo mês gestacional, a ação hormonal da progesterona, do estrógeno e da prolactina, aumenta o suprimento sanguíneo assim como o volume glandular para a produção de leite, formando também os ductos e os seios lactíferos, aumentando assim, o volume total da mama (NETTO, 2004). A mama cresce, em volume glandular, durante toda a gestação (SANTANA, 2003). A auréola escurece e surgem pequenas pápulas responsáveis pela produção sebácea chamada de *tubérculo*

de Montgomery. A mama também inicia a produção de colostro, que poderíamos chamar de uma substância pré-leite (NETTO, 2004; SANTANA, 2003).

A ação da aldosterona provoca o aumento do volume sanguíneo, que pode atingir valores em torno de 30 a 50% a mais do volume normal por volta da trigésima semana gestacional (ARTAL e WISWELL, 1999; NETTO, 2004).

O débito cardíaco aumenta por volta da décima semana gestacional. É uma resposta sistêmica à pressão arterial normalmente diminuída e ao volume sanguíneo aumentado (NETTO, 2004). Os valores do débito cardíaco podem aumentar de 40 a 50 % (ARTAL e WISWELL, 1999). A pressão arterial sofre influência da progesterona, prostaglandina e estrógeno, que atua na resistência periférica, e se encontra diminuída durante toda a gestação (NETTO, 2004). De acordo com Stephenson e O'Connor (2004), o máximo do débito cardíaco é atingido por volta da vigésima oitava e trigésima segunda semana gestacional atingindo valores de até 50% acima dos normais não-gravídicos. No final da gravidez, quando a gestante assume a posição em decúbito dorsal ou lateral, ocorre a compressão da veia cava inferior o que dificulta o retorno venoso aumentando o débito cardíaco, isso é conhecido como *Síndrome da veia cava*.

Segundo Stephenson e O'Connor (2004), a frequência cardíaca materna aumenta uma média de 10 a 15 batimentos por minuto (bpm) em relação ao seu estado anterior à gravidez. Já para Artal e Wiswell (1999), a frequência cardíaca de repouso pode aumentar 20 % do seus valores normais anteriores à gestação.

Os rins apresentam sua função aumentada devido ao débito cardíaco maior. Esse fluxo sanguíneo elevado nos rins leva à maior filtração glomerular

provocando nefromegalia - aumento do glomérulo em volume (PASCOAL, 1998). A maior quantidade de urina acrescida pela posição que a bexiga assume para a acomodação uterina, aumenta a frequência mictúria da gestante, uma queixa comum principalmente no final da gestação (HANLON, 1999 apud SANTANA, 2003; PASCOAL, 1998).

No sistema digestivo, as alterações mais comuns são náuseas, vômitos e dificuldades de evacuação. Esses desconfortos são comumente causados pela ação da progesterona, que diminui o tônus muscular de todo o sistema, diminuindo o peristaltismo, provocando "atraso" no fluxo digestivo (FIEWSKI, 2002). Além disso, esse hormônio atua liberando maior quantidade de suco gástrico, provocando o refluxo. O estômago ainda sofre alterações mecânicas pelo aumento do útero, levando-o a assumir uma posição mais elevada. Essas alterações podem gerar *hérnia de hiato*, patologia que ocorre em 20% das gestantes. Com a diminuição da frequência de evacuação e a diminuição do tônus da musculatura intestinal podem surgir *hemorróidas* (NETTO, 2004).

Algumas gestantes se queixam do aumento de cáries e periodontites, mas não há nada que relacione a gestação ao aumento dessas ocorrências dentárias. As gengivas sofrem edema decorrente do aumento do volume sanguíneo e da ação hormonal, gerando maior irritação e sangramentos, caracterizando a *gengivite gravídica*. A produção excessiva de saliva, também conhecida como *ptialismo* pode ter um componente neurológico associado como hiperestimulação do nervo vago e alguns ramos do nervo trigêmeo (NETTO, 2004).

O ganho de peso aproximado é de 9 a 13 Kg. Esse peso extra se deve a estruturas como a placenta e as mamas e ao feto em formação, além do aumento das reservas de gordura e proteínas (NETTO, 2004).

A retenção hídrica é um quadro comum e normal na gestação. Apresenta-se na forma de edema de membros inferiores e das extremidades. Isso é devido ao aumento da retenção de sódio, que altera a osmolaridade das membranas e permite o acúmulo de líquido. A *pré-eclampsia* é uma condição anormal que se manifesta quando a retenção hídrica se associa ao quadro de pressão arterial aumentada e excreção de proteína pela urina. Vale ressaltar que a pressão arterial aumentada durante o trabalho de parto é considerada normal (NETTO, 2004).

O consumo de proteínas pela gestante deve ser maior do que o normal, já que o organismo pede maiores quantidades de aminoácidos para a construção tecidual, não só do feto em formação, mas da placenta, útero, mamas entre outros tecidos (NETTO, 2004). O maior gasto energético promove o aumento do consumo calórico diário total em 150-300 Kcal, considerando a gestante que não está fazendo dieta alimentar (GALVEZ, 1999).

A ingestão de ácido fólico, conhecido também como vitamina B9, deve ser incentivada na gestação e antes dela – se possível – para prevenir mal formações congênitas. Dentre as principais deformidades estão a malformação do tubo neural, lábio leporino e fenda palatina, malformações cardíacas e do sistema renal (NASSER et al, 2005).

Quanto aos minerais, o sódio está em maior quantidade no organismo materno por fatores como o aumento do líquido amniótico e retenção hídrica. O cálcio é utilizado pela musculatura para a realização da contração uterina e,

por isso, ainda está diminuído no período anterior ao parto. A necessidade do consumo de ferro pela grávida está aumentada já que o número de eritrócitos também está maior. Caso a gestante não consuma o suficiente para suprir esta necessidade ela pode apresentar *anemia ferropriva*, levando até ao aborto ou ao trabalho de parto prematuro (GALVEZ, 1999; NETTO, 2004).

O nível de todas as gorduras também está aumentado. O colesterol e os triglicérides chegam a aumentar mais de 50% dos valores normais. Após o parto as taxas de gorduras começam a diminuir, a produção de leite acelera essa diminuição (NETTO, 2004).

Durante a gravidez a taxa de insulina sangüínea está aumentada e a gestante passa por um período de hipoglicemia de jejum e hiperglicemia pós-prandial, simulando uma diabetes, o que exige um excelente funcionamento do pâncreas (NETTO, 2004).

Devido ao tamanho do útero, o diafragma sofre elevação de aproximadamente 4 centímetros enquanto a circunferência da caixa torácica aumenta em 2 centímetros. Essas alterações, somadas à ação da progesterona, que gera relaxamento muscular dos intercostais, permite que a capacidade respiratória mantenha-se a mesma (FIEWSKI, 2002).

A progesterona age nas vias aéreas superiores, aumentando o muco e provocando edema, resultando em congestão nasal. Atua também nos centros respiratórios superiores, aumentando a frequência respiratória e o volume de ar corrente, desencadeando hiperventilação, a *dispnéia* da qual as gestantes se referem. Com todas essas alterações, a gestante queixa-se de cansaço decorrente da necessidade maior de oxigênio e da hiperventilação (NETTO, 2004).

O cortisol não sofre alteração em sua produção, mas a sua excreção está diminuída, o que justifica maior concentração plasmática desse hormônio. (NETTO, 2004).

O HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana – é o hormônio responsável pela manutenção da gestação, inclusive pela formação da placenta. Ele estimula a produção de estrógeno, progesterona e testosterona. Especula-se que a concentração materna de testosterona é responsável pelo comportamento sexual futuro do bebê (FIEWSKI, 2002).

