



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES - IEFES
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

SABRINY DE CASSIA FRANÇA MARQUES

MULHER-GESTANTE-MÃE-MULHER:
HISTÓRIAS DE VIDA SOBRE A VISÃO DE CORPO
E DE EDUCAÇÃO FÍSICA

FORTALEZA-CE
2017

SABRINY DE CASSIA FRANÇA MARQUES

**MULHER-GESTANTE-MÃE-MULHER:
HISTÓRIAS DE VIDA SOBRE A VISÃO DE CORPO
E DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Educação Física, no Instituto de Educação Física e Esportes - Universidade Federal do Ceará.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Tatiana Passos Zylberberg

**FORTALEZA-CE
2017**

FICHA DE APROVAÇÃO

SABRINY DE CASSIA FRANÇA MARQUES

**MULHER-GESTANTE-MÃE-MULHER: HISTÓRIA DE VIDA SOBRE A VISÃO
DO CORPO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

APROVADO, em: 10 / 07 / 2017.

Profa. Dra. Tatiana Passos Zylberberg – Orientadora
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES.

Prof. Dr. Ricardo Hugo González
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES.

Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES

Fortaleza – CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M321m Marques, Sabriny de Cassia França.

Mulher-Gestante-Mãe-Mulher : histórias de vida sobre a visão do corpo e de educação física / Sabriny de Cassia França Marques. – 2017.

77 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Tatiana Passos Zylberberg.

1. Corpo. 2. Gestação. 3. Educação Física. 4. Exercício Físico. I. Título.

CDD 790

Nessa árdua caminhada de vida e de grande aprendizado, muitas pessoas fizeram-me enxergar com outros olhos o mundo que nos cerca.

Desde pequena fui estimulada a querer saber e entender “os porquês de algumas coisas que tinham o porquê”.

Dedico a minha família e irmãos as vitórias que conquistei, pois são o meu alicerce.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por ter sido generoso e por ter me sustentado até aqui. Sei que és Rei em minha vida e que tua forte mão me guiará até meus últimos dias.

Agradeço também meus pais, Maria Verene e Antônio Marques, e minha Madrasta Antônia Glaucia, por terem apoiado minhas decisões, me levantado quando caí e me ajudado quando precisei. Vocês são meus porto-seguro. A vocês serei eternamente grata e quero retribuir da mesma forma como vocês se dedicaram a mim.

Sou grata ao meu esposo, Francisco Leandro, por ter dividido comigo momentos difíceis e madrugadas acordadas, mas que ainda vive comigo em momentos bons e inesquecíveis e que desejo poder viver e lembrar até o fim de nossas vidas.

Agradeço aos meus irmãos e amigos, em especial a minha amiga fã número 1 Gildênia da Silva, pois viram de perto minhas perdas conquistas e viveram comigo esses meus momentos de alegria e aflição. Sei que ainda temos um longo caminho pela frente e desejo que vocês permaneçam comigo em todos eles.

Meu muito obrigada, aos professores que me acolheram nos projetos de extensão e aos demais funcionários Badu, Markos e Hermínia que fazem parte do Instituto de Educação Física e Esporte da Universidade Federal do Ceará, tenho grande estima por todos.

Agradeço a minha querida professora e orientadora Tatiana Zylberberg, por ter compartilhado a sua grandiosa sabedoria, o seu olhar sobre as pessoas e a vida, por ter dado forças as minhas inquietações desde os meus primeiros semestres da graduação em Educação Física, e por sua doçura e paciência comigo. Demonstrando sempre mansidão e prontidão a estar sempre ali para me abraçar e acalantar.

Obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO O parir e suas riquezas simbólicas proporciona à mulher a transição mais importante da sua vida, transformando a gestante em mãe. Em inúmeras mulheres essa evolução é mistificada com questões culturais familiares e sociais, nas quais, são aterrorizadas quanto a dor, medo da morte e dos abortamentos. Muitas delas chegam ao hospital referindo que seus antecedentes familiares não “tiveram passagem”, ou seja, a dilatação necessária para a evolução e término do parto, pela crença da ideia genética como se esse desfecho fosse proveniente desses fatores. As gestantes e principalmente as primigestas, “mães de primeira viagem”, são pouco informadas sobre a gravidez e a prática de exercícios durante a mesma. Sabe-se que a atividade física é muito importante na obtenção e manutenção da saúde, que para a mulher gestante essa resultante não é diferente. Foi escolhido como universo da pesquisa o Hospital da Mulher e Criança do Município da Maracanaú, mais especificamente, escutamos as mulheres puérperas. O **OBJETIVO** da pesquisa foi, portanto, investigar as percepções das mulheres puérperas sobre o seu corpo grávido, correlacionando as suas experiências na Educação Física e a prática regular de exercícios físicos na vida adulta. A **DISCUSSÃO E RESULTADOS** revela que todas as mulheres entrevistadas vivem em situação de grande risco, de evasão escolar, baixa renda familiar e assistência precária quanto às informações durante o pré-natal e assistência ao parto em seu município de residência. As mistificações e receios quanto aos exercícios físicos durante a gestação fazem-se presentes, embora deveriam ser sanadas durante todo o período de maturação dessa mulher e durante o seu período gestacional, e também incluídas como temática nas aulas de Educação Física Escolar em educar para o autocuidado. A visão de corpo tortuosa e/ou adjetivada foi encontrada na fala das mulheres dando a entender as influências que o meio social e familiar exercem sobre elas. **Nas CONCLUSÕES** foi observada a deficiência dos programas de assistência ao pré-natal nas unidades básicas de saúde quanto ao esclarecimento das possíveis dúvidas quanto à gestação e exercícios físicos. Muitas pacientes não têm acesso ao pré-natal e consultas de rotina, a elaboração de mais programas de atenção a gestante, que envolva a prática de exercícios após o primeiro trimestre, informações sobre nutrição, a equipe multidisciplinar trabalhando em conjunto para a manutenção da integridade física e emocional da gestante.

Palavras - chave: Corpo, Gestação, Educação Física e Atividade Física.

GLOSSÁRIO

Optou-se neste trabalho em descrever os termos clínicos para melhor compreensão de leitores leigos ou de outras áreas de estudo.

A

Assoalho Pélvico: Conjunto de músculos que atuam suportando os órgãos sexuais e urinários, na mulher atua como suporte para o feto.

B

Binômio: Dois elementos, ideias, conceitos, cuja junção representa possibilidade harmoniosa em verdade ainda que subjetiva. Exemplo: Elo Mãe-Filho.

C

Comorbidade: Coexistência de transtornos ou doenças, dados da condição clínica concomitante; Comorbidade patogênica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiológicamente relacionadas.

D

Distócia de ombro: Ocorre quando um ombro do feto, geralmente macrossômico, fica encaixado no osso púbico da mãe e o bebê acaba preso no canal de parto, Pode haver ruptura dos nervos do braço do bebê ou uma fratura de clavícula.

E

Episiotomia: Secção dos músculos do períneo, corte médio lateral com tesoura cirúrgica, pique.

M

Macrossomia Fetal: Termo utilizado para definir recém-nascido com peso igual ou superior a 4.000 g independente da idade gestacional. É a complicação mais frequente em filhos de gestantes obesas.

Morbimortalidade: Conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade.

Multípara: Mulher que teve três ou mais partos.

N

Nulípara: Mulher que não pariu, e/ou não gestou.

P

Parturiente: Mulher gestante que está no período de trabalho de parto independente do seu estágio. No aguardo de parir.

Pré parto: Estágio inicial do trabalho de parto, preparação do corpo para o parir.

Primigesta: Mulher em sua primeira gestação unípara, grávida de gêmeos, também se aplica antes de ocorrer o parto, pode ser chamada de nulípara.

Primípara: Mulher que pariu a primeira vez, primeira gestação porém não concretizada.

Puérpera: Mulher que estava gestante e pariu. Mulher em pós parto, parida. Período que consiste entre o parto até o momento em que as alterações ocorridas no organismo da mulher durante a gestação retomam à situação não-gravídica.

Puerpério: pode ser dividido em puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), puerpério tardio (do 11º ao 45º dia de pós parto) e remoto (após o 45º, sem data definida de término)

S

Secundíparas: Mulheres que pariram a segunda vez, de segunda gestação.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| Capítulo I – Modificações Anatômicas e Sistêmicas da Mulher Grávida | 18 |
| Capítulo II – Histórico dos dados epidemiológicos e de doenças na Gestação e Atividade Física..... | 23 |
| Capítulo III – A Mulher-Mulher Gestante e a Atividade Física | 30 |
| Capítulo IV – A Mulher-Gestante-Mãe: história, percepções de corpo, contexto social e cultural..... | 36 |
| 3 METODOLOGIA | 41 |
| 3.1 Natureza e Tipo de estudo..... | 42 |
| 3.2 Local e período do estudo..... | 42 |
| 3.3 População-alvo e amostra | 43 |
| 3.4 Aspectos Éticos e Legais | 44 |
| 3.5 Instrumento de coleta | 44 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 45 |
| 4.1 Características sócio-demográficas e informações relacionadas ao parto.. | 46 |
| CONCLUSÕES | 65 |
| REFERÊNCIAS..... | 69 |
| APÊNDICE A..... | 77 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 77 |
| ANEXO A | 78 |
| FICHA DE ENTREVISTA A PUÉRPERA..... | 78 |
| CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA..... | 79 |

TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Tecidos maternos acrescidos..... | 19 |
| Tabela 2 - Classificação de peso pelo Índice de Massa Corporal e quanto a sua gravidade..... | 27 |
| Tabela 3 - Distribuição do ganho de peso materno durante a gestação..... | 28 |
| Tabela 4 - Peso ponderal recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional..... | 28 |
| Tabela 5 - Características etária das puérperas..... | 47 |
| Tabela 6 - Antecedentes familiares de risco das mulheres que participaram da pesquisa..... | 53 |
| Tabela 7 - Idade, Paridade - Gesta (G), Parto (P) e Aborto (A) e Idade dos filhos..... | 55 |
| Tabela 8 - Contra Indicações Relativas e Absolutas..... | 63 |

FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Municípios de residência das mulheres da pesquisa, regiões adjacentes a Maracanaú..... | 50 |
| Figura 2 - Expressões e Adjetivos pertinentes na fala da puérpera..... | 57 |

FOTOS ILUSTRATIVAS

FONTE: www.pinterest.com. Acesso em 10 de Jun 2017.



*Sem a curiosidade que me move,
que me inquieta, que me insere
na busca, não aprendo nem
ensino.*

Paulo Freire

INTRODUÇÃO

Desde 2007 atuei profissionalmente, em maternidades, como Técnica de Enfermagem. Em 2016, formei em Fisioterapia, curso que fiz paralelamente ao Bacharelado em Educação Física (EF). O meu principal foco nestes três percursos, foi tratar e acompanhar a mulher em situação gestacional assim, os estudos sobre a mulher grávida foram constantes, levando-me a querer aprofundar esta temática no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de EF.

Sabendo que a gestação é um período importante para o ciclo vital, marcado por transições e mudanças físicas, psicológicas e sociais, pois se trata de uma experiência individual e única que exige um olhar diferenciado das pessoas envolvidas, principalmente dos profissionais da saúde; defendo que a boa vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e após o nascimento, podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê, pois o parir é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher.

Assim, o desejo em pesquisar esta temática surgiu desde a primeira vez em que vi uma nova vida nascer, ao presenciar a emoção da mulher e sua situação transcendente, ao acompanhar as mudanças corporais, levaram-me a pensar na assistência humanizada a gestante, envolvendo desde a preparação ao parto e ao nascimento, fundamentados no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e familiares, como também, para pensar possíveis contribuições da Educação Física no processo chamado Mulher-Gestação-Mãe-Mulher.

Nas recorrentes vezes que observei o comportamento de uma mulher no trabalho de parto durante a minha atuação profissional no hospital público, percebi a timidez estampada em sua face, vergonha do corpo nu, despido para profissionais e na presença do companheiro, a sensação de vulnerabilidade e solidão eram predominantes na maioria delas.

Via situações familiares conflitantes sobre ser-mulher-parturiente, isto é, mães que acompanhavam as filhas que iam parir, mas ao invés de apoiá-las, ficavam questionando as diferenças circunstanciais dos tipos de parto. Comparando suas dilatações e o fato de precisarem de cesárias ou não. Salpicavam múltiplos confrontos aos desejos da própria mulher.

No período pós-parto, no puerpério imediato, tempo compreendido do 1º ao 10º dia, tínhamos conversas informais sobre a vida e suas rotinas gestacionais e pré-parto com essas mulheres. Sempre perguntava sobre a prática de atividades físicas durante a gestação, e a impressão era de abandono social e próprio, do não acolhimento, da exclusão e principalmente, da falta de informação sobre a importância da prática regular e orientada de atividade física durante a gravidez. Esse resultado foi unânime em todos os relatos entre as mulheres residentes em dezesseis municípios circunvizinhos à Maracanaú-CE, das quais foram identificadas em pesquisa anterior realizada no ano de 2016 no TCC I (apresento estes dados no Capítulo IV).

Para muitos a Gestação ainda é vista como um momento de pausa na vida social da mulher, nas conversas com estas pacientes era notória a carência de escuta e de esclarecimento. Por ser um período muito delicado, muitas delas achavam que incluir-se em alguma atividade física, seria um grande risco.