A glândula tireóide aumenta moderadamente durante a gestação. A maior eliminação de iodo plasmático e a maior absorção fetal geram maior necessidade de captação do mineral pela glândula materna para equilibrar essa perda (NETTO, 2004; STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

A hipófise aumenta em resposta à hiperplasia das células responsáveis pela produção de prolactina. O hormônio luteinizante, o hormônio folículo-estimulante e o hormônio do crescimento estão diminuídos e vão aumentando sua produção gradualmente até o parto. A prolactina diminui no parto e tem sua concentração aumentada em resposta a sucção do bebê. A glândula paratireóide sofre hipertrofia devido ao aumento da demanda de cálcio para o feto (STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

Os hormônios estrógenos aumentam a vascularização e a hidratação dos ligamentos. Esse acontecimento, acrescido da diminuição do tônus muscular pela ação da relaxina e da progesterona, deixa as articulações mais frouxas. Essa frouxidão pode representar risco de acidentes – luxações e torções – sendo, no entanto, condição fundamental para o parto pois permite a dilatação púbica (STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

Adaptações posturais ocorrem para compensar o peso extra na parte anterior do corpo e reequilibrar o centro gravitacional da gestante. Na postura assumida, fica evidente o aumento da lordose lombar acompanhado da hipercifose torácica, aumento da base de sustentação pela abertura das pernas tomando a marcha parecida com o andar de um pato – *marcha anserina*. Essa postura pode provocar dores decorrentes da sobrecarga de alguns músculos e articulações (STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

A pele sofre aumento na pigmentação em determinadas regiões, tais como a auréola mamária, a linha alba, o períneo e a vulva. Esse escurecimento ocorre pela ação dos hormônios sobre a melanogênese, aumentando os melanócitos, células de pigmento, nestas regiões. O *cloasma* - mancha escura em forma de máscara na região malar da face - é característico da gestação, e sua causa é provavelmente a mesma do escurecimento de outras regiões (STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

As estrias que aparecem principalmente nas regiões das mamas, abdome, coxas e glúteos são resultantes do estiramento que as fibras da pele sofrem com o aumento do volume destas regiões. As fibras de colágeno podem sofrer ação dos esteróides adrenais e assim serem afinadas. (ALVES et al, 2005; NETTO, 2004; STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

A maior vasodilatação na gestação pode promover o aparecimento de alguns vasos na superfície da pele com o aspecto de teia de aranha chamado *telangectasia capilar*. Em alguns casos, quando a hipotonia dos vasos é muito grande, podem surgir varizes nos membros inferiores. A vasodilatação ainda gera o aparecimento do *eritema palmar* que é caracterizado pelo

avermelhamento da palma da mão. Essas alterações são melhor percebidas em mulheres de pele mais clara (ALVES et al, 2005; NETTO, 2004).

Algumas grávidas se queixam do aumento da oleosidade da pele. Isso se deve à maior produção de óleo pelas glândulas sebáceas que estão sofrendo ação da progesterona. Essas alterações podem causar queda de cabelo e acne. A sudorese está aumentada pelo aumento de peso e da atividade da glândula tireóide (NETTO, 2004; STEPHERSON e O'CONNOR, 2004).

Todas as alterações fisiológicas que a gestante apresenta estão interligadas. Essas alterações requerem ajustes de outros sistemas, que são atingidos facilmente, mantendo as condições físicas da mulher em estado saudável na maioria das vezes. Isso tudo permite que a grávida mantenha, com pequenas adaptações, as atividades da vida diária (ARTAL e WISWELL, 1999).

5.3 - ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO

O ser humano cresce psicologicamente durante toda a vida, sofrendo modificações e reestruturações. A mulher apresenta três fases críticas no decorrer de sua vida: a adolescência, a gravidez e o climatério. Essas fases se caracterizam por alterações físicas e psicológicas que envolvem alterações sociais e na identidade da mulher (MALDONADO, 1984).

A intensidade dos ajustes emocionais depende de cada mulher, da sua personalidade, estrutura emocional e suporte que recebe. Essas alterações, porém, estão sempre presentes, mesmo que em graus diferentes (COLMAN e COLMAN, 1971).

A gravidez, dentro de um contexto atual – onde a mulher é ativa no mercado de trabalho, com função social além do lar, pode gerar sentimentos de limitação. A euforia de “ser mãe” pode ser bloqueada e substituída por ansiedade e angústia em resposta aos papéis que se espera que a mulher assuma hoje: além de mãe exemplar, manter-se bela, ser a boa amante, ser a profissional brilhante. Os sentimentos de euforia e realização correm o risco de serem suprimidos pela “ditadura da função social”. A mulher pode encarar a gravidez como o empecilho para a carreira profissional, não só temporariamente como definitivamente, pois alguns projetos podem se tornar inviáveis paralelamente ao papel de mãe. Essa ambivalência de “conquistar o papel de mãe” x “frustrar expectativas sociais” faz com que a mulher se volte menos para dentro de si. Ela pode desligar-se da sua realidade com o propósito de não abrir mão do modelo de mulher perfeita de hoje. Conseqüentemente, esse estado pode gerar dificuldades maiores em lidar com as alterações emocionais que o estado gravídico traz, e futuramente, na relação da mãe com o filho real (RIEHELMMANN, 1997).

5.3.1 - O primeiro trimestre

O primeiro trimestre é o período no qual a gestante apresenta fantasias e sonhos sobre o desconhecido, sobre o organismo que cresce dentro dela e que não é ainda sentido. A falta de comunicação com o feto, a impossibilidade de percebê-lo como algo concreto provoca ansiedade na mulher (SANTANA, 2003). É uma fase de labilidade emocional e fadiga, na qual depressão e agitação se alternam (COLMAN e COLMAN, 1971; MELEM, 1997). Além destas características, são bem marcantes as alterações de humor que a gestante

sofre ao longo dos 9 meses. As oscilações de humor são comumente decorrentes de fatores metabólicos e psicológicos. Os fatores metabólicos já foram descritos anteriormente, mas vale frisar que os ajustes hormonais têm papel importante nesse contexto. As causas psicológicas estão ligadas às adaptações quanto à nova situação: a mulher passa a ser "responsável" diretamente por uma outra vida (MALDONADO, 1984). Colman e Colman (1971) atribuem essas mudanças à ampliação da consciência na gravidez.

Segundo Cury (1997), todas as grávidas, nesse primeiro trimestre, apresentam sintomas psíquicos de narcisismo e ansiedade. Essas características estão ligadas à regressão que, segundo Freud (apud MALDONADO, 1984) é um retorno às formas de funcionamento mental primitivas – retração e identificação da mãe com o feto. Segundo Rycroft (apud DELLA NINA, 1997), a maioria das regressões sofridas pela gestante são mecanismos de defesa psíquico contra a ansiedade. Soifer (1984) considera que a regressão está presente durante toda a gestação. O excesso de sono, marcante no começo da gravidez, é o sinal do início da regressão que se origina mediante a percepção inconsciente das mudanças físicas e do surgimento das dúvidas.

Sua principal característica perceptível é o afastamento, a atenção voltada para si mesma. A mulher volta a apresentar características orais – hipersonia, voracidade e dependência – por identificação com o feto. Essas reações podem ser entendidas como decorrentes da sensação de perda da mãe. Segundo Rank (1929), essa identificação chega ao ápice no parto, onde é revivido o trauma do próprio nascimento. A regressão, durante esse período,

não é tida como patológica, mas como um processo de desenvolvimento (MALDONADO, 1984).

As regressões narcísicas são tidas como necessárias para ampliar a capacidade de devaneio e fantasias da mulher para que, nos primeiros meses de vida do bebê, ela possa cuidá-lo como extensão do seu próprio corpo, dando suporte emocional. Assim, a mulher pode regredir a níveis primitivos, buscando e identificando os cuidados de sua mãe para consigo para, posteriormente, reconhecer e satisfazer as necessidades do seu filho recém-nascido (DELLA NINA, 1997). Em uma relação saudável, a mãe identifica o bebê como um ser individual, mas que precisa ser satisfeito em suas necessidades (MALDONADO, 1984). Na patológica, a mulher fantasia um ser idêntico a ela, num sentimento narcisista de vínculo perfeito que suprirá toda a necessidade de afeto (SOIFER, 1984).

Para Colman e Colman (1971), as alterações hormonais têm grande impacto nas reações emocionais da mulher. A progesterona tem efeito depressivo no sistema nervoso central. O estrógeno age, juntamente com a progesterona, no metabolismo das catecolaminas, substâncias responsáveis pela mediação das emoções, principalmente a excitação e a depressão. Os níveis alterados de cortico-esteróides atuam também na euforia e depressão assim como na cognição. Esse aumento na taxa hormonal também é forte responsável pelas náuseas e vômitos – como já colocado anteriormente.

No entanto, Soifer (1984) afirma que as náuseas e os vômitos são decorrentes da ansiedade pela incerteza quanto à existência da gravidez. Na maioria dos casos eles cessam após a confirmação da gestação. Essa incerteza é o primeiro indício do surgimento da ambivalência. De acordo com

Freud (apud SOIFER, 1984), esses sintomas psicossomáticos acrescidos da diarreia podem ser uma reação física resultante do susto e da culpa pela rejeição. É uma maneira de expulsar o "mau" sentimento de dentro de si e ficar só com o lado bom, o desejo do bebê. Para Maldonado (1984), quando esses sintomas são leves, o fator bioquímico prevalece, sendo o fator psicológico presente nos casos de, por exemplo, hiperemese.

Toda gravidez apresenta sentimentos ambivalentes em maior ou menor grau. Sentimentos com relação à própria mãe – como o de prejudicá-la tomando-se mãe também, culpa infantil por querer ocupar o seu lugar ou até mesmo sensação de perda podem aparecer nesse período (SOIFER, 1984). Para Maldonado (1984) e Riechelmann (1997) é o começo da percepção das perdas e ganhos que a gestação acarreta, que podem ser agravadas pelas alterações na forma física e no possível desinteresse do marido – que disputará atenção com o filho.

Entre o segundo e o terceiro mês, a implantação da placenta acarreta sensações inconscientes. O risco de aborto é grande nesse período e sonhos sobre sangramentos, monstros sugadores e roubo são comuns. Diarreia ou constipação podem estar associados ao medo do aborto (SOIFER, 1984).

Os desejos e as repulsas alimentares também estão presentes nesse primeiro trimestre. Apesar dos desejos parecerem mais comuns, ambos aparecem com frequência na mesma intensidade (MALDONADO, 1984). Threthovan e Dickens (apud MALDONADO, 1984), dividiram as explicações e crenças dessas alterações alimentares em quatro grupos: o desejo suprimido prejudica o bebê; a falta de determinado nutriente provoca o desejo de alimentos que o tenham em sua composição; fenômenos psicológicos como

insegurança e necessidade de atenção; e alterações no paladar e no olfato. O aumento do apetite também pode ser explicado pela percepção do feto pela mãe como um “parasita” que se alimenta de suas reservas, que devem ser repostas, ou ainda, como uma maneira de compensar as privações que a gravidez proporciona, sendo gratificada pela alimentação prazerosa (MALDONADO, 1984).

O apetite sexual varia muito. O aumento das mamas parece ser desconfortável, assim como a maior energia dispersada pelas náuseas, a fadiga e a insegurança quanto ao bem estar do feto, reduzindo o interesse sexual (COLMAN e COLMAN, 1971). No entanto, Soifer (1984) sugere que as relações sexuais, quando mantidas, favorecem a diminuição da ansiedade e permitem uma melhor relação do casal com a situação.

5.3.2 - O segundo trimestre

O segundo trimestre é reconhecido como aquele que tem os meses mais brandos, no qual um certo equilíbrio emocional se estabelece (MELEM, 1997). O alto risco de aborto já passou, os enjoos diminuem e a mulher acredita e aceita melhor a gravidez (COLMAN e COLMAN, 1971). Maldonado (1984) caracteriza essa fase como mais “concreta”. As alterações emocionais diminuem e o foco da gestante é o movimento fetal.

Soifer (1984) afirma que os movimentos fetais são normalmente percebidos a partir do quarto mês gestacional. Nesse momento pode surgir o sentimento de personificação do feto, no qual a grávida identifica e caracteriza os movimentos. Os movimentos suaves podem ser associados a um bebê carinhoso enquanto movimentos bruscos podem ser associados à

agressividade. Essa é mais uma etapa do desenvolvimento da relação materno-filial, pois o movimento é o primeiro tipo de comunicação entre eles (COLMAN e COLMAN, 1971; MALDONADO, 1984).

Algumas mulheres não conseguem sentir essa personificação do feto e não o diferenciam de uma "massa" em desenvolvimento. Este retardo na percepção do feto e de seus movimentos pode ser atribuído à negação. Algumas mulheres podem associar os movimentos fetais com pontapés, movimentos que atrapalham seu dia-a-dia. Nesse caso, podemos atribuir essa associação à projeção, identificando o feto como agressivo, perigoso, que pode causar dano físico à mãe. Esse dois mecanismos inconscientes – negação e projeção – refletem a ansiedade com relação ao desconhecido (SOIFER, 1984).

A interpretação dos movimentos pode refletir ansiedade e culpa por reação inconsciente a fantasias de incesto e masturbação infantil – associação do prazer com o filho. Essa pode ser uma explicação à percepção dos primeiros movimentos serem recebidos com sobressalto (SOIFER, 1984).

Por volta do quinto e sexto mês gestacional, a mulher começa a apresentar contrações uterinas fisiológicas. Esse "endurecimento" uterino pode aumentar os movimentos fetais. O aumento da ansiedade é inerente a esse estado (SOIFER, 1984).

As alterações sexuais são mais comumente percebidas no segundo trimestre gestacional. O aumento do desejo sexual é mais raro, mas pode ocorrer principalmente pela mudança na percepção do próprio corpo, pois a mulher sai de uma posição infantilizada e permite-se a vivência da sexualidade madura. Por outro lado, pode haver leve desinteresse até frigidez. Essa

mudança pode decorrer de crenças como a de que a mulher grávida é “pura” e de que o homem pode “machucar” o bebê (MALDONADO, 1984). Corroboram também para a queda do interesse sexual da mulher o modo como ela encara as alterações corporais decorrentes da gravidez e como o homem age com relação a essas mudanças. “Mudar o corpo” pode provocar insegurança e medo – como o da irreversibilidade da forma corporal. O significado simbólico desses medos pode ser interpretado como se as mudanças corporais fossem reflexo das mudanças da identidade da mulher, que será diferente após a gestação (MALDONADO, 1984).

5.3.3 - O terceiro trimestre

O terceiro trimestre é o período de maior ansiedade e temores, pois o parto já está próximo. A partir da segunda metade do sétimo mês, ocorre a versão uterina – a criança se vira e encaixa na pelve materna. Surge uma forte crise de ansiedade, normalmente inconsciente, acrescida da sensação de perda, podendo ser responsável pelo parto prematuro. Nesse período, é comum a gestante sonhar com o bebê em situações de perigo como quedas ou precariedade de cuidados. Sonhos com pai e irmãos homens podem acontecer, determinando a relação edipiana e incestuosa (SOIFER, 1984).

Segundo Caplan (apud MALDONADO, 1984), a mulher, nessa fase, revive memórias de sua infância, da relação com seus pais e irmãos. Isso se deve à mudança de equilíbrio entre o *id* e o *ego*, permitindo o surgimento de fantasias e conflitos enfraquecendo o sistema defensivo. Este autor ainda cita que os temores apresentam características de autopunição decorrentes dos sentimentos de culpa.

Os temores mais comuns são: medo de morrer no parto, dilaceração da região genital, ter um bebê malformado, o bebê nascer morto, entre outros. Esses medos se intensificam durante o processo de preparação do colo do útero para o parto. É comum a mulher deixar de sentir os movimentos fetais poucos dias antes do parto, levando-a a crer na morte do bebê (SOIFER, 1984).

A eminência da separação da mãe e do filho traz à mulher sentimentos e recordações de perdas como lutos, abandonos e carências. O apoio é necessário nesse período e no pós-parto, quando a criança já estará ao lado da mãe e essa não consegue se desvencilhar do sentimento de perda com rapidez (SZEJER e STEWART, 2002).

A percepção do corpo agora não condiz com a usual. Até para as multíparas, o abdômen pode parecer muito maior do que se recordam – e podem pensar inclusive em gestação de gêmeos. Os companheiros também estranham o corpo da mulher, alguns reagem com orgulho, outros com repulsa (COLMAN e COLMAN, 1971).

No final da gestação, a mulher passa a agregar mais concretamente o papel de mãe e carrega alguns anseios tais como a forma ideal de criar uma criança. Além das alterações psicossociais, existem as econômicas, pois uma criança vem acompanhada de custos. Quando a gravidez ocorre num momento de privações, a preocupação gerada pode acarretar frustração e ressentimento (MALDONADO, 1984).

No entanto, esta não é uma fase só de aflições. Agora, surgem também sentimentos positivos. A maioria das mulheres já resolveu suas atitudes ambivalentes e o desejo de ter a criança nos braços é intensificado (COLMAN

e COLMAN, 1971). Estar pronta para acolher seu filho é uma condição, via de regra, buscada pela mulher (SZEJER e STEWART, 2002).

5.4 - PROGRAMAS DE ATIVIDADES FÍSICAS PROPOSTAS PARA A MULHER GESTANTE

Existem muitas divergências com relação à prática de atividade física durante a gestação, principalmente sobre os riscos e benefícios tanto para a mulher quanto para o feto. Buscando uma visão ampla dos conhecimentos da área, realizamos um levantamento teórico em fonte secundárias – livros, teses, para possibilitar compreender a organização atual dos programas de atividade física para gestante. A pesquisa realizada nas bases de dados – fontes primárias – nos proporcionou uma visão atual das abordagens direcionadas à mulher gestante, assim como o dimensionamento atual do alcance dos riscos e benefícios.

5.4.1 – A construção da prática de exercícios na gravidez

Antigamente a realização de atividade física, assim como qualquer esforço extra por mulheres grávidas, era observada com insegurança (HANLON, 1999). A gravidez era vista como invalidez, marginalizando e excluindo a mulher de qualquer atividade (MIRANDA e ABRANTES, 1986). Na era Vitoriana as mulheres eram enclausuradas e não lhes era permitido fazer nenhuma atividade, quer fosse trabalho ou esforço físico (ARTAL e WISWELL, 1999).

Contudo, mesmo a gravidez sendo vista como algo a ser “cuidado”, que exigia repouso, alguns relatos antigos mostravam a relação da mulher ativa - normalmente escravas, e o parto. Segundo Vaughan (apud ARTAL e WISWELL 1999), no terceiro século a.C., Aristóteles associou as dificuldades no parto ao sedentarismo das mulheres.