Entretanto, a alguns dos profissionais da área de saúde com quem convivi, médicos e profissionais de educação física, não indicavam a prática de exercícios, era muito presente a preocupação de que a prática de atividade física acarretasse prejuízos para o estabelecimento do ciclo gravídico e para o feto, assim, aconselhavam o repouso absoluto para todas as gestantes, eximindo-as de qualquer atividade física. Antigamente esse achado era mais intenso e constante, devido à falta de estudos aprofundados sobre esse grupo especial (FINKELSTEIN *et al*, 2006).

Atualmente, acredito ser incontestável que a atividade física regular é um importante fator para a prevenção, promoção e manutenção da condição de saúde de qualquer ser humano, principalmente aplicados a mulheres de todas as idades e situações, inclusive na gestação, no preparação para o parto, parto propriamente dito e o pós-parto, não somente no aspectos da “vida ativa” e “vida saudável”, mas sim, em questões de inserção social e ludicidade.

Mas os achados científicos, artigos e informações ainda não são suficientes para modificar a realidade de algumas mulheres grávidas, pois dados epidemiológicos apontam que a maioria das gestantes brasileiras encontra-se em estado de sobrepeso e não pratica de nenhuma atividade física, essa realidade ainda está presente na sociedade atual (CARVALHAES *et al*, 2013).

E que ainda são escassos e demonstram muitas controvérsias para revelar a relação entre a prática de exercícios físicos e a gestação, desfecho do parto, recuperação e reinserção social da mulher, mas felizmente os estudos específicos existentes como do ACOG (2002); OMS (2010), ao menos fizeram com que essas visões antiquadas de sedentarismo à gestante fossem modificadas, desmistificando os riscos de uma atividade física e desvelando essa gestante a sociedade.

No primeiro capítulo relato as principais alterações morfológicas e fisiológicas durante a gestação, descrevendo algumas mudanças diante o andamento gestacional.

No segundo capítulo, abordo dados epidemiológicos quanto a doenças provenientes da gestação, dados sobre mortalidade materna, índices e preconizações a mulher grávida.

No capítulo três relato sobre a mulher gestante e a atividade física, condutas que poderiam ser adotadas no pensamento da mulher gestante e a não doença, sobre o papel do profissional em Educação Física e sua atuação quanto ao esclarecer e ensinar durante o ciclo gravídico, a desmistificação da atividade física para a gestante e parturiente embasada em estudos científicos, e boas práticas durante o parto.

No capítulo quatro abordo a história da mulher em diversas partes do mundo, assuntos sobre a percepção corporal, contexto social, e cultural em que esta inserida, bem como os mitos da masculinização da mulher perante o esporte e a experiências pessoais com as gestantes em um projeto de extensão e experimento anterior que deram um norte as inquietudes do presente.

Realizei este estudo sobre a mulher puérpera e a prática de exercícios físicos durante a gravidez, em prol de adicioná-lo àquelas referências que tratam do assunto em comum. O **OBJETIVO PRINCIPAL** é

analisar as percepções das mulheres puérperas sobre o seu corpo grávido, correlacionando as suas experiências na Educação Física e a prática regular de exercícios físicos na vida adulta.

Como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** estabeleceu-se:

- Conhecer a história de vida de mulheres puérperas atendidas no hospital maternidade no município de Maracanaú-CE sobre a visão de corpo e as experiências de atividade física durante a vida.
- Identificar fatores que possam ocasionar a não prática de exercícios na gestação e conhecer seus hábitos de lazer.
- Problematizar a importância da prática regular e orientada de atividade física na gravidez para prevenir a obesidade e outras doenças que podem aflorar na gestação.



Corpo mulher, corpo mutante... corpo dentro do corpo, quando $1+1 = \text{infinito}$.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Capítulo I – Modificações Anatômicas e Sistêmicas da Mulher Grávida

A gestação é um momento sublime e cheia de transformações para a mulher, a capacidade de gerar um outro ser humano traz consigo profundas modificações. Nesse ciclo gravídico, desde a concepção até o seu término, essas modificações alteram as estruturas anatômicas e sistêmicas do corpo da mulher (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Esse corpo modificado trabalha em função da manutenção do feto, dando substratos necessários para que essa vida tenha um bom desenvolvimento e maturação até o fim da gestação. Para que isso ocorra, também são necessárias diversas adaptações fisiológicas atribuídas principalmente pelas mudanças da função endócrina e metabólica, o aumento do útero e de tecidos corporais e alterações cardiovasculares (FINKELSTEIN *et al*, 2006). Conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Tecidos maternos acrescidos

| | |
|---|------------------|
| Expansão do volume sanguíneo | 1,6 kg a 1,8 kg |
| Expansão do líquido extracelular | 0,9 kg a 1,4 kg. |
| Crescimento do útero | 1,4 kg a 1,8 kg |
| Aumento do volume de mamas | 0,7 kg a 0,9 kg. |
| Aumento dos depósitos maternos – tecido adiposo | 3,6 kg a 4,5 kg |

Fonte: Institute of Medicine (IOM 2009 citado por MELO, 2011).

Essas alterações são gradativas e fundamentais para proporcionar um aporte suficiente para o binômio Mãe-Filho e necessárias para a adaptação e crescimento do embrião, para a formação dos tecidos, nutrição e desenvolvimento para a vida neonatal (OLIVEIRA *et al*, 2010; CANESIN, 2010).

As diversas modificações anatômicas e também sensitivas podem ser observadas desde os primeiros meses pós concepcionais. Dentre elas, o aumento dos “estranhamentos” e sentimentos, o crescimento das mamas,

modificação da marcha, a anteriorização da pelve e do centro de gravidade, mudança no padrão respiratório, o acréscimo do ganho ponderal materno proporcional ao peso do feto e sua acomodação, que geram pressão sobre a Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) (SOUZA, 2012).

Essa musculatura é responsável por sustentar o peso extra durante as 36 - 42 semanas em uma gestação pré-termo podendo chegar até o pós-termo, respectivamente, além de sofrerem o processo de distensão pela cabeça do feto durante o parto vaginal (CANESIN, 2010).

O termo Assoalho Pélvico (AP) refere-se à camada formada por músculos, ligamentos e fâscias, funcionando como uma tipoia com o principal objetivo de sustentar os órgãos pélvicos. Esses músculos são os responsáveis por fornecer ação esfinteriana para a vagina, uretra e reto, mantendo a continência da urina pelo fechamento do hiato urogenital, e do conteúdo fecal na porção final do intestino (MOREIRA, 2010).

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) é constituído por duas camadas de fibras musculares, uma mais profunda conhecida como diafragma pélvico que compreende os músculos levantadores do ânus (pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e uma camada mais superficial ou diafragma urogenital com os músculos isquiocavernosos, bulboesponjosos e transversos superficiais, sendo estes conhecidos como músculos do períneo (DIAS, 2009, p. 28).

Durante o período gestacional, a MAP fica mais sobrecarregada devido ao peso do feto e estruturas anexas que são impostas ao assoalho pélvico, é nesse período que as queixas de perda urinária por incontinência são relatadas com maior frequência (SOUZA, 2012).

No trabalho de parto e no parto, que os músculos do assoalho pélvico sofrem a ação da pressão das contrações uterinas, que empurram o feto para o meio externo, fazendo com que toda a musculatura estique-se permitindo o nascimento (SILVA, 2011; NASCIMENTO *et al*, 2014).

Isso ocorre devido o aumento de alguns hormônios circulantes, principalmente, o estrógeno, a oxitocina e as prostaglandinas, que atuam na musculatura, nas articulações e ligamentos pélvicos.

O estrogênio estimula o crescimento contínuo do endométrio, amolecendo-o, e no final da gestação preparando o miométrio para o parto. Ainda, as principais funções desse hormônio são atuar no crescimento do

sistema vascular para o útero, aumento das mamas, dilatação dos órgãos sexuais externos levando mais sangue para a periferia, e que por sua vez, esse sangue atua transportando os demais hormônios para o parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Para Guyton e Hall (2002) o estrogênio juntamente com a Relaxina, atuam elevando a função inspiratória por causa da ascensão do diafragma e da ocorrência expansiva do tórax proporcionando maior relaxamento e tornando a parte das costelas mais adaptadas e flexíveis, bem como, ligamentos pélvicos e musculares permitindo assim uma maior dilatação do canal pélvico.

No trabalho de parto, as oxitocinas e prostaglandinas iniciam a sua atuação para a expulsão do feto, gerando contrações mais potentes. Ainda não se sabe o que desencadeia o trabalho de parto e as contrações uterinas, mas rumores evidenciam que a presença de estrogênios, principalmente o estriol, estimulam o útero a produção de receptores para a oxitocina, receptores para a prostaglandinas e de excitação de *gap-junctions* celulares, que sensibilizam, interligam e coordenam as células do miométrio respectivamente até o colo do útero, proporcionam uma contração eficaz (GABBE *et al*, 2015; GUYTON e HALL 2002).

É comprovado que a atividade física favorece o aumento do estrogênio, que por sua vez, contribui suavizando as cartilagens e elevando o nível de fluído sinovial, facilitando a passagem do feto (GALLUP 1992 citado por CASTRO, 2013).

No parto cesariano/ cirúrgico, todas essas etapas ocorrem, porém devido a presença de alguns fatores, tais como, o posicionamento do bebê, a não dilatação do colo e demais outros motivos, podem inviabilizar a via de parto vaginal. No parto vaginal, no momento em que o neonato sai do útero, indo em direção ao canal vaginal, algumas mulheres podem sofrer lacerações espontâneas e naturais durante essa passagem, mas vários fatores, como puxos dirigidos, macrossomia do feto, a utilização de instrumentos no parto fórceps ou no parto a vácuo podem gerar lacerações ainda piores no canal de parto e na musculatura do períneo (MARCELINO, 2009; REZENDE, 2012).

Essas lacerações podem comprometer a eficácia da musculatura do assoalho pélvico, trazendo consigo várias disfunções e incômodos que refletem diretamente na vida de várias mulheres, mesmo no pós-parto.

Portanto, faz-se necessária ressaltar a importância do pensar em todas essas alterações supracitadas e do cuidado a esse corpo em sua totalidade, antes mesmo do período gestacional, bem como também, durante o mesmo e após o mesmo.

Na discussão do capítulo a seguir veremos que a maioria das doenças no período gravídico são relativamente provenientes do estado de sedentarismo, principalmente a doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial sistêmica, ganho ponderal excessivo levando a obesidade (ACOG, 2002; NASCIMENTO *et al*, 2014).



Mulheres morrem, antes mesmo de se perceberem mulheres, mesmo sem saberem ser em sua totalidade.

Capítulo II – Histórico dos dados epidemiológicos e de doenças na Gestação e Atividade Física.

Doenças provenientes da gestação e do parto são a causa mais comum de mortalidade atualmente no Brasil, cerca de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma intercorrência nesse período, uma a cada minuto, contabilizando mais de 500.000 mortes ao ano (BRASIL, 2010).

Assim, Rezende (2012) aponta evidências que 90% dessas mortes são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo, também relata que essa realidade pode ser diferente, mediante a implantação de ações efetivas de promoção e melhor prevenção de doenças, conscientizando-as a buscar uma melhor qualidade de vida, para e si e o seu neonato.

Por ser um período que requer atenção especial, em senso comum acreditava-se que o exercício poderia gerar alguma comorbidade para a mãe, como a obstrução do canal de parto e principalmente para o desenvolvimento do feto, como a interrupção da gestação, somente nas décadas de 1980 a 90 que os estudos com a gestante e o treinamento físico foram potencializados (DIAS, 2009).

Entretanto, apenas em meados de 2002 que a atividade física para esse grupo foi estimulada e considerada segura, baseada em protocolos formulados pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2002; NASCIMENTO *et al*, 2010).

Esses protocolos contêm informações como os métodos a serem adotados, periodizações de acordo com cada fase da gestação, indicações e contraindicações relativas e absolutas, portanto a atividade física na gestação é recomendada quando há ausência de qualquer fator anormal que venha gerar problemas para a mãe e o bebê, deve ser realizado mediante avaliação médica especializada, sendo prescrito e realizado com a supervisão de um profissional de Educação Física (ACOG, 2002; FINKELSTEIN *et al*, 2006).

Mesmo com todos esses protocolos e novas pesquisas a respeito, as investigações atuais relatam que a prática de exercícios físicos ainda é pouco difundida entre as gestantes, pois a prevalência de gestantes insuficientemente ativas era de apenas 77,7%, seguidas de 12,5% moderadamente ativa e 9,8% vigorosamente ativa. Esses números são

consideravelmente menores levando em consideração as mulheres adultas em geral (TAVARES *et al*, 2009; CARVALHAES *et al*, 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2010) relata que a incidência de doenças cardiovasculares tem aumentado em 50% no Brasil, por complicações na Pressão Arterial, principalmente em mulheres.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada pelos altos e sustentados níveis de pressão arterial (PA), em valores de 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, aferida em duas ocasiões com intervalo de 4 horas cada.

Sua prevalência está acima 30% na população adulta brasileira, podendo chegar a mais de 50% em pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos, e mais de 75% em sujeitos acima dos 70 anos. Nas mulheres em idade procriativa a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. (FREIRE; TEDOLDI, 2009)

Ademais, Lewington *et al* (2002) evidenciam que a Hipertensão possui maior prevalência em mulheres afrodescendentes com risco aumentado de hipertensão de até 130% em detrimento às mulheres brancas.

O fato de o nível pressórico ser constantemente elevado por longos períodos de tempo está relacionado intimamente com a morbimortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; SBC, 2010).