Nos tempos bíblicos, relatos mostram que as escravas hebraicas tinham seus filhos com mais facilidade, um parto mais rápido e menos sofrido que suas amas egípcias. Esse fato foi associado ao fato das escravas se encontrarem mais preparadas fisicamente, devido às exigências do trabalho. Mas vale ressaltar que os bebês nasciam com menor peso, o que também pode ser considerado como consequência dos esforços físicos e um facilitador do parto, mas nem sempre visto como algo saudável e desejável. No entanto, esses relatos serviram para mostrar que mães ativas poderiam ter filhos saudáveis, sem grandes riscos (ARTAL e WISWELL, 1999).

Com o passar do tempo, a atividade diária na vida da gestante passa a ser melhor aceita. No século XVIII, além de poderem realizar as tarefas domésticas sem grandes restrições, começa o encorajamento para praticar exercícios físicos (MELEM, 1997). Alexandre Hamilton, em 1781, recomenda que a gestante se exercite desde que com moderação, apesar do conceito de exercício moderado ainda não existir, evitando exercícios “violentos” como cavalgar e dançar. Estudiosos como o cirurgião James Lucas (1788) sugeriram que mulheres que se exercitavam davam a luz crianças menores, logo, seus partos poderiam ser facilitados (KERR e JOHNSTONE, apud ARTAL e WISWELL, 1999). Já no século XIX, Pinard (apud MELEM, 1997) publicou um trabalho no qual associava o peso do bebê ao nascer com a classe social e as

atividades da mãe, confirmando que quanto menor a sedentariedade, menor o peso do bebê ao nascer.

Durante o século XX, juntamente com a maior inclusão da mulher no mercado de trabalho, o exercício torna-se tema mais comum como forma de manter a saúde e o bem estar durante o período gestacional. Em 1913, foi publicado um manual de atividades com recomendações para a grávida. Entre outras coisas, ele prescrevia que a mulher interrompesse a atividade quando sentisse exaustão, que mulheres que realizassem muitas atividades domésticas não necessitavam outros exercícios, que caminhada seria a atividade mais recomendada e que exercícios bruscos deveriam ser evitados. Um manual que permitia a prática de exercícios, desde que com cuidado, demonstrando ainda a insegurança e o medo com relação às reações gestacionais desconhecidas (SLEMMONS apud ARTAL e WISWELL, 1999). No começo do século, eram recomendados exercícios de flexibilidade e mobilidade, pois se acreditava que o parto era facilitado por uma boa manutenção da postura, sem colocar a mulher em risco (ARTAL e WISWELL, 1999).

Na década de 1930, surge o exercício pré-natal especializado visando manter a mulher nas suas atividades diárias – domésticas e profissionais – o maior tempo possível. A posição de cócoras para o parto começou a ser encorajada, assim como exercícios para o assoalho pélvico para evitar rupturas do períneo, exercícios posturais e respiratórios. Esses programas tinham como objetivo conscientizar a gestante de que ela poderia controlar o parto dando ênfase na participação da gestante, permitindo que as mulheres tomassem atitudes durante a gravidez que não visassem o bebê, mas também ela

enquanto mulher, tanto física como psicologicamente, de maneira que a gestação não a vetasse de outras atividades do seu dia a dia (BLANFIELD apud ARTAL e WISWELL, 1999). Na Rússia, na mesma época, foi desenvolvido o método de profilaxia do parto, o qual visava um parto facilitado, com menos dor, que só chegou ao Ocidente na década de 40 através do doutor Fernand Lamage (ENKIN apud ARTAL e WISWELL, 1999).

Nos anos 60 começa a ênfase nos esportes. Exercícios como caminhadas, natação e ciclismo são incentivados. Eles são associados a exercícios pré-natais de respiração e relaxamento. A inclusão dos exercícios aeróbicos começa a mostrar seus resultados com partos mais rápidos, melhor recuperação, menos câimbras e melhora do estado emocional das gestantes (ARTAL e WISWELL, 1999).

Hoje, a prática de exercícios físicos é incentivada pelos médicos, uma vez que estudos comprovaram a sua eficiência em trazer conforto e benefícios físicos, tanto durante a gravidez quanto no momento do parto e pós-parto (HANLON, 1999). A atividade física passa a ser vista como uma maneira eficaz de lidar com as adaptações e modificações que a gravidez acarreta (MIRANDA e ABRANTES, 1986).

Pesquisas começaram a ser feitas para avaliar os resultados das atividades físicas realizadas por mulheres gestantes. A American Health, em 1993, demonstrou que gestantes que praticavam atividade física por 30 minutos durante 5 dias semanais tinham bebês maiores e mais saudáveis. As que gastavam 1000 calorias por semana davam à luz crianças com peso 5% maior do que as mães sedentárias, contradizendo os estudos anteriores. Porém, a grande maioria dos estudos focavam muito mais o parto e o bebê do

que a saúde da mulher e as adaptações de seu corpo frente aos exercícios (HANLON, 1999).

A ginástica auxilia a mulher nas adaptações físicas, principalmente no que se refere às mudanças musculares, articulares e de aumento de peso. O parto normalmente é facilitado em mulheres que realizavam atividade física antes e durante a gestação (OTTO, 1984).

Segundo Artal e Wiswell (1999), o condicionamento físico da mulher, mesmo das que já praticavam alguma atividade física anteriormente, diminui consideravelmente durante a gestação. As autoras afirmam que os exercícios proporcionam melhor controle de peso e maior resistência muscular nesse período, justificando sua importância.

Mas a justificativa mais comum de todas as gestantes, levando em consideração o meio sócio-cultural, é a de a necessidade de manter o corpo esbelto, associado ao medo da obesidade – aparência, e a maior exigência do mercado de trabalho – função social, conduzem a mulher a uma gestação ativa (HANLON, 1999).

5.4.1.1 - Programas de Exercícios Propostos na Literatura: recomendações e descrição

Para a realização de exercícios com gestante é importante atender as necessidades e respeitar as limitações físicas da mulher. De acordo com Melem (1997), todo o trabalho físico com gestante é baseado no “senso comum” das alterações físicas que a mulher sofre nesse período. A maioria dos exercícios existentes são os que já são do conhecimento geral acrescidos de mais segurança e cuidados. A falta de pesquisas concretas na área pode

representar riscos para a gestante. Segundo Gork (apud MELEM, 1997), é importante ter conhecimento de todas as alterações que a mulher sofre nesse período para garantir bons resultados.

Segundo Artal e Wiswell (1999), apesar das atividades serem comprovadamente importantes para a mulher e seu filho, ainda não foi estabelecido nenhum padrão normativo de como a atividade deve ser proposta. Cada autor apresenta sugestões próprias para a realização da atividade, como tempo, duração, tipo de exercício, intensidade e frequência. Isso torna difícil comparar resultados e obter um padrão.

De maneira geral, os exercícios devem ser realizados a partir do terceiro mês gestacional, período no qual os riscos estão diminuídos (MIRANDA e ABRANTES, 1986). Quando a gestação está dentro dos padrões de normalidade, ou seja, quando a mulher não apresenta nenhum risco de patologias e/ou parto prematuro, a atividade física é recomendada desde que sejam respeitados os limites físicos e os intervalos de descanso e sono da gestante (OTTO, 1984).

Esses limites a serem respeitados são importantes, pois ela não deve chegar à fadiga uma vez que o bebê compartilha do oxigênio da mãe, podendo ser prejudicado. Portanto, a segurança deve ser o aspecto primordial no trabalho com gestantes (MIRANDA e ABRANTES, 1986).

Existem muitos fatores que excluem a grávida das atividades ou que requerem atenção redobrada. Dentre eles estão: risco de aborto, dores abdominais e contrações uterinas (ARTAL e WISWELL, 1999).

A *American College of Obstetrician and Gynecologist* recomenda que a realização de exercícios no período gestacional seja mediante prescrição e/ou

acompanhamento médico. A mulher não deve visar o condicionamento físico e a atividade aeróbica não pode exceder 30 minutos de duração. A frequência cardíaca não deve ultrapassar os 140 batimentos por minuto ou outro valor pré-determinado pelo histórico de atividades. A temperatura corpórea não deve se elevar, portanto, deve-se evitar roupas grossas, dias quentes e controlar a temperatura da água em caso de atividade aquática. A gestante deve se manter hidratada durante toda a atividade, bebendo água durante e após o exercício (MELEM, 1997).

Para a realização de qualquer atividade, a gestante não pode apresentar nenhuma contra-indicação absoluta. Dentre elas estão: placenta prévia sem acompanhamento médico, doença cardíaca grave, trabalho de parto prematuro, histórico de aborto espontâneo sem liberação médica, tromboflebite, hipertensão arterial grave, ruptura de bolsa e/ou sangramento e ausência de acompanhamento pré-natal. As contra-indicações relativas permitem a realização dos exercícios desde que com supervisão e acompanhamento contínuo e liberação médica. São elas: hipertensão arterial, anemia, disfunção tireoidial, disritmia cardíaca, diabetes, obesidade excessiva, vida anterior extremamente sedentária, falta de peso excessiva, placenta prévia, infecção generalizada (MELEM, 1997).