Para Bezerra *et al* (2005) durante a gestação, a hipertensão associada a outros sintomas como a proteinúria, edema e nos piores casos, a presença de convulsões recebe a classificação de eclâmpsia. Essa situação patológica é apontada como a primeira causa de morte materna direta no Brasil, chegando a 37% dos casos, com sua maior incidência nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste (LEWINGTON *et al*, 2002; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Em Fortaleza (CE) especificamente foram registrados 122 óbitos por complicações da hipertensão perfazendo 41,2% do total de internamentos, 50,9% em 24 horas e 63,2% em 48 horas pós-internamentos (BEZERRA *et al*, 2005).

Outra problemática constante é a incidência de pessoas com obesidade, esse excesso de peso promove um acúmulo de tecido adiposo causando alterações endócrino-metabólicas no organismo, para a mulher gestante, a situação expõe maior preocupação, visto que este corpo já alterado mediante a situação gestacional. Para a OMS (2010), a obesidade em todas as situações e gêneros, é considerada um problema grave na saúde pública mundial.

Divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil (2014), os dados da pesquisa mostram que 57,6% dos brasileiros estão com peso corporal acima do considerado ideal, e que os obesos já somam 27% da população podendo trazer prejuízos ainda mais significativos ou ainda levar a morte por complicações devido a sua alta susceptibilidade (WHO, 2000).

Mais pesquisas epidemiológicas revelam que essa problemática está avançando ao longo dos anos, entre os anos de 1980 e 2008 a taxa de pessoas obesas no mundo encontra-se, aproximadamente, duas vezes maior. Ainda apontam que se ações conjuntas de prevenção e tratamento não forem desenvolvidas pelos órgãos de saúde, acredita-se que em 2020 a população mundial de indivíduos obesos será superior a 700 milhões (WHO, 2000).

As características das práticas alimentares e da atividade física e lazer são tratadas por Mendonça e Anjos (2004) como fatores determinantes do aumento na incidência do sobrepeso e obesidade no Brasil.

No que diz respeito à alimentação, essa tendência moderna influencia o consumo excessivo de alimentos industrializados, por serem mais acessíveis e de preparo rápido. Tais mudanças no consumo alimentar estão trazendo como consequência uma dieta hipercalórica e rica em açúcares simples e gorduras.

Ainda Ferreira e Wanderley (2010), afirmam que a transição de comportamento é advinda de um novo estilo de vida: o estilo contemporâneo. Essa modernização da vida em sociedade exige que tudo seja feito de maneira imediatista e facilitada, e isso se reflete em todos os âmbitos, inclusive no que se refere à alimentação e atividades físicas diárias e de lazer, essas atividades que antigamente eram realizadas ao ar livre e em locais de grande riqueza de fauna e flora, hoje perderam seu espaço para o lazer a frente de televisores e meios eletrônicos.

Falando em epidemia mundial de obesidade, Melo (2011) refere que o número de mulheres com sobrepeso em idade reprodutiva também vem aumentando gradativamente em todo o mundo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o sobrepeso e a obesidade entre as mulheres cresceram 50% nos últimos 30 anos, sendo que, atualmente, mais da metade, cerca de 51,9% das brasileiras entre 18 e 44 anos estão com o Índice de Massa Corporal (IMC) > de 25 (IBGE, 2014).

Para caracterizar o sobrepeso e a obesidade, a OMS (2010) propõe um modelo classificatório que leva em consideração o valor do Índice de Massa Corporal e sua relação com fatores de risco para comorbidades e mortalidade. O IMC pode ser facilmente calculado pelo quociente da divisão entre o peso em quilogramas e a altura ao quadrado em metros (Kg/m^2).

Tabela 2 - Classificação de peso pelo Índice de Massa Corporal e quanto a sua gravidade.

| Classificação | IMC (kg/m^2) | Risco de Comorbidades |
|---------------|--------------------------------|-----------------------|
| Baixo peso | < 18,5 | Baixo |
| Peso normal | 18,5-24,9 | Médio |
| Sobrepeso | ≥ 25 | - |
| Pré-obeso | 25,0 a 29,9 | Aumentado |
| Obeso I | 30,0 a 34,9 | Moderado |
| Obeso II | 35,0 a 39,9 | Grave |
| Obeso III | $\geq 40,0$ | Muito grave |

Fonte: World Health Organization (2000) Adaptada para as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, (2009-2010).

De acordo os parâmetros estabelecidos, indivíduos com IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2 estão com sobrepeso e a gestação está incluída na lista dos fatores clássicos desencadeantes da obesidade, pois manter-se em estado de sobrepeso e obesidade na fase gestacional está associado a inúmeros riscos maternos e fetais (WHO, 2000; MELO, 2011).

Para as mulheres em situação gestacional, no cálculo quanto ao peso corporal deve-se ser considerados fatores como o aumento de tecidos maternos, produtos da concepção, conforme (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do ganho de peso materno durante a gestação

| Produtos da concepção | |
|-----------------------|-----------------|
| Feto | 2,7 Kg a 3,6 Kg |
| Líquido amniótico | 0,9 Kg a 1,4 Kg |
| Placenta | 0,9 kg a 1,4 kg |

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. MELO, 2011.

Quanto ao período gestacional equivalente deve ser considerada e incluída uma adição ao ganho ponderal total ao fim da gestação, conforme demonstrado na (Tabela 4).

Tabela 4 – Peso ponderal recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional.

| Estado nutricional antes da gestação | IMC (kg/m ²) | Ganho de peso durante a gestação (Kg) | Ganho de peso por semana no 2° e 3° trimestre (Kg) |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--|
| Baixo peso | <18,5 | 12,5 – 18 | 0,5 |
| Peso adequado | 18,5-24,9 | 11 – 16 | 0,4 |
| Sobrepeso | 25,0-29,9 | 7 – 11,5 | 0,3 |
| Obesidade | ≥30,0 | 5 – 9 | 0,2 |

Fonte: *Institute of Medicine* (IOM-2009)

Diferente do senso comum, Mattar *et al* (2009) apontam que a prevalência de obesidade é maior entre as mulheres brasileiras de baixa renda em detrimento as classes sociais mais favorecidas. Essa incidência não é apontada com exclusividade do Brasil, pois é caracterizada constantemente em outros países em desenvolvimento.

Ainda, os mesmos autores têm apontado que mulheres que iniciam a gravidez com IMC acima do normal (20 a 24,9) têm riscos mais elevados para diversas complicações da PA, demonstrando que o risco de pré-eclâmpsia

dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m², o que equivale a um aumento no risco de 0,54% para cada 1 kg/m² de aumento do IMC.

Da mesma forma, Melo (2011) analisou que quanto maior o IMC materno inicial, maior a incidência da Diabetes Mellito Gestacional (DMG), chegando a ser três vezes maior que na população geral em gestantes obesas, pois mesmo com peso adequado, essas mulheres apresentam fisiologicamente um aumento da resistência à insulina.

Tais questões de saúde e/ou demais outros tipo de doenças para a mulher gestante, fazem a sua condição de constante modificação, ser considerada como desencadeante as comorbidades, ou atuar como fator agravante, quando as mesmas forem pré-existentes a gestação.

E para gerar a saúde e qualidade de vida do indivíduo, a prática corporal e regular de exercícios demonstram a opção por um estilo de vida mais ativo, potencializando a qualidade de vida da gestante e do neonato, devendo ser encorajado em todos os sentidos, desde que sejam indicadas (TAVARES, 2009; NOBRE, 2009).



Que saúde temos?

E para aquela que um dia foi
vetada de tê-lo, de fazê-lo?

Capítulo III – A Mulher-Mulher Gestante e a Atividade Física

O exercício físico trata-se de toda atividade física estruturada, de movimentos planejados e repetitivos que tem por objetivo melhorar a saúde e a manutenção dos fatores componentes da aptidão física (NASCIMENTO *et al*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde preconiza que adultos entre 18 e 64 anos devem praticar pelo menos 300 minutos de atividade física aeróbias moderada ou 150 minutos de atividade intensa por semana, essas recomendações atuam reduzindo os riscos de serem acometidos por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de mama e cólon, e a depressão, também atuam no controle e redução do peso corporal (OMS, 2010).

Durante a gestação não poderia ser diferente, parece existir um consenso revelando que a atividade física moderada não seja um fator de risco, pois não foram associadas, como se pensava, ao trabalho de parto prematuro e baixo peso do recém-nascido, ao mal-estar neonatal, não provocando adversidades ao desfecho do parto (NASCIMENTO *et al*, 2014; DIAS, 2009).

É recomendada a prática regular do exercício físico pela gestante, por pelo menos 30 minutos ao dia, pois já atuam promovendo inúmeros benefícios, prevenindo o desenvolvimento de diversas patologias, como a pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional (DMG), obesidade pós parto, macrossomia fetal, atuam também na prevenção de câimbras, edema e fadiga, podendo ser considerado um fator de proteção para as altas taxas de laceração perineal e prevenção para alguns resultados materno-infantis como a distócia de ombro (ACOG, 2002; WADSWORTH, 2007; NASCIMENTO *et al*, 2014).

Quanto à frequência e a duração do treinamento devem ser preestabelecidas, no entanto, a intensidade ainda é variável, situada entre exercícios leves á moderados respeitando a percepção de esforço de acordo com as capacidades individuais da mulher, medidas através da escala de Borg ou outro método eleito (DIAS, 2009; NASCIMENTO *et al*, 2010).

Não havendo contraindicações absolutas, a gravidez ainda é um momento oportuno para continuar ou introduzir a prática de exercícios para mulheres sedentárias (ACOG, 2002; NOBRE, 2009).

Inúmeras investigações têm analisado a repercussão de diversos tipos de exercício realizados na gravidez sobre variáveis maternas e perinatais, constatando que o ganho de peso excessivo está claramente relacionado a resultados gestacionais desfavoráveis (NASCIMENTO *et al*, 2014).

Dentre as análises houve um consenso que as atividades em meio aquático (hidroginástica), seguidas de atividades aeróbicas terrena são as atividades físicas mais indicadas nesse período (DIAS, 2009; CANESIN, 2010).

A hidroginástica trata-se de um exercício completo e ideal para gestantes, pois minimiza os impactos articulares e o peso extra na musculatura pélvica, diminuem as lesões ortopédicas relacionados ao hiper-relaxamento dos ligamentos e o equilíbrio da gestante, também favorece o aumento do retorno venoso e altera comportamento de frequência cardíaca e pressão arterial, diminuindo seus valores com a atuação da pressão hidrostática (FINKELSTEIN *et al*, 2006; SILVA, 2011).

Vale ressaltar que o treinamento de resistido, seja ele em terra ou meio líquido é o tratamento não-farmacológico mais recomendado no tratamento da hipertensão arterial, tanto o exercício físico agudo quanto o crônico, influenciam em maior proporção o comportamento da pressão arterial, tornando um dos métodos efetivos para a redução dos níveis elevados da pressão arterial (NEGRÃO; RONDON, 2001).

Já os exercícios aeróbicos produzem uma nítida melhora nas capacidades cardíaca e pulmonar, na manutenção e ganho de resistência muscular e na percepção do esforço e da dor no trabalho de parto, trata-se de movimentos ritmados e repetitivos, atuando em grandes grupos musculares, que em alguns estudos demonstraram eficácia no 1º e 2º trimestres da gravidez, relacionando sua prática com o tipo de parto em mulheres nulíparas (FINKELSTEIN *et al*, 2006; DIAS, 2009)

Tanto a hidroginástica, os exercícios aeróbicos, treinamento do assoalho pélvico ou qualquer outra prática corporal, como yoga, meditação e a dança durante a gestação possibilitam a diminuição das dores do parto, contribuindo para uma melhor tolerância ao trabalho de parto, principalmente

os mais prolongados, fortalecem os músculos do assoalho pélvico reduzindo o tempo do período expulsivo em comparação àquelas não treinadas ou gestantes que se exercitavam apenas esporadicamente (SCARABOTTO, 2006; REZENDE, 2012).

Diante disso, os mesmos autores afirmam que a função do exercício físico no condicionamento e na promoção do bem-estar geral são fundamentais para a interrupção de um possível processo patológico, da perpetuação desse quadro gerando complicações obstétricas.

Agur *et al* (2008) citaram as melhorias e possibilidades de que a atividade física, principalmente o treinamento da musculatura do abdome e assoalho pélvico (TMAP) durante a gestação. Os exercícios podem proporcionar a resolução de alguns problemas que muitas delas queixam-se durante esse período, tais como, as dores nas costas, sensações de esgotamento e sono, fraquezas e principalmente emocionais (WADSWORTH, 2007b).

Todo fortalecimento muscular promove o aumento do volume muscular, melhorando o apoio estrutural principalmente do assoalho pélvico, e o treinamento muscular abdominal, também atua indiretamente, fortalecendo os MAP (SILVA, 2011).

Dados obtidos revelam que os exercícios para o assoalho pélvico resultam no aumento das variantes, resistência e força muscular, porém, esses exercícios são mais efetivos quando a paciente é acompanhada por algum profissional habilitado para tal função (AGUR *et al*, 2008; LIMA, 2010).

Felizmente, dando enfoque a necessidade do profissional de Educação Física, os estudos atuais como o de Hegaard *et al* (2007 citado por Dias, 2009) observaram que as mulheres submetidas ao exercício durante a gravidez apresentam menor risco de parto cesariano.