A atividade deve ser interrompida sempre que a gestante apresentar algum tipo de dor, principalmente no peito, abdômen e costas, contrações, perda de líquido amniótico, dispnéia e taquicardia (MELEM, 1997).

Miranda e Abrantes (1986) sugerem que a prática de atividade física tenha a frequência de três vezes semanais com duração de sessenta minutos cada. Essa informação é semelhante à encontrada em Melem (1997), sendo

que essa autora recomenda que a prática não ultrapasse os 90 minutos. Santana (2003) recomenda que, independentemente da duração e da modalidade, é importante que sejam mantidos os períodos de aquecimento e relaxamento para evitar lesões musculares.

Em geral, a gestante pode realizar todas as modalidades de exercícios desde que sejam respeitadas as suas limitações. Os exercícios devem ser realizados em intensidade moderada, a gestante não pode fazer apnéia, deve-se evitar o decúbito dorsal, controlar a frequência cardíaca, realizar atividades que auxiliem o retorno venoso, fortalecer musculatura de equilíbrio e não exceder nos abdominais nem nos alongamentos (SANTANA, 2003).

Segundo Miranda e Abrantes (1986), o início da atividade deve ser com exercícios de aquecimento que têm como finalidade aumentar a frequência cardíaca – e a circulação – e respiratória e preparar a musculatura e as articulações para os demais exercícios. Essa etapa deve ter a duração de 5 a 10 minutos.

Otto (1984) orienta que a atividade física seja composta de exercícios de flexibilidade, aeróbicos e de fortalecimento muscular de abdômen e assoalho pélvico, regiões que sofrem mais com a sobrecarga decorrente do aumento de tamanho e de peso do útero gravídico. Hanlon (1999) acrescenta ainda a esse grupo a musculatura da região lombar. Os exercícios de flexibilidade visam o relaxamento muscular, principalmente da região pélvica que, associado aos exercícios de fortalecimento, visam não só a saúde muscular da região, como também promover a consciência da contração e relaxamento para o momento do parto. Dentre as atividades aeróbicas mais aconselháveis estão a

caminhada e alguns exercícios aquáticos como natação e hidroginástica (OTTO, 1984; MIRANDA e ABRANTES, 1986)

5.4.1.1.1 - Prática terrestre

Os exercícios de solo devem ser cuidadosos, evitando o impacto. Dentre suas vantagens está a maior facilidade de observação dos movimentos pelo profissional, o que pode representar mais segurança e mais confiança das participantes. As conversas e orientações podem ter mais espaço nessas aulas, com temas como respiração, aleitamento, postura, sexualidade entre outras que promovam maior tranquilidade para as mulheres (AMARAL, 1998).

- Caminhada

A caminhada é o exercício mais comumente recomendado para a mulher grávida, principalmente para aquelas que apresentavam uma vida sedentária anterior (HANLON, 1999).

A atividade deve respeitar as durações recomendadas de exercícios, contendo 10 minutos de alongamento/aquecimento, em torno de 30 minutos de prática e mais 10 de relaxamento/desaquecimento (AMARAL, 1998).

- Corrida

Muitos autores como Amaral (1998), Artal e Wiswell (1999) e Hanlon (1999) concordam que essa atividade não deve ser iniciada após o início da gravidez. Só deve ser realizada por mulheres que já praticavam essa modalidade esportiva anteriormente e que apresentem condicionamento físico

adequado. A gestante deve ficar atenta para não sofrer com hipertermia e desidratação e o percurso deve ser inferior a 3 quilômetros (HANLON, 1999).

No segundo e terceiro trimestre o aumento considerável do peso corporal pode interferir na prática, dificultando-a. Outros fatores como surgimento de varizes, edema de membros inferiores e frouxidão ligamentar podem representar interrupção da prática por desconforto (ARTAL e WISWELL, 1999).

- Ciclismo

O ciclismo é um exercício que tem como vantagem a não descarga de peso, sendo um bom recurso para o final da gestação. Ele pode ser iniciado com a gravidez, não sendo necessário ter experiência nem condicionamento anterior na prática (ARTAL e WISWELL, 1999; HANLON, 1999).

Alguns riscos são inerentes à prática. O equilíbrio que é exigido pode sugerir o uso de bicicletas estacionárias – ergométricas – que garantam mais segurança (ARTAL e WISWELL, 1999; HANLON, 1999). A postura deve ser constantemente observada para que o peso extra do abdômen gravídico não acentue demasiadamente a lordose lombar (ARTAL e WISWELL, 1999).

- Ginástica Aeróbica

A ginástica aeróbica é um exercício que deve ser avaliado atentamente antes de ser indicado para gestantes. Devido ao grande impacto nas aulas, é recomendável que a mulher já pratique a atividade antes da gravidez (ARTAL e WISWELL, 1999).

Outro cuidado a ser tomado é com relação ao tipo de atividade e os resultados esperados. As adaptações que devem ser feitas para que a gestante realize a atividade sem riscos pode tirar a característica aeróbica do exercício, pois podem não atingir os níveis desejados de frequência cardíaca para promover um condicionamento cardio-respiratório (ARTAL e WISWELL, 1999).

O equilíbrio exigido também deve ser observado. A gestante precisa tomar cuidado com as exigências e ser acompanhada de perto por um profissional, já que além do aumento de peso – que altera seu centro de gravidade – ainda apresenta a frouxidão dos ligamentos, diminuindo a estabilidade articular (HANLON, 1999).

- Musculação

O fortalecimento muscular localizado promovido pelo levantamento de peso – musculação – pode trazer benefícios como tonicidade e resistência muscular. As articulações se tornam mais estáveis com uma musculatura mais forte (HANLON, 1999).

Os principais problemas dessa prática estão relacionados aos pesos a serem utilizados e a força exercida. Os pesos devem ser cuidadosamente levantados para que não caiam, provocando lesões por trauma direto. Quanto maior o peso, maior a força realizada pela mulher. Nesse momento é comum realizar a Manobra de Valsalva, que é uma hipertensão temporária com apnéia – retenção da respiração – e desvio do sangue para a região muscular exigida. Isso pode prejudicar a circulação fetal e deve ser evitada (ARTAL e WISWELL, 1999).

Portanto, a musculação deve ser realizada com supervisão de um profissional, com pesos leves e respiração adequada (ARTAL; WISWELL, 1999; HANLON, 1999).

5.4.1.1.2 - Prática aquática

Para Amaral (1998), os estudos relativos à realização de atividade física na água e seus efeitos sobre a gestante e o feto ainda são escassos. No entanto, esse tipo de atividade vem sendo cada dia mais procurado pelas mulheres e recomendado pelos obstetras.

Os exercícios realizados no meio aquático podem apresentar algumas vantagens no que diz respeito à prática. A sensação do aumento de peso é diminuída, há maior amplitude segura de movimento, diminuição do impacto e do estresse articular e aumento do retorno venoso pela pressão hidrostática (MELEM, 1997).

Com a prática, a mulher pode adquirir melhor capacidade respiratória e cardiovascular, melhora da postura e do equilíbrio – pela sustentação da água – e aumento da auto-estima – sensação prazerosa.

Uma preocupação que deve-se ter com a imersão neste período é quanto a temperatura. Como a gestante não pode ter sua temperatura elevada, é importante que a água se encontre agradável. Outras desvantagens são o medo da água e a entrada e saída que, com o excesso de peso, pode ser desconfortável (AMARAL, 1998).

- Natação

A natação é um bom exemplo de exercício aeróbico aquático, desde que evitados os mergulhos e o nado borboleta além de serem respeitados os limites e os intervalos de descanso (MELEM, 1997). Este tipo de atividade não envolve descarga de peso nem movimentos de equilíbrio. Apresenta atividade aeróbica constante associada ao fortalecimento muscular, ajudando na melhora da resistência tanto muscular quanto cárdio-respiratória (HANLON, 1999).

Hanlon (1999) sugere que a prática da natação seja supervisionada. Pulos, nados exaustivos e preensão da respiração são pontos que devem ser evitados e observados pelo profissional responsável. Para Melem (1997), durante a prática, deve-se intercalar exercícios fortes com outros mais leves, de intensidade menor. Como em todos os exercícios, em caso de dor ou cansaço a prática deve ser interrompida.

A duração da prática deve ser em torno de 30 minutos sob imersão. Vários estilos de nados podem ser estimulados, desde que sejam consideradas as compensações físicas da gestante como aumento da lordose lombar e projeção do abdômen. Intervalos entre as séries são importantes para restabelecer os valores seguros de frequência cardíaca. As expirações em submersão devem ser feitas pela boca e nariz simultaneamente e de forma contínua, tomando a expiração mais longa (MELEM, 1997).

A presença constante do profissional ao lado da mulher, transmitindo segurança, tanto física quanto emocional, é importante para garantir bons resultados na prática (MELEM, 1997).

- Hidroginástica

A hidroginástica – realização de exercícios localizados em imersão – pode ser preferida pelas mulheres, pois exige menos da capacidade aeróbica e, por meio da flutuação, torna-se mais confortável e menos dolorosa (HANLON, 1999).

Dentre as principais recomendações da prática, segundo Hanlon (1999), estão: água na altura do peito, realização de todos os movimentos em imersão, movimentos lentos, base de sustentação – pés – alargada, joelhos ligeiramente flexionados e uso de acessórios de flutuação para segurança e resistência em alguns exercícios.

Melem (1997) ressalta que é importante ter cuidado com o número de repetições dos exercícios, pois a sensação de estresse articular e muscular podem ser mascarada pela água.

A atividade deve começar com um período de aquecimento e atividade aeróbica totalizando 30 minutos. A caminhada em imersão é a atividade mais recomendada. O fortalecimento deve ter duração de 10 a 20 minutos e englobar todos os grupos musculares, principalmente os da região pélvica, abdominal e lombar. Os minutos finais da prática são reservados para os alongamentos e relaxamento (HANLON, 1999).

5.4.2 - O Que Dizem As Pesquisas Atuais

Os artigos selecionados da busca em fontes primárias foram analisados e agrupados de forma a simplificar o entendimento de seus conteúdos. As categorias foram escolhidas de acordo com os temas mais abordados nos estudos para facilitar a observação das tendências de pesquisa na área.

5.4.2.1 - Organização dos conteúdos que emergiram do estudo das pesquisas

Foram encontrados ao todo, nas bases pesquisadas, 859 artigos. Eliminando os que apareciam duplicadamente em duas bases e os que atendiam aos critérios de exclusão determinados para o estudo – pesquisas realizadas com animais; patologias associadas à gestação; pesquisas realizadas no período pós-parto ou pré-gravidez; atividades que não fossem consideradas do domínio da Educação Física; e artigos em idiomas que não português, inglês, espanhol e francês – restaram 65 artigos que atendiam ao nosso propósito de pesquisa.

TABELA 1 - Número de artigos por Base de Dados após critérios de exclusão

BASES DE DADOS ⇒	SCOPUS	MEDLINE	SCIELO	SPORTS DISCUS
PALAVRAS CHAVES ↓				
Pregnancy+ physical exercise	33	21	4	0
Pregnancy+ physical activity	6	0	0	0
Pregnancy+ gymnastic	0	0	0	0
Pregnant+ physical exercise	1	0	0	0
Pregnant+ physical activity	0	0	0	0
Pregnant+ gymnastic	0	0	0	0

Os artigos foram lidos, fichados e separados em categorias. Alguns não puderam ser incluídos em uma única categoria, fazendo parte de dois ou mais grupos. Foram colocados 16 artigos em saúde fetal – sendo que 2 se repetem em riscos e benefícios –, 21 artigos em riscos e benefícios – sendo 2 se repetindo em equilíbrio emocional e 2 em saúde fetal –, 24 artigos em prescrições e 8 artigos em equilíbrio emocional – sendo 2 se repetindo em riscos e benefícios. As categorias foram estabelecidas de acordo com a análise dos objetivos, resultados e conclusões de cada artigo.

TABELA 2 - Descrição das categorias: características e artigos relacionados

CATEGORIAS	PRESCRIÇÃO	RISCOS E BENEFÍCIOS	SAÚDE FETAL	EQUILÍBRIO EMOCIONAL
DESCRIÇÃO	- Apresentar atividades - Avaliações - Normas de segurança	- Principais riscos maternos relacionados aos exercícios - Principais benefícios da prática de atividades físicas pela gestante	- Riscos e benefícios para o feto na prática de atividades físicas pela mãe	- Alterações emocionais - Relação entre atividade física e equilíbrio emocional
ARTIGOS - MEDLINE - SCOPUS - SCIELO	24 artigos	21 artigos (2 se repetem em equilíbrio emocional e 2 em saúde fetal)	16 artigos (2 se repetem em riscos e benefícios maternos)	8 artigos (1 repete em riscos e benefícios maternos)

No grupo das Prescrições, os artigos tinham por objetivo apresentar, avaliar, ou sugerir tipos de atividades físicas, formas de avaliação e prescrição das atividades específicas para a gestante e normas a serem seguidas. Segundo Petersen et al (2005), as recomendações para a prática da atividade física são mais bem conhecidas para o recorte populacional constituído por mulheres brancas, jovens, não-fumantes, de alto nível educacional e sócio-econômico. Estas são também mais adeptas aos exercícios. Nos 24 artigos deste grupo foi possível observar tendências à prescrição de exercícios como caminhada e natação, uma vez que são exercícios de intensidade leve a moderada e com menores riscos. Importante ressaltar que nem todos os obstetras recomendavam ou orientavam a prática de atividades devido a não compreensão dos riscos. Os artigos, em sua maioria, recomendavam que a intensidade fosse moderada, com frequência cardíaca em torno de 140 batimentos por minuto (bpm), respeitando os limites de frequência indicados para a idade da gestante. As sessões devem acontecer duas ou mais vezes por semana, durando em torno de 30 a 40 minutos. Não houve contra-

indicações na prática de atividades físicas por gestantes sem complicações. Gestantes de alto risco, ou seja, que apresentavam alguma patologia durante a gravidez, eram orientadas, de acordo com a severidade do quadro a fazer repouso ou realizar atividades leves como caminhadas, mas com supervisão maior e com aumento das visitas pré-natais. Quanto à gestante atleta, não houve constatação de maiores riscos na prática de atividades intensas uma vez que já apresentava bom condicionamento antes da gestação. Para as gestantes não-atletas a recomendação é manter a intensidade moderada com batimentos em torno de 140 bpm. As sedentárias foram recomendadas a praticar atividades moderadas e com controle médico mais freqüente, porém, alguns estudos desaconselharam o início de atividades físicas durante a gestação por considerarem as alterações no condicionamento físico perigosas para a mãe e o bebê, que sofreriam com as adaptações cardiorrespiratórias.

Os objetivos dos artigos incluídos na categoria Riscos e Benefícios foram, em grande parte, apresentar os principais riscos que a prática de atividades pode representar para a gestante e os benefícios dos mesmos, avaliando se a prescrição dos exercícios é recomendada ou não. Foram analisados 21 artigos neste grupo. Quanto aos principais benefícios foram encontrados 3 grandes temas. O primeiro diz respeito à forma física e peso da gestante – sendo consenso que o exercício é considerado bom para que a gestante se mantenha dentro do peso desejado durante a gestação. É importante ressaltar que não há qualquer indicação de qual seria este peso desejado – desejado pelo médico? Pela gestante? – mas apenas a constatação de que se mantiveram “em forma”. O segundo grande grupo de benefícios diz respeito ao controle de doenças – mesmo tendo sido excluído os

artigos referentes a patologias associadas à gestação, alguns citaram dentro de seus estudos que o exercício ajuda no controle de doenças gestacionais como diabetes. O terceiro grupo diz respeito aos benefícios relacionados ao condicionamento do corpo para as atividades da vida diária. Mesmo a gestação sendo um período anabólico, onde a gestante tende a ter seu condicionamento físico deteriorado, relata-se melhora da capacidade aeróbica, diminuição de câimbras, fadiga, edema, dispnéia, lombalgias e outros sintomas de desconforto. Horns et al (1996) mostra, em seu estudo, que 25% das gestantes ativas apresentaram somente 5 ou menos sintomas de desconforto durante a gravidez, afirmando que mulheres que praticam atividades durante a gestação se apresentam mais dispostas. Com relação aos malefícios, a maioria dos estudos não conseguem afirmar com exatidão a dimensão dos riscos. Os motivos para essa inexatidão passam pelo princípio ético em pesquisa, onde o ser humano que participa do estudo deve sempre ser resguardado de riscos. Dessa forma, existem poucos dados registrados que são insuficientes para delimitar a dimensão do risco do exercício mal orientado. Alguns achados são colocados por Sternfeld (1997), com relação ao tempo de gestação, ao ganho de peso e a alguns sintomas de desconforto, que parecem estar diminuídos. Segundo Clapp (1996), as alterações como parto prematuro e retardo no crescimento fetal se devem ao não controle das alterações cardiovasculares durante a prática dos exercícios. Com isso, as recomendações sugerem que a gestante mantenha seus exames pré-natais em dia e que realize os exercícios de maneira segura e com acompanhamento de um profissional capacitado.