E que em uma gestação normal, mulheres praticantes de exercícios podem continuar a fazê-lo, desde que tenham um atestado de saúde emitido pelo médico, e com uma prescrição individualizada para cada período gestacional e acompanhadas de um profissional de Educação Física (FINKELSTEIN *et al*, 2006).

Durante o parto os exercícios aeróbicos podem proporcionar uma melhor flexibilidade, a força e o controle motor, na MAP atuam diminuindo o tempo do período expulsivo.

Em outra análise Salvesen e Morkeved (2004 citado por Dias, 2009) compararam a duração do segundo estágio, que é a do trabalho de parto ativo, as mulheres que realizaram TMAP, obtiveram uma duração menor que 60 minutos com o TMAP, mas não diferindo em grandes proporções na duração total do parto, ou seja, primeira e segunda fase, porém nas que treinaram pareceu que o exercício facilitou o trabalho de parto.

Esse pensamento de modificação de condutas quanto a gestação e desfecho do parto, podem ser implantadas desde o pré-natal com uma assistência de qualidade e multiprofissional, indo além da indicação das condutas de praxe em avaliações que preconizam a não-doença, o que inclui mudança de condutas, quanto ao corpo, exercícios de fortalecimento, preparando-as para o parto ativo (SCARABOTTO, 2006; MONTENEGRO, 2011).

E durante o trabalho de parto essas condutas ensinadas anteriormente podem ser válidas para a mulher, podendo ter autonomia no seu parto, realizando exercícios de agachamento, balanço para frente e para trás, caminhada com balanço, rotação do quadril na bola suíça e a adoção de posturas como o decúbito lateral à esquerda, em pé ou aquela em se sinta confortável (DIAS, 2009).

Essas condutas pareceram reduzir significativamente a necessidade de ocorrer um parto instrumentalizado, episiotomias e outras complicações obstétricas, também atuam diminuindo o risco de lacerações severas, pois diminuem a tensão perineal relaxando-o, assim, facilitando sua distensibilidade durante a passagem do feto (SCARABOTTO, 2006; NASCIMENTO *et al*, 2014).

Para Scarabotto e Riesco (2006) quando a episiotomia é realizada, a incisão atinge a pele e a mucosa, além disso, também são habitualmente seccionados os músculos transversos superficiais do períneo e bulbocavernoso, esse procedimento pode representar a maior das agressões aos MAP.

Essas complicações obstétricas, principalmente a episiotomia, podem ser consideradas um trauma para a mulher, uma vez que todo

procedimento externo e invasivo da fisiologia da mulher e do parto, pode resultar em uma experiência dolorosa para a mulher e acarretar disfunções urinárias e fecais, inclusive sexuais (PIASSAROLLI *et al*, 2010; CANESIN, 2010).

Para evitar tais problemas, estudos revelam que ao realizar exercícios e o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) durante a gravidez, parece evitar rupturas perineais e demais condutas desnecessárias durante o parto (BO, 2009; SILVA, 2011).

Comparadas às mulheres de peso normal, as obesas têm maior risco de morte, do acometimento de complicações durante o parto provenientes de rupturas e lacerações, e de principalmente hemorragias, pois a atividade física provoca uma série de respostas fisiológicas, resultantes de adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

A adoção de um estilo de vida mais saudável durante a gestação, bem como no ciclo gravídico-puerperal, parece ser um caso de prioridade para as autoridades da saúde e que demanda certa urgência de intervenção.



Mulher NA história...

Mulheres fortes, filhos
fortes?! Em defesa do
interesse de quem?

Capítulo IV – A Mulher-Gestante-Mãe: história, percepções de corpo, contexto social e cultural

Desde os primórdios da história das civilizações, sabe-se da exclusão feminina. Na Grécia antiga as mulheres eram tratadas como inferiores aos homens, a atividade física era desenvolvida na forma de ginástica que significava “a arte do corpo nu”, com intuito preparatório masculino para as guerras e fins bélicos. A exposição da genitália masculina era sinônimo de virilidade e poder durante essas atividades (PITANGA, 2002).

Na idade média em Roma nos séculos V a XV não era diferente, as mulheres não possuíam voz, sendo condenadas a um legado de submissão. As leis e atividades eram restritas apenas aos homens, eram valorizadas apenas em situação gestacional restando apenas o papel de provedora da prole, em contrapartida eram servas de seus maridos, pois eram tratadas como uma mera propriedade (XAVIER, 2012).

Na América Latina até o século XIX, Xavier (2012) ressalta que as mulheres eram restringidas apenas ao espaço doméstico, tarefas do lar e educação dos filhos, apenas projetadas para serem mães de novos homens.

Nas primeiras décadas do século XIX, em toda a Europa, a ginástica científica é concretizada como parte constituinte dos novos códigos de civilidade, formadora de preceitos morais e educacionais. Preconizando um corpo milimetricamente reformado, cujo porte ostenta uma simetria estética e a altivez do corpo, assim desde esse ponto, surgiu o grande Movimento Ginástico Europeu (SOARES, 2005).

A *priori*, tal movimento ginástico foi proveniente das relações de expressão cultural, de divertimentos e festas populares, dos espetáculos de rua, do circo, dos exercícios militares, dos quais serviam apenas de entretenimento e lazer à aristocracia, pois eram bastante comuns nas ruas daquela época (SOARES, 2002 citado por DÓDO; REIS, 2014).

A ruptura da ginástica de característica prática popular deu origem aos processos higienistas dos quais resultaram as respostas aos princípios dos Métodos Ginásticos, os mesmos são percussores da ginástica que conhecemos e usamos hoje nas diversas práticas da Educação Física (FIGUEIREDO; HUNGER, 2010; DÓDO; REIS, 2014).

Para Dódo e Reis (2014) este movimento que pode ser pensado como o conjunto, sistematizado pela ciência e pela técnica, ocorrendo em diferentes países, especialmente na Alemanha, Suécia, Inglaterra e França, dando subsídios à fundação de quatro principais escolas: a Escola Alemã, a Escola Sueca, a Escola Francesa e a Escola Inglesa.

A Escola Alemã, Sueca e Francesa serviram de suporte para o surgimento dos principais métodos ginásticos, que resultaram nos três grandes movimentos ginásticos da Europa: o Movimento do Oeste na França, o Movimento do Centro na Alemanha, Áustria e Suíça e o Movimento do Norte englobando os países da Escandinávia; enquanto que a Escola Inglesa, classificada como mais radical, voltou-se para as atividades desportivas e do alto rendimento (SOUZA, 1997 citado por DÓDO; REIS, 2014; BAGNARA; LARA; COLONEGO, 2010).

Na França depois da Guerra, a ginástica francesa já não se tratava somente a questões militares devido a implantação dos movimentos, tomando proposições baseadas na ciência e voltadas a vida civil. Sua inserção deu-se por intermédio do coronel espanhol Francisco Amoros y Odeano (BAGNARA; LARA; COLONEGO, 2010).

Dando início a sua intervenção ginástica, Figueiredo e Hunger (2010) revelam que Amoros inspirou-se nas ideias pedagógicas do suíço Jean Henri Pestalozzi (1746-1827), das quais sempre evidenciava a necessidade do exercício físico na educação das crianças e as práticas corporais, apontando esse método como um meio de formação física, bem como estética e sensorial.

Apesar dos preconceitos sociais, Amoros com a ginástica eclética introduziu as mulheres à prática dos esportes, inserindo-as como fundamental parte integrante social, transformando os ambientes públicos em espaços propícios a sociabilidade e transgredindo à dominação masculina (SOARES, 2005).

Em sua história, a mulher e a sua inserção nas práticas corporais era voltada apenas em uma função social, mesmo que biológica, porém de papel cultural na obrigatoriedade de gerar filhos fortes, virtuosos e servidores da pátria (ZYLBERBERG, 2017).

Para Goellner (2003) a mulher desse contexto histórico voltava as suas atividades para o seu total controle e manutenção do corpo de aspecto

feminino, idealizado por padrões a se seguir, tais como, “medidas corporais ideais”, disseminando o pensamento da modelagem do corpo em sua perfeição.

Buscando esses padrões estéticos impostos, as mães burguesas impunham as suas filhas o uso de aparelhos horrendos e desconfortáveis para o “conserto” da sua prole feminina “defeituosa”, a fim de aumentar os “dotes estéticos” das jovens senhoritas casadouras, aumentando as chances e a pretensão do melhor casamento, como é evidenciado em maior proporção no parágrafo a seguir:

Inicialmente, as práticas corporais femininas eram associadas e ajustadas para o aperfeiçoamento de seu papel reprodutivo, na metade do século XX as primeiras competições femininas contribuíram para novas representações, ligando o esporte com a graça e a beleza, ou seja, o modelo estético corporal tipicamente feminino (SOARES, 2005, p. 29).

Com a morte de Amoros, suas ideias por sobre a Educação Física e a inserção da mulher foram continuadas por seus pupilos Julles Marey e George Demeny, ambos estudiosos da cinemática, e amantes de anatomia e fisiologia, embasaram seus trabalhos na máxima eficiência de movimentos e o menor dispêndio de energia. Demeny principalmente foi o percussor da ginástica fundamentada na ciência dos sentidos, quando o “aparelho sensitivo” não poderia ser excluído de qualquer movimento trabalhando então com o conceito de coordenação, considerando a beleza e a graça incorporada aos movimentos e como consequência, gerando harmonia (SOUSA, 2005).

Ainda a mesma autora reforça que desde Amoros, os exercícios para a mulher foi defendido como a possibilidade de educar toda uma geração. Demeny seguiu este indício e incluiu a arte e a música em suas sessões de ginástica, que na época eram denominadas de “danças gímnicas”. Ainda afirma que a manifestação da beleza feminina não pode ser completa se forem ignorados os exercícios corporais, enfatizando que a ginástica quando é bem aplicada é o melhor meio de acentuar a beleza e a graciosidade, abominando os trajes, tais como, os espartilhos, enchimentos artificiais e suporte de seios que encobriam os corpos femininos na época.

No esporte Goellner (2003) explica que para a época, romper com a graça e a beleza proposta, significariam a masculinização da mulher e a punição social para tal discordância era a desfiguração da mulher passando a ser tratada como uma transformação feia e asquerosa.

Esse aspecto é bastante comum nos artigos analisados, referindo-se ao medo da masculinização como uma das principais barreiras sociais para a inserção da mulher no esporte. Tal aspecto aparece tanto nos estudos sobre a história do esporte, principalmente os de rendimento, bem como na história da educação geral dos corpos na atualidade (SOARES, 2005; GOELLNER, 2003).

Há alguns anos esse era um reflexo visto em maior intensidade, porém é ainda perceptível na formação da mulher atualmente, no contexto familiar a criança menina ainda é restrita a brincadeiras de bonecas, de “ser mãe de brincadeira” e as brincadeiras que cabem **apenas** as meninas (KLAUS; KENELL; KLAUS, 2000).

Quando essa menina tem a sua menarca, com ela inicia-se uma gama de dúvidas, em sua indagação sobre a temática da menarca, do “Porque e para que sangrar todo mês? Porque algo assim a escorrer da minha intimidade expondo-me por fora e fazendo-me doer por dentro?” Zylberberg (2017, p.102) enfatiza uma problemática recorrente nas aulas de Educação Física Escolar, meninas e adolescentes são hipoestimuladas a expressar-se nesse período, ressaltado desde que seja fisiológico, eximindo-as de toda e qualquer atividade corporal.

As práticas corporais são:

“[...] expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer)” (BRASIL, 2012a, p. 28).

Principalmente para as mães, a menarca traz consigo um montante de novas regras de comportamento, novas convenções sociais, ritos, etiquetas, características gestuais, feminilidade, fertilidade, jogos de aparência, da errônea relação normal com o sofrimento e com a dor etc., para a menina que virou “Moça”, juntamente com a possibilidade de um *start* para gestar (FERREIRA, 2008; KLAUS; KENELL; KLAUS, 2000).

A não maturidade dessas jovens adolescentes que veem no período menstrual a oportunidade da não participação nas atividades propostas, burlando as aulas com o “mito” e com a pseudodesculpa de sua situação, reforçam crenças presentes no imaginário social desde a Idade Média, de que o sangue menstrual é um castigo, impuro e amaldiçoado (AMARAL, 2013 citado por ZYLBERBERG, 2017b).

Desvelando a situação mística que ela é incorporada no período da vida adulta, muitas a veem com desprezo, sinônimo de incômodo e abstenção da vida social e profissional e para outras é sinônimo de alegria, mas é esse ocorrido que pode revelar a ponte entre a saúde e doença (ZYLBERBERG, 2017).

Os contextos sociais e culturais ainda ditam a modelagem do corpo a ser seguida, nas maneiras de falar, andar, pular, saltar, dançar, sentar, rir, ficar de pé, dormir, tocar, ver, viver e morrer, ou seja, o indivíduo modela seu corpo em harmonia para com a sociedade (FERREIRA, 2008).

Esse contexto, e entre muitos outros, tais como o pensamento de muitos por sobre essa mulher que a classificam como um “ser frágil”, e quanto as suas questões reprodutivas (proteção ao aparelho reprodutor feminino), exímio do lazer e atividade física e quanto a sua questão gestar, crendices e os afazeres domésticos e educacionais foram demonstrados em minha pesquisa anterior (TCC1) Índice de laceração perineal em primíparas de parto vaginal: comparação entre mulheres fisicamente ativas x mulheres sedentárias (MARQUES, 2016). Objetivava realizar um comparativo, analisando a influência do exercício físico e/ou treinamento dos músculos do assoalho pélvico em gestantes primigestas na incidência de lacerações perineais e desfecho do parto, fato que é constantemente observado em positividade na prevenção das lacerações do períneo e partos vaginais menos demorados durante a insistência do estímulo ao deambular, do agachar e entre outras manobras no serviço que presto junto ao parto vaginal.

Como referi anteriormente, o fracasso quanto ao grupo teste do meu estudo foi unânime, as mulheres atendidas advindas desses municípios relataram que não faziam atividade física anteriormente à gestação, nem fizeram durante, sequer fazem atividade física esporadicamente e os motivos para que isso não ocorra foram respondidos em “desconversas”, algo como

uma não-resposta, mas esses resultados, mesmo que sejam negativos a pesquisa, subsidiaram um novo pensar ao perceber que a problemática estava em uma outra etapa, bem mais abaixo do que a que foi pensada anteriormente.

Em outra oportunidade de participar de projetos de extensão universitária, conheci o “Arte de Nascer” sob orientação do Prof. Ricardo Hugo Gonzalez e bolsistas junto ao Instituto de Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Ceará (2016-2017), cujo objetivo era proporcionar saúde as gestantes de baixo risco e baixa renda.

Entristeci-me ao saber que o projeto foi paralisado devido às dificuldades das mulheres receberem atestado de saúde emitido pelo médico obstetra. As mulheres grávidas chegaram a procuraram o projeto e ir nas primeiras reuniões, mas não aderiram. Nestes encontros, verbalizaram crenças sobre o risco de “pegar” Chikungunya, Dengue ou a Zika se fizessem atividades na piscina. Os coordenadores do projeto ressaltam que seria uma ótima oportunidade delas terem maior qualidade de vida e socialização com outras gestantes, participando de práticas corporais no meio líquido.

Todos esses resultados e mais alguns fizeram-me pensar, me inquietando sobre porquês, quais são as motivações dessas mulheres grávidas, histórias, pensamentos sobre seu corpo, crenças, gravidez e atividade física, para os quais modifiquei todo esse meu processo de busca e pesquisa, que diante das transformações físicas, psicológicas e sociais resultantes do processo gestação, muitas das quais corroboram para que hábitos mais saudáveis sejam de fato incorporados, a realidade ainda mostra que a mudança de comportamento é algo extremamente complexo e difícil de ser incorporada. Decidi escutar as mulheres, na busca de poder avaliar aspectos relacionados ao exercício físico na gestação, no intuito de defender um estilo de vida ativa como opção mais saudável para puérperas.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza e Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, de corte transversal e de abordagem qualitativa, os dados foram coletados por meio dos discursos das mulheres puérperas (POLIT, 2004).

O método descritivo, no qual a pesquisa embasa-se, está relacionado ao registro e transcrição de fatos observados, sem que haja interferência do pesquisador na fala. Esse tipo de trabalho orienta-se no trajeto evolutivo das variáveis observadas, destina-se a descrever as características de uma determinada população ou de um fenômeno, classificar, explicar e interpretar os fatos observados e falados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Segundo Minayo, Deslandes, e Gomes (2002) a pesquisa qualitativa é uma pesquisa que lida com o universo das significâncias, dos motivos, das aspirações, das crenças, visão do mundo e formas de trabalhar.

3.2 Local e período do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital público situado na cidade de Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza-Ceará, os dados foram coletados em um centro de parto normal e no alojamento conjunto obstétrico, setores que compõem o Hospital da Mulher e Criança Eneida Soares Pessoa, no período compreendido entre Março a Julho de 2017.

A presente instituição, Hospital da Mulher e da Criança, conta com a Emergência, Centro Cirúrgico e Central de Material, Berçário de Médio Risco e Internação Obstétrica. Atende aproximadamente mais de 500 mulheres ao mês em sua Emergência Obstétrica, pois se trata de um hospital de referência da região metropolitana, atendendo os demais 07 municípios circunvizinhos e outros municípios do Ceará e Brasil.

Essas mulheres são avaliadas na triagem, recebem a consulta com o Obstetra e são encaminhadas aos demais setores do hospital, ou medicadas conforme a necessidade que as trouxe.

O Centro de Parto Normal do Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, local onde ocorrem os partos por via vaginal, foi

inaugurado em 2012, foi batizado de Centro de Parto Normal Agacil de Almeida Camurça, em homenagem a fundadora da Casa de Parto da Mucunã.

No projeto inicial, o centro contava com cinco leitos de parto e com atendimento previsto de 130 mulheres ao mês, hoje o mesmo consta com 05 leitos de parto e quatro leitos de puerpério, evitando a chamada “Mãe Peregrina”, garantindo a sua vaga e atendimento sempre, possibilitando o aumento no número de partos, subindo para a média 200 partos/mês, sendo a maioria destes, realizados por Enfermeiras Obstetras, e isso também possibilita a puérpera receber a alta diretamente do CPN, o que é preconizado.

A opção de o cenário ser a instituição se justifica pelo fato do hospital ser vinculado ao projeto da rede cegonha que estimula as boas práticas obstétricas e incentiva o parto natural sem o uso da episiotomia ou outro tipo de instrumentação. Também por possuir amplo espaço onde as parturientes, por possuir equipe qualificada e completa, incluindo Médico Obstetra, Enfermeiros, Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta, Fonoaudiólogos, Técnicos de Enfermagem, e por fim, também possui uma infraestrutura que possibilita uma melhor intervenção do estudo.

3.3 População-alvo e amostra

A população deste estudo foi composta de puérperas internadas no Centro de Parto de Maracanaú e na unidade de Internação Obstétrica, que pariram no hospital no período da coleta.

Foram incluídas todas as puérperas internadas no hospital que tiveram a assistência ao parto e excluídas, aquelas internadas por qualquer outra condição clínica (abortamentos, sangramentos e outras situações relacionadas à hipertensão, infecção e etc).

Os critérios de inclusão da pesquisa se constituíram da aptidão da participante para responder aos questionamentos, aceitar participar do estudo, as menores de idade serão autorizadas pelo responsável legal.

3.4 Aspectos Éticos e Legais

Foi solicitado à coordenação da Educação Continuada e do CPN, local escolhido para a pesquisa, por meio de documento formal a autorização para desenvolvimento do estudo, expondo os objetivos e a relevância do estudo, bem como os benefícios à população.

Antes da entrevista com as puérperas foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram expostos os objetivos do estudo, garantindo, dessa forma, a seriedade da pesquisa, além dos direitos à confidencialidade, ao sigilo de identidade e à possibilidade de desistência a qualquer tempo do estudo.

Assegurar-se-ou a inexistência de danos e a informação foi utilizada para elaboração do estudo (não-maleficência), não perdendo o destino de sua destinação sócio-humanitária de justiça e equidade. No que se refere à beneficência, por meio dos resultados deste estudo, pode-se apontar pesquisas futuras que elaborem estratégias educacionais e/ou políticas públicas que poderão ser desenvolvidas em prol da promoção da saúde das gestantes.

3.5 Instrumento de coleta

A coleta de dados foi realizada em junho de 2017. As puérperas internadas nesta instituição foram convidadas a participar da entrevista e busquei interagir com as mesmas para que se criar uma relação de confiança e respeito mútuo.

Foram esclarecidos objetivos do estudo e sua anuência foi comprovada por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Foi assegurado durante a entrevista, a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Não foi utilizado, portanto nenhum instrumento de identificação das entrevistadas.

Neste encontro, para coleta de dados foi realizada entrevista individual por meio de roteiro semiestruturado composto por questões para

caracterização das participantes e questões geradoras sobre visão de corpo, gestação, práticas de lazer e atividade física em diferentes etapas da vida e na gravidez (ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas em momento oportuno, acordados entre as puérperas e a pesquisadora com duração a critério da puérpera. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia das participantes do estudo. Posteriormente, sendo transcritas na íntegra para que nenhuma informação importante seja desconsiderada.

De acordo com Minayo (2006) a análise temática é organizada em três etapas, na primeira etapa, Pré-Análise, o pesquisador conhece o material a ser analisado e retoma os objetivos iniciais do estudo. Nessa etapa, é necessário que o pesquisador faça uma leitura intensa do material, ao ponto de deixar-se impregnar por ele e, se for necessário, reformular as hipóteses e objetivos com base no que foi percebido pelo o pesquisador. Na etapa pré-analítica são determinadas as unidades de registro, unidades de contexto, os recortes, as modalidades de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. Na segunda etapa, Exploração do Material, o pesquisador busca os núcleos de compreensão do texto e classificará o material em categorias, ou seja, acontece a redução do texto às expressões ou às palavras significativas. Na terceira etapa, o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação através da transcrição dos resultados e então o pesquisador apresenta inferências e efetua interpretações.

Diante do exposto apresento-vos os dados coletados e analisados após as entrevistas com as puérperas atendidas na instituição de saúde em Maracanaú-CE.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente foram organizados os resultados relacionados às características sócio-demográficas e informações sobre fatores de risco e

enfermidades relacionadas a gestação e parto, posteriormente foram elaboradas subcategorias temáticas relacionadas ao tema da pesquisa: Corpo, Educação Física e Prática de Exercício Física.

4.1 Características sócio-demográficas e informações relacionadas ao parto

Participaram da pesquisa 09 puérperas, entre 14 e 38 anos. Sendo duas internadas no Centro de Parto Normal e sete na Internação obstétrica. O fechamento amostral deu-se por saturação teórica, suspendendo a inclusão de novas mulheres quando os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância e repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. A faixa etária encontrada expressa que a população deste estudo apresenta características que tanto se assemelham a atual tendência no processo de reprodução humana na atualidade, quando percebemos as incidências de gestações precoces, bem como também, onde se registra a ocorrência de uma gravidez mais tardia, na faixa dos 35, 40 e até 45 anos de idade (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

Tabela 5. Características Etária das Puérperas

| Variáveis | N |
|----------------------|----|
| Gênero | |
| Feminino | 09 |
| Faixa Etária | |
| 14 a 19 anos | 04 |
| 20 a 23 anos | 02 |
| 24 a 30 anos ou mais | 03 |

O fato de maior preocupação é pela incidência de adolescentes puérperas encontradas na amostra, dentre as nove mulheres pesquisadas duas tinham apenas quatorze anos, uma tinha dezessete e outra dezenove anos.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS (2010) como a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto pode ser aplicável até os 21 anos de idade, citadas nos artigos 121 e 142 (BRASIL, 1990 citado por EINSENSTEIN, 2005b).

Diante dessa problemática a OMS (2010) relata que nas últimas décadas a gestação de adolescentes tornou-se um problema para muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento como é o caso do Brasil, ressaltando que essa não é uma problemática nova, pois sua ocorrência tomava maiores proporções nos casos de gravidez/maternidade, em meados dos anos de 1980 a 90.

Dados do IBGE (2004) apontaram que no Brasil, foram registrados 20,75% em proporção de nascimentos de mães menores de 20 anos; distribuídos por regiões: Norte 25,59%, Nordeste 22,94%, Centro-Oeste 22,83%, com taxas mais baixas nas regiões Sul 19,71% e Sudeste 18,52%.

Essa gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social, como também, um problema social e de saúde pública:

[...] um nome que se dá a um período do desenvolvimento no qual certas expectativas sociais recaem sobre os indivíduos e configuram um modo de ser adolescente, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais pelas quais passam as pessoas. Sendo a gravidez um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico (DIAS e TEIXEIRA, 2010, p. 123).

Dentro desse modo de pensar, Oliveira (2008 citado por Dias e Teixeira, 2010) observaram que a gravidez na adolescência atuaria como uma situação muitas vezes indesejada que pode restringir as possibilidades da exploração de sua identidade e de preparação para o futuro profissional.

Na perspectiva maturacional é um dos pressupostos fundamentais para a integração corporal das pessoas ao ambiente em que atua, portanto o ser humano é aquilo que ele experienciar (HAYWOOD; GETCHELL, 2010).

Vista como um desvio de percurso, dos quais a não vivência dos conflitos, das incertezas, formação da autoimagem e autoestima podem gerar grandes consequências frustrando-a no viver e no experimento da “boa” adolescência. Esse aspecto é pertinente e identificado na fala de duas adolescentes puérperas pesquisadas:

[...] Há... Não, não sabia, depois que eu fui descobrir! Nem queria... As pessoas diziam que eu era muito “novinha” pra estar grávida... (Puerpera B).

[...] Eu ainda estava estudando, ia pra aula com o barrigão grandão... (Risos). Agora vou ter que cuidar, acho que minha mãe vai me ajudar... (Puerpera G).

Em função disso, com a não vivência desses fatores no período da adolescência a jovem grávida passa a não saber do seu papel social que são desenvolvidas e apreendidas nessa etapa da vida, pois esse fato é visto como uma situação de risco biopsicossocial negativa, não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade.

Em contrapartida, há meninas e meninos que veem na maternidade um modo de fuga da realidade vivida, durante sua pesquisa Reis e Oliveira-Monteiro (2007) avaliaram os jovens participantes de um programa de inclusão sociocultural moradores de uma favela em São Paulo e observaram que fatores como a falta de oportunidades de vida e as carências emocionais se encontram associadas à maternidade na adolescência e ao desejo de ter um filho.

Os mesmos autores encontraram que entre as meninas estudadas prevaleciam expressões como, “sentir-se só” (24%), “brigas ou tristezas com a família” (23%), “falta de opções na vida” (13%) e “gostar de crianças” (10%) foram as principais razões indicadas para o desenvolvimento de uma gravidez na adolescência. Entre os meninos a “falta de opções na vida” somava (25%), e a possibilidade de construir uma família eram mais pertinentes nesse escuta.