Quanto à Saúde Fetal, foram encontrados 16 artigos os quais apresentavam algum risco ou benefício para o feto. O principal tema abordado

nos estudos é o peso do bebê ao nascer, presente em 12 artigos. Se há consenso de que o exercício influencia no peso ao nascer, o mesmo não ocorre ao determinar qual seria essa influência. Um total de 7 estudos não acreditam que o exercício físico praticado durante a gestação, dentro dos parâmetros seguros, possa provocar diminuição do peso ao nascer. Segundo Takito et al (2005), foi identificado que a atividade física moderada pode funcionar como fator de proteção para o peso inadequado ao nascer. Somente um estudo, o de Sternfeld (1997), descreve que qualquer atividade pode estar associada a baixo peso ao nascer. Outros estudos concluíram que as pesquisas não foram suficientes para determinar a relação da atividade física com o peso do bebê. O parto prematuro, também pesquisado, apareceu em 4 estudos, sendo que metade associa a prática de atividades com a prematuridade e a outra metade não. Outras alterações como retardo no crescimento fetal, diminuição de risco de hiperbilirubina e bradicardia apareceram em poucos estudos. De acordo com Batista et al (2003), a atividade traz benefícios para o feto quando é realizada de maneira regular, moderada e controlada desde o início da gestação.

No Equilíbrio Emocional foram incluídos 8 artigos sendo que todos concordam que a prática de exercícios físicos durante a gestação contribui para a melhora da condição emocional da gestante. Alterações como diminuição da ansiedade e do medo do parto e maior estabilidade no humor foram encontrados nos estudos, favorecendo a prescrição de atividades físicas durante a gravidez. Segundo Hartmann e Bung (1999), a prática de atividade física pode trazer benefícios psicológicos não só pelos exercícios em si, mas também pelo convívio em grupo. Guillén Rodríguez et al (1999), em seu

estudo, realizou pesquisa com 222 mulheres que foram atendidas em um centro de saúde urbano pelo serviço de educação materna – grupo educacional de esclarecimento. Foram passados três questionários contendo questões sobre higiene, hábitos alimentares, conhecimentos sobre gravidez, nascimento e cuidados com o recém-nascido. Os três questionários foram respondidos por 113 mulheres. Concluíram que, as gestantes não primíparas e de maior nível educacional tiveram maior nível de conhecimento – apontado pela pontuação dos questionários. Com o grupo educacional, 46,7% das fumantes pararam de fumar com a descoberta da gravidez; 86,7% tiveram pouco ou nenhum medo durante o parto; 92,8% acharam os exercícios respiratórios úteis; 69,8% acharam os exercícios de relaxamento úteis e 98,2% acharam que todas as gestantes deveriam fazer o curso. Registrou-se ainda o aumento do consumo de leite durante a gravidez. Kolt e Nicolí (1999) aplicaram um questionário – *Anticipation Motivation Questionnaire for Exercise in Pregnancy* (PMQEP) – para avaliar qual a motivação das gestantes para a realização da atividade física neste período. Foram respondidos 131 questionários, sendo que os principais motivos encontrados foram manter a saúde do bebê e lidar melhor com as mudanças físicas. O estudo de Márquez-Sterling et al (2000) observou respostas favoráveis quanto à saúde e bem estar avaliados pela *Body Cathexis Scale*. Na pesquisa realizada por Da Costa et al (2003), em cada trimestre de gestação, 180 mulheres fizeram uma auto-relatório da frequência, forma e duração de atividade física que estavam praticando durante a gestação. Avaliaram, também, melhora do humor, da ansiedade, e diminuição de estresses e discussões familiares. Como resultado, foram relatados que a prática de exercícios promove melhora do humor, menos discussões em família

e com pessoas próximas, menos ansiedade o aumento do bem estar psicológico. Para Poudevigne e O'Connor (2005), mulheres que conseguem manter atividade física acima dos níveis normais durante o segundo e terceiro trimestre apresenta maior estabilidade de humor. Thornton et al (2006) realizou uma pesquisa, nos estados Unidos, com 10 gestantes latinas e 10 acompanhantes para avaliar o suporte social e incentivo para a prática de atividade física durante a gestação. Todas relataram que a falta de companhia para a prática – por serem imigrantes e não conhecerem muitas pessoas – gera um afastamento e até descaso com a necessidade dos exercícios. Segundo Poudevigne e O'Connor (2006), mulheres que são ativas durante seu terceiro trimestre gestacional apresentam menos ansiedade que as inativas com relação ao parto. A inatividade durante toda a gestação interfere no humor e aumenta a ansiedade.

Ressalta-se que em nenhum dos 8 artigos, mesmo perante os resultados, foram feitas quaisquer recomendações de alteração no sistema de atendimento – como a sugestão de equipes multiprofissionais, da gestante que pratica a atividade física.

6 – DISCUSSÃO

O papel de ser mãe, que ao longo da história foi o único legitimado para que a mulher encarnasse, pode acarretar mudanças na mulher. As emoções podem ficar a flor da pele, uma sensibilidade maior pode aparecer. A vida social, profissional e o relacionamento com o parceiro e o restante da família

são muitas vezes revistos, fazendo com que a mulher assuma uma outra postura perante a vida.

Reconhecendo essa estrutura, essa oportunidade de mudanças profundas, não é de se admirar que o conhecimento fique restrito, como mal formatado, mal acabado. Aqui, o público da pesquisa e da divulgação de resultados esbarra no privado da individualidade.

Por ser um período importante e muitas vezes pouco conhecido, decidimos estudar a mulher na preparação para assumir esse papel. Nesta pesquisa reunimos informações sobre a mulher no decorrer da história, as mudanças que sofreram em seu papel privado e público/social, principalmente no que diz respeito à função materna. Agregamos conhecimentos consolidados na área da saúde como as alterações fisiológicas durante o período gestacional e as atividades físicas propostas para a grávida. Neste último tópico, analisamos, também, as pesquisas atuais e suas tendências a fim de observarmos se as práticas atendiam à mulher como um todo.

Analisando os conteúdos pesquisados, nota-se disparidade entre os anseios femininos – observado na prática diária com gestantes – e as propostas de atividades desenvolvidas para ela durante a gravidez. Os exercícios físicos criados ou adaptados para esta fase parecem se preocupar com as alterações fisiológicas do corpo, garantindo segurança e conforto para a realização da atividade, que tem como principal objetivo a promoção da saúde (física). No entanto, as dúvidas e inseguranças emocionais da mulher parecem ficar a margem dos programas.

Os resultados encontrados nos mostram os benefícios que a prática da atividade física pode trazer para o corpo da gestante. Conseguem delinear,

mas não determinar a dimensão dos riscos. Porém, isso já instrumenta o profissional, que conduz o programa de atividades para as gestantes, quais são os pontos-chaves aos quais deve se dar maior atenção neste trabalho, evitando complicações para a mãe e o bebê.

A atividade física na gestação já pode ser considerada um lugar seguro para a mulher, pois a maioria dos profissionais já possui conhecimento suficiente para garantir que a saúde e o bem-estar da paciente sejam mantidos.

Diversas modalidades de exercícios são propostas na literatura, assim, a gestante pode escolher a que melhor supre suas necessidades e suas capacidades físicas, podendo realizar atividades diversas durante todo o período gestacional, se adaptando às modificações corporais.

Conseguimos observar que o corpo orgânico da gestante consegue hoje ser muito bem cuidado. Contudo, a falta de atenção à estrutura emocional e social da mulher parece ser uma lacuna constante. A preocupação com as modificações físicas e o bem-estar do corpo e do bebê encobrem a mulher em si, que fica escondida – aprisionada – por nove meses. Alguns estudos mostraram que os exercícios auxiliam o emocional da gestante, especialmente no que concerne às questões como ansiedade, medo e depressão. Porém, não há qualquer recomendação de um novo programa de atendimento à mulher ativa de uma forma mais holística. Reconhece-se apenas uma futura mãe, associada de forma indissolúvel ao seu bebê, deixando de lado as inseguranças femininas que não estão dentro deste âmbito gestacional.

A estrutura que se apresenta é de uma permissão e de uma instrumentação para ser uma boa mãe, desde que fique de lado a mulher por trás desse papel.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O corpo é o palco onde as emoções, a sociedade e a fisiologia do corpo ganham expressão, ou seja, onde tudo que interfere no sujeito ganha significado e forma. Como a gestação é um período transitório e de mudanças rápidas, a mulher necessita de apoio global, que lhe permita construir uma imagem saudável e confortável de si mesma. A condição muscular e orgânica trabalhada não pode ser o único pilar do trabalho com gestantes. Eles devem ser um dos apoios para o desenvolvimento de novos conhecimentos pela grávida. As atividades precisam ser completas, enxergar a mulher integralmente e trabalhar com várias possibilidades de intervenção, não só corporais.

Ao trabalharmos com gestantes devemos elaborar programas que supram as necessidades da mulher, que ela possa se sentir acolhida e bem amparada para esclarecer suas dúvidas e construir uma imagem de mulher/mãe de maneira saudável.

Devido às questões éticas, poucos trabalhos trazem resultados conclusivos quanto aos efeitos dos exercícios. Pesquisas qualitativas, relatos de experiência e estudos de caso têm assim uma relevância neste tema. Novos estudos devem ser feitos a fim de apresentarem outras propostas de intervenção neste período com melhores parâmetros. Grupos multidisciplinares de atuação que trabalhem, além do corpo, com palestras explicativas, com discussões, que abram portas para a mulher esclarecer suas dúvidas, que lhe permita se apossar desse novo papel que se apresenta, sem, no entanto, ter que abandonar o que lhe é mais legítimo: ela mesma, em toda sua existência.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Gilvan Ferreira; NOGUEIRA, Lucas Souza Carmo; VARELLA, Tatiana Cristina Nogueira. Dermatologia e gestação. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Brasília, v. 80, n. 2, p.179-186, 2005.

AMARAL, Denise Rodrigues do. **Atividade física na Gestação e hidroginástica para Gestantes**. Poços de caldas. Trabalho não publicado. 39p.

ARTAL, Raul; WISWELL, Robert A. **Exercícios na Gravidez**. 2ª edição Barueri: Manole, 1999. 332 p.

BATISTA, Daniele Costa, CHIARA, Vera Lucia., GUGELMIN, Sílvia Angela, MARTINS, Patrícia Dias, Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3 n.2, p.151-158, abr. / jun., 2003.

CANEZIN, Claudete Carvalho. **A mulher e o casamento: da submissão à emancipação**. Londrina, 2004. Disponível em: <http://www.flaviotartuce.adv.br/secoes/artigosc/claude_t_mulher.doc>. Acesso em: 27 jul. 2006.

CLAPP, James. F., Pregnancy Outcome: Physical Activities Inside Versus Outside the Workplace. **Seminars in Perinatology**, v. 20, n.1, p. 70-76, Fev. 1996.

COLMAN, Arthur D.; COLMAN, Libby Lee. **Pregnancy: The Psychological Experience**. New York: Herder & Herder, 1971. 180 p.

CURY, Alexandre Faisal. Psicodinâmica da Gravidez. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, José Júlio de A.; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 77-84.

DA COSTA, D. , RIPPEN, N., DRITSA, M., RING, A., Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being, **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 24, n. 2, p. 111-119, Jun. 2003.

DELLA NINA, Milton. Estresse e Ansiedade na Gestação. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, José Júlio de A.; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 85-97.

FIEWSKI, Marlei Fátima Cezarotto. **Trabalho Feminino Industrial e Gravidez: Avaliação dos fatores de risco e seus impactos à saúde e ao processo de**

trabalho. 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FUNARI, Pedro Paulo A. et al. **Amor, desejo e poder na Antigüidade**. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

GALVEZ, Margareth. **A Gestante: Mudanças orgânicas e a influência da atividade física no seu corpo**. 1999. 94 f. Monografia (Bacharelado em Educação Física) - Unicamp, Campinas, 1999.

GUILLÉN RODRÍGUEZ, M., SÁNCHEZ RAMOS, J.L., TOSCANO MÁRQUEZ, T., GARRIDO FERNÁNDEZ, M.I. Maternity education in primary care. Efficacy, utility and satisfaction of pregnant women. **Atencion Primaria**, 24, n. 2, p. 66 - 72, v. jun. 1999.

HANLON, Thomas W.; YMCA Dos Estados Unidos. **Ginástica para Gestante: O Guia YMCA para Exercícios Pré-Natais**. São Paulo: Manole, 1999.

HARTMANN; BUNG. Physical exercise during pregnancy: physiological considerations and recommendations. **Journal Of Perinatal Medicine**, v. 27, n. 3, p. 204 -215. 1999.

HORNS PN, RATCLIFFE LP, LEGGETT JC, SWANSON MS.,Pregnancy outcomes among active and sedentary primiparous women. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** , v. 25, n 1, p.49-54, Jan, 1996.

KLEPP, Susan E. The Revolutionary Bodies: Woman and the Fertility Transition in the Mid-Atlantic Region, 1760 - 1820. **The Journal Of American History**, p. 910-945. dez. 1998.

KOLT, G.S., NICOLL, B.L., Exercise participation motives of pregnant women. **Australian Journal of Primary Health - Interchange**, v. 5, n.1, p. 41-52, 1999.

LEAVITT, Sarah A. A Private Little Revolution: The Home Pregnancy Test in American Culture. **Bulletin Of The History Of Medicine**, Xxx, v. 80, n. 2, p.317-345, 2006.

LE GOFF, Jaques. **Uma História do Corpo na Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1984.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1986.

MARQUES, José Antonio; DUARTE, Maria de Fátima. **Gravidez**. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MARQUEZ-STERLING, S.; PERRY, A. C.; KAPLAN, T. A.; HALBERSTEIN, R. A.; SIGNORILE, J. F., Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 32, n. 1, p. 58 – 62, jan. 2000.

MASSEY, Lyle. Picturing Childbirth in eighteenth-century obstetric atlases. **Art Bulletin**, p. 73-91. mar. 2005.

MELEM, Cláudia. **Natação para Gestantes**. São Paulo: Ícone, 1997.

MIRANDA, Sérgio Amaral; ABRANTES, Fernanda. **Ginástica para Gestante** 2ª edição Rio de Janeiro: Editora Sprint, 1986.

MIYAJI, Naoko T.; LOCK, Margaret. Monitoring motherhood: sociocultural and historical aspects of maternal and child health in Japan. **Daedalus**, v. 123, n. 4, p.87-105, 1994.

NASSER, Carina et al . Semana da conscientização sobre a importância do ácido fólico. **J. epilepsy clin. neurophysiol.**, Porto Alegre, v. 11, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492005000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Abr 2007. Pré-publicação.

NETTO, Hermógenes Chaves. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

OTTO, Edna Ruth de Castro. **Como ter um Bebê mantendo-se em forma: Ginástica para Gestantes**. São Paulo: Manole, 1984.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; PELÁ, Nilza Teresa Rotter. Idade materna como fator de risco: estudo com primigesta na faixa etária igual ou superior a 28 anos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p.57-64, out. 1999.

PASCOAL, Stênio Fernandes. Nefropatia na Gravidez. **Medicina On Line**, Uberlândia, v. 1, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.medonline.com.br/med_ed/med3/istenio.htm>. Acesso em: 30 ago. 2006.

PETERSEN, A. M.; LEET, T. L.; BROWNSON, R. C.. Correlates of physical activity among pregnant women in the United States. **Medicine And Science In Sports And Exercise**, v. 37, n. 10, p.1748-1753, out. 2005.

POUDEVIGNE, Mélanie S.; O'CONNOR, Patrick J., Physical Activity and Mood during Pregnancy. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 37 n. 8, p.1374 -1380, agosto 2005.

POUDEVIGNE, Mélanie S.; O'CONNOR, Patrick J., Women and their Relationship to Psychological Health. **Sports Medicine**, v. 36, n. 1, p. 19 – 38, out, 2006.

RIEHELMANN, José Carlos. A Mulher Atual: Perspectivas frente à Gestação. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, José Júlio de A.; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 40-53.

RZEZINSKI, Paulo da Costa; CORD, Eliane Mirilli Mac. Gestação como Evento Familiar e Comunitário. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, José Júlio de A.; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 54-61.

SANTANA, Vanessa Helena. Pressupostos Básicos de Atividade Física para Gestantes. In: DUARTE, Edison; LIMA, Sonia Maria Toyoshima. **Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais: Experiências e Intervenções Pedagógicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 71-80.

SCHIMITT-PANTEL, Pauline. A Criação da Mulher: um ardil para a história das mulheres? In: MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel. **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 129-156.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 124 p.

STEPHENSON, Rebecca G.; O'Connor, Linda J.. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2004. 520 p.

STERNFELD, B., Physical activity and pregnancy outcome. Review and recommendations. **Sports Medicine**, v. 23, n. 1, p. 33 – 47, jan. 1997.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove Meses na Vida da Mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

TAKITO, M. Y.; BENICIO, M. H. e LATORRE, M. R. D. O., Postura materna durante a gestação e sua influência sobre o peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.325-332, jun. 2005.

TEIXEIRA, Eliane Tavares Natividade. **Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos**. 1999. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswald Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

THORNTON, Pamela L.; KIEFFER, Edith C.; SALABARRÍA-PEÑA, Yamir; ODOMS-YOUNG, Angela; WILLIS, Sharla K.; KIM, Helen; SALINAS, Maria A. Weight, Diet, and Physical Activity-Related Beliefs and Practices Among Pregnant and Postpartum Latino Women: The Role of Social Support. **Maternal and Child Health Journal**, v. 10, n. 1, p. 95 – 104, Jan. 2006.