Nesse sentido, os autores concluíram que a maternidade precoce foi compreendida pelos jovens como uma alternativa viável para lidar com uma

série de problemas e situações desfavoráveis presentes em seu contexto sócio afetivo.

Ao serem indagadas sobre a sua procedência, duas mulheres residiam em Maracanaú, duas em Pacatuba, uma em Redenção, uma em Barreira, uma em Caucaia, uma em Fortaleza e uma em Guaiuba. Distribuídas na (Figura 1).

Figura 1- Municípios de residência das mulheres da pesquisa, regiões adjacentes a Maracanaú.



Fonte: Mapa do Ceará - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE.

Esse dado revela a incidência de mulheres que buscam um lugar para parir, pois devido à deficiência da assistência à saúde disponível na cidade natal que não condiz com a que é preconizada quanto a segurança materno-fetal. Em sua fala, algumas das puérperas mostraram-se envergonhadas ao dizer o seu município de moradia, perguntando-me se não haveria problema em não ser residente em Maracanaú, justificando a sua estadia ali a todo o momento:

Quando eu 'tava' na rua desceu aquela água nas minhas pernas, fui pro hospital e eles nem deixaram eu entrar direito [...] "Mim" botaram dentro do carro (ambulância)" pra trazer pra cá (Puérpera C).

Ei moça não tem problema não eu não ser de Maracanaú né? [...] Lá na frente (Recepção - Triagem), eu dei o endereço da minha amiga que mora aqui, só depois que eu fiquei sabendo que isso não tem nada haver (Risos) (Puérpera H)

Vim pra cá, por que não tem médico faz tempo... eu já tinha vindo pra cá (fala do hospital) na segunda feira, dia 22 a 'ditora' (no posto) disse: você vá com dor ou sem dor e eu não ia pra lá porque é só um posto (Puérpera F).

A vinculação da gestante à unidade de referência próxima a sua casa para assistência ao parto deve ser garantida, pois é um direito assistido a elas, evitando o fenômeno – “Gestante peregrina” e providências quanto a “Vaga sempre para gestantes e bebês” -, pois se trata de um momento ocasionador de estresses e preocupações e evitar esse tipo de peregrinação, proporcionam à gestante um sentimento de alívio, conforto e esperança (BRASIL, 2013).

Dentre os objetivos da Rede Cegonha, podemos destacar: “Organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade” (BRASIL, 2013). E também esse é um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, o princípio da Universalidade, que visa o atendimento a qualquer pessoa independente do seu local de moradia.

Geralmente, as mulheres que estão para parir buscam um cuidado digno e completo, e desejam que seus direitos identificados e também respeitados, sendo bem recepcionadas por profissionais competentes e que garantam um bom atendimento a puérpera e a seu filho (RIBEIRO *et al*, 2015).

As serem perguntadas sobre seu estado civil, duas relataram ser solteiras e sete eram casadas ou em união estável. A presença do companheiro, e a mulher no contexto como casada dão maiores subsídios para ter a sua prole e é de grande importância desde o início do ciclo gravídico, pois, quando o homem se torna parte do processo é provável que o casal esteja mais seguro e tranquilo quanto às mudanças ocorridas durante e após a gestação.

Ainda quanto às questões sociais de relacionamento conjugal, a mulher grávida que tem o seu companheiro está mais confiante quanto a sua inserção no contexto familiar com um relacionamento estável. Essa segurança será transmitida para a mãe e influenciará positivamente nas questões do corpo, na prática do aleitamento materno e na sua recuperação e retorno a forma de antes da gravidez (PEIXOTO *et al*, 2012).

Quanto à escolaridade, uma havia concluído o Ensino Fundamental I série compreendida da 1º ao 5º ano, quatro tinham o Ensino Fundamental II – 6º ao 9º ano incompleto ou completo, e quatro possuíam o Ensino Médio completo.

Esse dado reflete uma relação direta entre paridade, escolaridade e idade encontrada no estudo de Gupta e Leite (2001) que analisou mulheres do Nordeste Brasileiro com idade entre 15 e 19 anos com baixa escolaridade advindas de famílias que também possuem baixa escolaridade. Revelam que essa incidência é fator de pertinente, pois apresentam duas vezes mais chances de terem uma gestação precoce em detrimento a aquelas mulheres que possuem maior nível de escolaridade.

O abandono escolar também foi visto na histórias das mulheres pesquisadas, quatro mulheres deixaram os estudos formais após o início da paridade, não retornando à escola após a gestação (GUPTA; LEITE 2001). Alguns estudos apontam que ao abandonar a escola, as mulheres têm maiores chances de engravidar:

Eu queria estudar mais, mas depois que fiquei grávida desse bebê as coisas ficaram mais “difícil” (Puérpera I).

[...] Não tinha ninguém que ficasse com ele (Lactente), pra “mim” ir pra aula... (Puérpera D)

Eu ainda “tava” na escola quando engravidei... (Puérpera G)

As minhas amigas disseram que era pra eu não deixar de ir pra aula... [...] O professor disse que ia me ajudar com uns trabalhos pra eu não perder o ano. (Refere-se ao regime especial escolar) (Puérpera B).

O nível de instrução deve ser analisado, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante as consultas, e durante a busca a informações pertinentes quanto a gestação, sobre sua saúde e do

conhecer-se como mulher refletindo na forma como a mulher vivenciará a maternidade (PEIXOTO *et al*, 2012). E ainda revelam que aquelas com maior grau de instrução estão mais saudáveis e cientes em relação aos seus antecedentes familiares e pessoais de risco demonstrados na (Tabela 6).

Tabela 6 - Antecedentes Familiares de Risco das mulheres que participaram da pesquisa

| Variáveis | N |
|----------------------------------|----|
| Diabetes | 03 |
| Asma | 02 |
| Anemia Grave | 00 |
| Obesidade | 05 |
| Acidente Vascular Cerebral (AVC) | 00 |
| Doença do coração | 00 |
| Hipertensão | 04 |
| Doença psiquiátrica | 00 |

Quanto à prevalência de doenças na gestação, houve uma maior incidência de relatos quanto a Obesidade constatada no cartão de pré-natal em primeira instância, alterações na Pressão Arterial (PA) em oscilação no período gravídico e picos de hiperglicemia respectivamente.

Dados estes que fortalecem as evidências de Mattar *et al* (2009) que apontam a prevalência da obesidade em maior número nas mulheres brasileiras de baixa renda em detrimento as classes sociais mais favorecidas, e que também apontam mulheres que iniciam a gravidez com sobrepeso possuem maior risco de desenvolver complicações hipertensivas.

Melo (2011) analisou que quanto maior o índice de massa gorda de mulheres no início da gravidez > 25 corrobora com a maior a incidência da Diabetes Mellito gestacional (DMG).

Quanto as profissões, uma puérpera era costureira, duas estavam empregadas como doméstica e uma era vendedora. Cinco mulheres eram donas do lar ou desempregadas, dentre elas uma é estudante do Ensino

Fundamental (9º ano). Isso demonstra que a maioria das mulheres não possui renda fixa e/ou encontram-se em estado de desemprego, e que sua média da renda familiar perfaz um pouco mais de um salário mínimo e meio (R\$ 1.405,00) advindo do companheiro.

Segundo Ost (2009) a Organização Internacional do Trabalho (OIT) revela que, mesmo com avanços obtidos nas leis trabalhistas nos últimos anos, a situação feminina no mercado de trabalho não está em igualdade em relação aos homens devido a diversas condições de discriminação indireta e direta existentes, como o estabelecimento de critérios para contratação que eliminam mulheres casadas e com filhos e a permanência no emprego mediante a comprovação de não gravidez, limite de idade, experiência profissional. E direta quanto à desvalorização dos cargos e redução dos salários.

Ainda a sua condição na tentativa do equilíbrio entre o trabalho, família e vida pessoal, essa tríade geram grandes desafios para que elas possam concorrer de forma mais justa com os homens pelos postos de trabalho, pois esse fator foi apontado como maior dificuldade para as mulheres (MAGALHÃES, 2014).

Até o século XIX as modelagens sociais rotulavam “O homem-provedor e mulher-cuidadora da família”, mas essa visão começou a ser modificada devido à ausência do homem nos tempos de guerras, portanto a mulher teve de iniciar a sua inserção no mercado de trabalho durante a revolução industrial, mas essa rotulação ainda é vigente, permitindo que a mulher continue arcando quase em forma unilateral, quando não exclusiva, com as atividades de cuidado e assistência aos membros da família. Isso é revelado principalmente nas famílias de baixa escolaridade (OST, 2009).

Uma pesquisa realizada pelo IBGE, entre 2009 e 2013, registrou um aumento da presença feminina em vagas de trabalho formal, no Brasil. O público feminino atingiu 43% de participação, enquanto 57% ficaram com os homens. Apesar do crescimento, a diferença salarial ainda é grande, revelando que quanto maior o grau de instrução, maior é essa diferença (MAGALHÃES, 2014; OST, 2009b).

Dentre a situação gravídica anterior, seis mulheres relataram ter tido outra gestação, dentre elas três eram multíparas, e duas eram secundíparas,

uma teve um abortamento anterior e o restante da amostra era composto de primigestas, distribuídas na tabela a seguir.

Tabela 7 – Idade, Paridade - Gesta (G), Parto (P) e Aborto(A) e Idade dos filhos.

| Puérperas | Idade | Gesta | Parto | Aborto | Idade dos filhos |
|------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|----------------------------|
| Puérpera A | 23 | 03 | 03 | 00 | 05 anos/ 02 e meio/ 01 dia |
| Puérpera B | 14 | 01 | 01 | 00 | 02 dias |
| Puérpera C | 38 | 03 | 03 | 00 | 09 anos / 04 anos / 01 dia |
| Puérpera D | 20 | 02 | 02 | 00 | 11 meses / 05 dias |
| Puérpera E | 30 | 02 | 02 | 00 | 10 anos / 01 dia |
| Puérpera F | 25 | 02 | 02 | 00 | 11 anos / 01 dia |
| Puérpera G | 17 | 01 | 01 | 00 | 01 dia |
| Puérpera H | 19 | 02 | 01 | 01 | 01 dia |
| Puérpera I | 14 | 01 | 01 | 01 | 02 dias |

Segundo Araújo Teixeira (2008) e Zylberberg (2017) revelam que a mulher da atualidade cada vez mais tem adiado projetos pessoais, como a maternidade. A redução no número de filhos é um dos fatores que tem contribuído para facilitar a presença da mão-de-obra feminina.

Com menos filhos, as mulheres têm mais facilidade em conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora, pois a atividade produtiva fora de casa passou a ser tão importante quanto à maternidade, diferentemente de algumas culturas antigas, que a mulher dava a luz cerca de quinze filhos e os amamentava, ocorrendo poucos episódios menstruais, caso este demonstrado na amostra da pesquisa (ZYLBERBERG, 2017).

Quando perguntadas quanto aos sentimentos por sobre seu corpo grávido, sobre as mudanças perceptíveis durante a gestação, vieram um montante de sentimentos e sensações expressidos nas seguintes expressões:

Só vivia com o corpo cansado, tinha muito sono, dormia em todo lugar... Me sentia incomodada fazendo xixi toda hora (Puérpera H).

A primeira vez foi mais difícil, engordei bastante, mas desse aqui engordei muito não.
[...] Humhum...(Negação) Bonita não! (Puérpera E).

As minhas roupas não dão mais e ainda estou cheia de estrias... (Puérpera C).

Quando eu sentava, parecia gorda com a barriga de grávida... Achei que fiquei com o “buchão”, fiquei desesperadinha depois de 11 anos (Puérpera F).

Ao analisar o contexto do corpo grávido dessas mulheres percebe-se na fala das secundíparas e múltiparas a repetição do termo “Corpo Gordo” presente no questionamento relativo ao corpo. Isso faz-me pensar na ideia antiquada dos moldes de beleza impostos, do corpo belo e não defeituoso que era preconizado para a inserção da mulher na sociedade.

Diante do processo gestação, Verderi (2006 citado por Simões e Luperini, 2013) apontam que quase todas as modificações corporais são visíveis, e que algumas mulheres percebem os estranhamentos iniciais que serão constantes até o seu puerpério e algumas dessas modificações são relacionadas a um incômodo, a marcas e manchas, prova disso são as marcas para deixadas para vida inteira, tais como as cicatrizes de cesariana.

Meu rosto tá muito manchado e os olhos cheio de olheiras, tá difícil pra dormir, o bebê só chora. (Puérpera I).

Tá ardendo tudo aqui em baixo ainda, tá tudo mole e com estrias... (Refere-se a genitália pós-parto vaginal) (Puérpera H).

[...] me sentia muito gorda, tanto que tive ela de “sete mês” (fala da prematuridade) (Puérpera G).

Bennell (2001 citado por Lima e Oliveira 2005) apontam que quase todas as mulheres grávidas experimentam algum desconforto ou queixa musculoesquelético durante a gravidez e no seu puerpério. Ainda estima-se que cerca de 25% delas apresentem ao menos um dos sintomas em seus relatos, devido a necessidade de maior adaptação morfofuncional ocorridas descritas no Capítulo I.

Mudando, grande, desconfortável e com dores nas costas... [...] vomitei muito (Puérpera A).

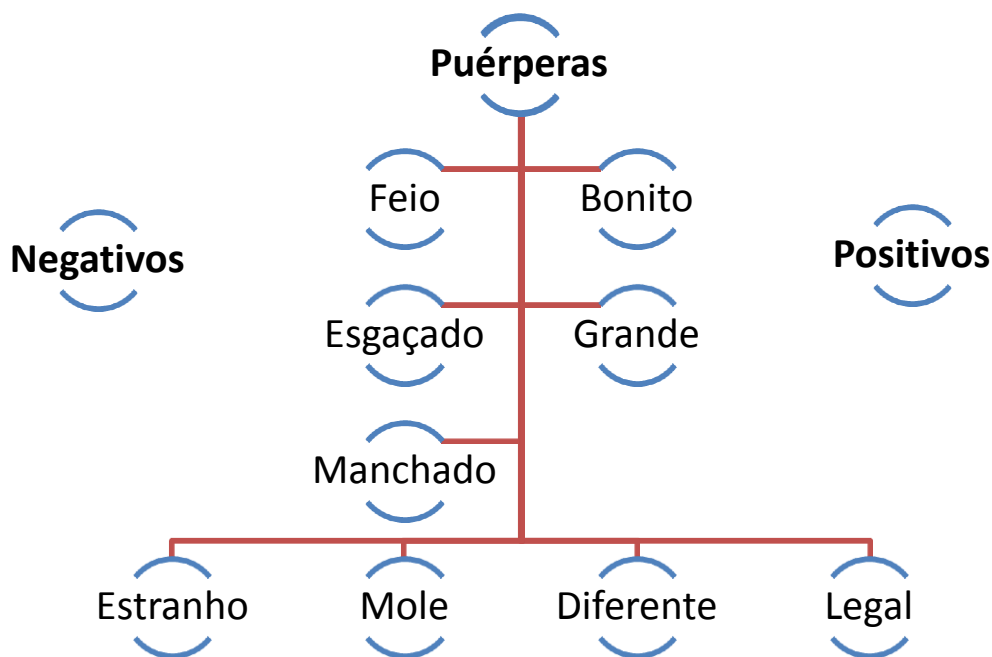
Em contrapartida as primíparas do estudo embora muito jovens, parecem vivenciar na maternidade uma espécie de encantamento, paixão e do ser mulher, sorridentes ao primeiro encontro do amor das suas vidas. Além de

representar para elas a valorização como mulher-mãe na sociedade e a concretização da sua identidade feminina (DIAS; TEIXEIRA, 2010; SIMÕES; LUPERINI, 2013).

[...] Foi ruim na hora de ter (ato de parir)... Na gestação era “bem”. Pra mim era normal... A barriga ia crescendo e eu achava legal (Risos). [...] Achava bonita quando eu “tava” grávida... achava feia não. Achei que engordei muito, mas não me achei gorda (Puérpera B).

Palavras citadas da visão do corpo grávido foram organizadas em um organograma.

Figura 2 – Expressões e Adjetivos pertinentes na fala da puérpera.



Algumas das expressões pertinentes apresentadas vão em contrariedade com as encontradas na investigação de Moreira, Simões e Porto (2005) em sua entrevista com 12 puérperas de três cidades do interior de São Paulo quando foram indagadas quanto a sua visão do corpo gestante. Vale ressaltar que essas mulheres eram atendidas em um convênio de saúde particular, ou seja, em uma outra realidade de instrução educacional, bem como em uma situação financeira muito diferente das puérperas participantes desse estudo.

Apesar de o puerpério ser um evento marcante na vida das mulheres, esse geralmente é um período negligenciado. As atenções se voltam muito mais para os bebês e há expectativa de que a mulher assuma o papel de mãe de imediato e sem dificuldades, colocando a puérpera em segunda instância (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010; DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Erroneamente esse pensamento faz com muitas mães não sintam a maternidade de forma plena, vivenciando-a como um estorvo e incômodo, portanto a mulher deve ser assistida de forma ampla atentando-se para suas dificuldades e vivências, escutando-a e conhecendo o novo contexto cultural e social que ela está vivendo para que o cuidado se dê de modo efetivo (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Quanto ao pré-natal, as mulheres relataram ter dificuldades na obtenção de informações durante as consultas, a falta do médico no posto de saúde foi uma das principais queixas.

Da minha primeira eu fiz o pré-natal, mas desse aqui eu nem fui atrás, por que eu já sabia que era difícil... (Puérpera E).

[...] Foi bom, eles mediam a minha pressão e me passaram um exame que disse que eu tava com anemia... Aí eu tomei uns remédios e fiquei boa (Puérpera A).

Os médicos quase nem pisavam lá, era uma dificuldade em conseguir uma receita, ou uma ultrassom... (Puérpera F)

Não me disseram nada que eu podia engravidar de novo! Pensei que se eu desse “comida de panela” pro meu filho, mas ainda continuasse amamentando eu não pegaria esse outro (fala da gestação no período anterior aos 6 meses pós primeira gestação) (Puérpera D)

Só conto com o pré-natal do Hospital! (Puérpera C).

Disseram que era pra eu vir com urgência pro hospital, lá só tem o posto de saúde (Puérpera F).

Ainda durante o pré-natal ao serem indagadas por sobre às recomendações da realização de exercício físico durante a gestação nas consultas de pré-natal, prevaleceram as seguintes falas:

Disseram que não precisava fazer exercício físico, que o que bastava era só eu varrer a casa, só isso que eles falavam... (Puérpera B).

[...] fazer as “coisas” (refere-se aos afazeres domésticos) que isso era uma exercício físico que eu tava fazendo... (ela concordava dizendo): tá bom! (Puérpera C).

Pode não! Podia perder a criança se pegasse peso ou corresse... (Puérpera E).

Não me disseram nada sobre isso de exercício físico (Puérpera H).

Na média nacional, apenas 46% das gestantes realizaram mais de sete consultas durante a gravidez. De modo geral, as proporções são extremamente baixas nos estados do Norte (25,8%) e Nordeste (32,9%) e, mesmo nas regiões mais desenvolvidas, essas proporções estão um pouco acima de 50%. Em apenas três estados - São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná - essas cifras ficam em torno de 60%.

Esse dado se assemelha com o relato do Prof. Ricardo Hugo Gonzalez e sua Bolsista Yara¹ por sobre as dificuldades de conseguir a consulta com o obstetra no projeto Arte de Nascer: atrasos, faltas e o não acolhimento nos locais da prática foram elencadas nas falas registradas.

Em decorrência das taxas de mortalidade infantil dos recém-nascidos com menos de seis dias serem extremamente altas nas regiões onde a assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido é mais precária, o Ministério da Saúde estabeleceu como norma um mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizadas por médico ou enfermeiro. É importante frisar que o uso de uma linguagem simples na educação em saúde durante o pré-natal também é imprescindível (BRASIL, 2013).

Nas questões gerais as crenças populares provenientes da gestação e o puerpério são incluídos como as situações que revelam maiores credices, rumores, rituais e comentários, dos quais são passados de mãe pra filha, de geração a geração, de povos a povos, principalmente nas situações de vida precária. As que se referem à atividade física na gestação, esses comentários também são escutados persistentemente:

[...] Disseram que eu era muito novinha... muita gente dizia que eu era muito novinha e que não precisava fazer exercício nenhum (Puérpera B e Puérpera G – fala comum das duas adolescentes).

¹ Dados coletados em entrevista em junho de 2017.

Teve gente que falou que não era pra eu fazer exercício físico porque eu ia perder o bebê... (Puérpera I)

Disseram que eu ia emagrecer e o bebê ia emagrecer junto (Puérpera B).

Podia perder a criança se pegasse peso ou corresse... (repete a recomendação ouvida no pré-natal) (Puérpera E).

[...] diziam que não adiantava e eu nem tinha mais esperança de ser normal não, porque já tava passando do tempo (Puérpera F).

Enquanto eu entrevistava a puérpera (I), houve a interrupção de da mãe falando: “Ela não pode fazer ‘arte’ não! Tem que ficar quieta quando tá grávida”. Esta fala chamou minha atenção, para a fato de tanto os médicos quanto representantes da família não incentivarem a prática de exercícios, pela preocupação da “arte” gerar consequências negativas na gravidez/feto.

O meio onde a gestante vive, o contexto sociocultural em que está inserida trazem consigo uma bagagem de costumes e atitudes que ela irá repetir. Esse repertório será formulado conforme a modelagem ensinada por seus pais, ou por aqueles que a cuidaram durante sua infância, inserem-se as relações interpessoais, familiares, sociais, incluindo questões financeiras, educação, cuidado de saúde pessoal, assim como tradições familiares, culturais, rituais e práticas religiosas (KLAUS; KENELL; KLAUS, 2000; LEININGER, 1996b).

Vale salientar que os produtos e variações da cultura devem ser conhecidos e considerados como importantes para aquelas famílias, pois cada ser/ gestante-mulher possui uma história anterior e não se pode desvincilhar o ambiente social do cultural como é preconizado na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 1996). Entretanto processos prejudiciais devem ser discutidos, buscando um melhor modo para a reinvenção.

Entrando no desfecho do relatos sobre a experiência escolar, a maioria das mulheres puérperas relatou ter participado das aulas de educação física quando foram alunas, citando algumas atividades que faziam durante as aulas:

[...] Corria ao redor da quadra (Puérpera F).

Sim era! A professora cobrava bastante no colégio... Mais de jogar, brincar de carimba que naquele tempo tinha (Puérpera E).

Ele fazia muita educação física de pular nas coisas (Puérpera H).

Não fazia e ele também não se importava se eu não fizesse (Puérpera C).

Nos casos de gravidez durante o período escolar, duas delas relataram ter participado com incentivo do professor de Educação Física e uma se eximida de tal atividade, demonstradas nas falas a seguir respectivamente.

[...] foi boa, não era em toda aula de educação física que ele botava pra eu fazer a mesma coisas que os outros, as vezes ele botava pra mim alongar as pernas... alongamentos nos braços... botava pra eu descer até os joelhos (Puérpera B).

Achei (que estava incluída), porque eu sabia que tinha coisas que eu não podia fazer: Correr... Pular, não fez muita diferença porque tinha coisa que ele botava pra eu fazer e todo mundo fazia junto (Puérpera I).

Tinha até (aulas de Educação Física), que ele dizia pra eu fazer atividade física, ele dizia que ia ser bom, que fazer bem, que ia facilitar mais na hora do parto, mas eu fugia das aulas... (Puérpera G).

Vale salientar que o profissional de Educação Física pode atuar nos diversos níveis de atenção a saúde, na prevenção primária, atuando no desenvolvimento de ações sobre as regras para uma boa condição de saúde, tanto fisiológica quanto psicológica, como atividades prazerosas. Na secundária, atuando como extensão da prevenção primária, se esta não alcançar os objetivos pretendidos; e na prevenção terciária, na identificação de maiores problemas de saúde encaminhando-os aos especialistas para o tratamento e ou reabilitação das doenças (STEIN, 2009).

As falas demonstram a importância do incentivo do professor de Educação Física na formação dessas mulheres. O professor de educação física que tem a oportunidade de desenvolver atividades que proporcionem melhora no indivíduo como um todo. Sabe-se que qualquer exercício físico que não é orientado pode ser prejudicial a saúde ou piorar algo existente (STEIN, 2009).

Relatando sobre os hábitos de sua família quando elas eram crianças e adolescentes, as mulheres demonstraram que praticar exercício não

era uma realidade constante por seus parentes, demonstram também hábitos contrariam as recomendações de saúde, não atingindo o tempo limite que é preconizado.

[...] minha família não tinha hábito de fazer exercício não. Só meu pai que caminhava de manhã, mas só às vezes. Minha mãe não... (Puerpera E).

Não... a minha mãe ia pra academia um pouquinho, os outros jogava bola... eram meus primos, tios e pai (Puerpera B).

Eles gostavam de assistir televisão, via a novela também (Puerpera A).

Meu pai chegava cansado do trabalho e a minha mãe trabalhava em "casa de família" aí não tinha tempo né! (Puerpera C)

Isso revela um reflexo ainda maior da realidade familiar atual quando as práticas corporais, desportivas e de lazer são substituídos pelo sedentarismo da inatividade física perante a televisão ou outros meios de entretenimento (NASCIMENTO *et al*, 2014). Ainda no relato sobre praticar exercício físico antes e durante a gestação, poucas gestantes disseram exercitar-se, apenas duas menores de idade no âmbito escolar e em projetos e uma durante a ida ao trabalho, atos apresentados nas seguintes falas:

[...] saia pra caminhar antes de engravidar... "aquelas coisas" que a prefeitura botou de aula de dança... corria (Puerpera B).

[...] corria nas brincadeiras de correr (Puerpera F).

Gostava de dançar antes da gestação, e eu ia caminhando pro trabalho (Puerpera E)

Mitos sobre correr e pular durante a gestação ainda são persistentes na fala da puerpera como foi supracitado, diante disso os protocolos da ACOG (2002) quanto a prática de atividade física durante a gestação revelam que é possível realizar atividade física desde que sejam liberadas pelo médico obstetra e também que não tenham nenhuma contraindicação ou doença grave pré-existente. Para isso existem contraindicações relativas e absolutas, apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Contra Indicações Relativas e Absolutas

| Relativas | Absolutas |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Doença miocárdica descompensada | Hipertensão essencial |
| Insuficiência cardíaca congestiva | Anemia |
| Tromboflebite | Doenças tireoidianas |
| Embolia pulmonar recente | Diabetes mellitus descompensado |
| Doença infecciosa aguda | Obesidade mórbida |
| Risco de parto prematuro | Histórico de sedentarismo extremo |
| Sangramento uterino | |
| Isoimunização grave ⁴ | |
| Doença hipertensiva descompensada | |
| Suspeita de estresse fetal | |
| Paciente sem acompanhamento pré-natal | |

Fonte: ACOG (2002).

Na falta dessas contraindicações faz-se necessárias algumas precauções quanto à frequência cardíaca, evitando que os batimentos fiquem acima de 140 bpm, exercícios de alta intensidade, ingestão regular de líquidos evitando a desidratação e a diminuição do fluxo sanguíneo para o útero e causar contrações.

As mulheres ao relatar sobre a não prática de exercícios físicos na gestação demonstraram falta de interesse, desconversando e buscando motivos ao responder as perguntas:

[...] nunca fui de fazer exercícios, fazia nada não. Já tenho muita coisa (fala dos afazeres domésticos) (Puérpera A).

Não praticava atividade física. Eu que não vou atrás. Só fico em casa mesmo (Puérpera E).

Não porque disseram que não ia ser bom pro bebê (Puérpera I).

Eu já levava as crianças pra praça, os meninos dão trabalho (Puérpera C e A)

Tinha preguiça e não ia (Puérpera D).

O relato escutado entra em consenso com a literatura, dentre eles os estudos de Tavares *et al* (2009) com 118 gestantes no Nordeste, que

apontaram a prevalência de inatividade física nas gestantes durante todo o período gestacional, e 100% da amostra alcançou o padrão sedentário na 32ª semana gestacional.

Ainda Silva (2007) avaliando o nível de atividade física de 305 gestantes em Fortaleza (CE) verificou que 80% apresentaram condição classificada como obesidade leve ou sedentário. Ademais, outro estudo realizado na região Sul do Brasil observou que apenas 4,7% das mulheres analisadas foram classificadas como ativas durante toda a gestação (DOMINGUES; BARROS; MATIJASEVICH, 2008 citado por NASCIMENTO, 2014).

Dentre as atividades de lazer foram elencadas atividades que não diziam respeito somente à mulher, eram atividades coletivas nas quais as secundíparas ou múltiparas levavam seus filhos para brincar o que leva a pensar que após a sua maternidade as mães permanecem mães, não retomando o papel de mulher em sua plenitude. Enquanto as primigestas recolhiam-se em seu ambiente de morada.

[...] só saio com a minha menina, assisto televisão, gosto de assistir novela (Puerpera E).

[...] ficar em casa... eu gostava de descer e subir escadas... TV não! (Puerpera B)

[...] eu vou pra praça, lá nos brinquedos... (Puerpera A).

Esse fato é demonstrado quase em unanimidade durante o período pós-parto e puerpério, a mulher passa a priorizar tudo que se relaciona ao bebê e/ ou criança em detrimento do seu próprio conforto e lazer, o desejo quanto ao bem estar de sua prole é evidenciado em quase todas as falas e que para elas isso já é o suficiente (GUERREIRO, 2012).

Sabe-se da importância fisiológica das adaptações promovidas pelo exercício físico, principalmente para a mulher em situação gestacional. Isso faz-se evidente nas falas das puérperas quando indagadas sobre a colaboração da atividade física para a saúde da gestante.

Ajuda nas dores, na saúde... (Puerpera A).

Na dilatação... ajuda o bebê a escorregar mais rápido, e pra saúde (Puérpera B).

Colabora muito na gravidez depende da pressão alta, igual a minha primeira menina que eu tive ela com pressão alta... (Puérpera E)

Praticando um pouco acho que ajuda... é importante (Puérpera G).

Ajuda a não ficar tão gorda... (Puérpera C).

Sabe-se que o exercício físico atua como fator protetor e benéfico para a prevenção de várias doenças para as pessoas que o praticam. Nascimento *et al* (2014) evidenciam que em duas revisões realizadas recentemente indicam que a atividade física durante a gravidez tem efeito protetor contra o desenvolvimento da diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.

E na lipólise, quando as contrações musculoesqueléticas atuam na liberação de miocinas que promovem função imunológica liberando mediadores inflamatórios oferecendo proteção contra doenças provenientes do sedentarismo, também atuam de modo prevencionista de doenças como as depressões e fobias, além de ser algo prazeroso.

Ambos os fatores poderiam influenciar na evolução da gestação, bem como nos desfechos materno-fetais, podendo modificá-los positivamente quando são realizadas com a frequência recomendada.

CONCLUSÕES

O presente estudo conheceu um pouco das histórias das mulheres usuárias do Hospital da Mulher e Criança Eneida Soares Pessoa, mais especificamente mulheres puérperas do Centro de Parto Normal e Internação Obstétrica e identificou que elas possuem diversos fatores de risco, dentre eles, a gravidez precoce, quando meninas chegam ao hospital gestante, prestes a terem seus filhos, pulando etapas de maturação, do conhecimento de si e do seu papel social restringindo as possibilidades da exploração de sua identidade e de preparação para o futuro.

Constatou-se que essas puérperas possuem baixa escolaridade e renda familiar, essas condições socioeconômicas atuam como fatores complementares um do outro e impedem que essas mulheres exerçam profissões que exijam qualificação e o domínio de tecnologias, restando apenas às tarefas do lar e de educação dos filhos. As mulheres que trabalham ficam relegadas, assim, a tarefas que desempenham como prestadoras de serviços ganhando menores salários.

Sendo a renda familiar insuficiente e a falta de conhecimentos e informações pelo alto índice de evasão escolar, dificultam a adoção de hábitos saudáveis comprometendo o autocuidado e ao entendimento das orientações em saúde.

Evidenciou a peregrinação da mulher de outros municípios em busca de um lugar para parir através do princípio da Universalidade, mas esse fato vai em contrariedade com o direito do usuário do SUS, que o Estado deve priorizar a assistência a todo o usuário disponibilizando a saúde em sua cidade de residência.

Prevaleceu a presença de doenças, tais como obesidade, hipertensão e diabetes respectivamente no histórico familiar, essas doenças são relacionadas aos maus hábitos de vida, e essa incidência refletiram-se na presença de doenças no período gestacional dessas mulheres pesquisadas, principalmente em se falar na obesidade.

Analisando a situação gestacional e materna, houve maior incidência nas mulheres com mais de duas gestações, mesmo assim, reflete a diminuição

do número de filhos dos quais víamos antigamente, dando espaço a entrada da mulher no mercado de trabalho.

Um dos pontos chave da pesquisa foi à prevalência dos relatos quanto à dificuldade com o pré-natal, algumas nem o fizeram na falta de esperança em ser bem assistida, relatos por sobre a falta de orientação sobre autocuidado, sobre o que é realmente para ser dito em um pré-natal foram escassas.

Em linhas gerais, nesta pesquisa, as experiências na Educação Física Escolar aparecem trazendo pistas de que estas aulas de práticas avulsas não proporcionavam o total compreender sobre a importância e os benefícios, do por que fazê-lo e pra que fazê-lo. Desse modo, compreendendo que a gestação representa uma fase de grandes modificações na vida da mulher e que o seu sucesso e bem-estar requerem diversos ajustes, que até agora não foram implementados satisfatoriamente, cabe pensar que o diálogo por meio da educação em saúde, portanto, é imprescindível não só quando a questão é a promoção da saúde e do ensino do autocuidado, mas o respeito aos direitos desta parcela da população.

Quanto à prática de exercício físico, identificou-se a falta de recomendações médicas explícitas e consistentes sobre a importância destes na gestação. Quando houve referência à prática, esta foi expressa de forma genérica, como uma simples citação, do que não beber ou comer. Aponta-se uma lacuna, portanto, fica o convite para a vinculação do profissional de Educação Física para defender, fundamentar e acompanhar gestantes na prática de exercícios físicos neste contexto.

Diante dos seus sentimentos quanto ao corpo grávido salpicaram expressões gestuais de timidez, sorrisos, seriedade, queixas e descontentamento. As falas das mulheres foram diversas, escutei palavras que me levaram de uma ponta a outra, de adjetivos a antônimos, de mulheres no plural para narrativas singulares.

Minhas primeiras experiências de pesquisa foram com referências quantitativa, estatísticas, tecnicistas e objetivando encontrar respostas exatas. A desestabilização vivida no TCC I convocou-me a investigar este fenômeno de outras perspectivas. Fui escutar e entender os porquês dos porquês.

Nesta pesquisa, que partiu de inquietações identificadas na minha atuação como Técnica de Enfermagem e Fisioterapeuta, deparei-me com histórias que humanizam a mulher que não pratica exercícios na gestação.

Como futura profissional de Educação Física, fica o desafio e o convite a ampliar a compreensão cultural de familiares, médicos e interessados por sobre tudo que envolve esse universo que se chama Mulher-Gestação-Mãe-Mulher.

Onde está aquele pensamento
da mulher inserida nas práticas
corporais:

Corpo (Mulher) Forte = Filhos
Fortes.

REFERÊNCIAS

ACOG, Committee Obstetric Practice. **Committee opinion. exercise during pregnancy and the postpartum period.** *Obstet Gynecol.* 2002;99(1):171-3. Number 267, January 2002. Disponível em: <<http://committeeopinionacogpublications/2010/9789241599979>. > Acesso em: 29 Jun. 2016.

AGUR, W. PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T.R. Does antenatal pelvic floor muscle training affect the outcome of labour? A randomised controlled trial. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, Surrey, v. 19, n. 1, p. 85-88, Jan. 2008.

ARAUJO TEIXEIRA, Z.: “Las mujeres en el mercado de trabajo”, **Rev. Universia**. Disponível em: http://www.universia.com.br/html/materia_daba.html. Acesso: 05 jun 2017.

BAGNARA, I.C; LARA, A. A; CALONEGO, C.C. O processo histórico, social e político da evolução da Educação Física. **Revista Digital - Buenos Aires - Año 15 - Nº 145 - Junho de 2010.** Disponível em <http://www.efdeportes.com/> Acesso em 16 de Junho de 2017.

BEZERRA EHM, ALENCAR JUNIOR CA, FEITOSA RFG, CARVALHO AFA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27 (9): 548-53

BO, K.; FLETEN, C.; NYSTAD, W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 113, n. 6, p. 1279-1284, Jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/154_gestacao_de_risco.pdf>. Acesso em: 28 Mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Brasília, 2013. 19 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde.** Brasília, 2012^a.

_____. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990

CARVALHO, F. F. B de práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 647-658, abr./jun. de 2016.

CANESIN, K. F., AMARAL, W. N. **Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura**. 2010. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>> Acesso em: 03 Mai 2016.

CARVALHAES M. A. de B. L.; MARTINIANO, A C. de A.; MALTA, M. B. ; TAKITO M. Y.; BENÍCIO, M. H. D. **Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde**. Rev. Saúde Pública [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000500958&lng=pt>. Acesso em: 26 Mai. 2016.

CAETANO, L. C.; NETTO, L; MANDUCA, J.N.L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Nursing Journal of Minas Gerais**, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2013. Disponível em: <<http://www.dxdoi.org/s1415>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

CASSIANO, A. N. Nursing care to woman in immediate puerperium: a narrative description. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2061-2071, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3675>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CAMARGO, J.F, WERLE, V., SARAIVA, M. do C. **História das mulheres nos esportes e na educação física: mapeando produções científicas – de 2000 a 2008**. Fazendo Gênero Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.

CASTRO, B. S. L.; MACCHI, G. de M.; PINHEIRO, T. L.; **Relação da Força Muscular do Assoalho Pélvico com a Postura Estática da Pelve em Funcionárias da Unama**, Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Da Amazônia – UNAMA; Belém, 2010.

DIAS, A. C. G, TEIXEIRA, A. P, Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo: **Revisão crítica da literatura**. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, Brasil Paideia jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45,

DIAS, L. A. R.; **Influência do treinamento dos músculos do assoalho pélvico sobre os resultados do parto e perinatais em gestantes de baixo risco/** Letícia Alves Rios Dias; Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 2009. Orientadora Cristine Homsy Jorge Ferreira. - Ribeirão Preto, 2009.

DODÔ, A. M ; REIS, L. N. dos. Século XIX e o Movimento Ginástico Europeu: o processo de sistematização da ginástica EFDeportes.com, **Revista Digital. Buenos Aires**, Ano 18, Nº 190, Marzo de 2014. <http://www.efdeportes.com/> Acesso em 14 de Maio 2017.

EINSENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saúde**. 2005;2(2):6-7

FERREIRA, F.R. **The production of meanings regarding body image.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.26, p.471-83, jul./set. 2008.

FINKELSTEIN, R. B.; TARTARUGA, M. P.; ALBERTON, C. L.; KRUEL, L. F. M.; **Comportamento da frequência cardíaca e da pressão arterial, ao longo da gestação, com treinamento no meio líquido.** Rev Bras Med Esporte _ Vol. 12, Nº 5 – Set/Out, 2006.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 6, supl. 1, p. 159-165, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300017&lng=en&nrm=iso>: Acesso em 07 Jun 2017

GABBE S. G, MD; NIEBYL J. R., SIMPSON J. L., LANDON, M. B., GALAN, H. L. G, JAUNIAUX E. R. M., DRISCOLL, D. A. **OBSTETRÍCIA Gravidez Normal e Patológica** - Elsevier Brasil, 2015 - 1312 páginas.

GOELLNER, S. V.. Mulher e esporte no Brasil: entre incentivos e interdições elas fazem história. **Revista Pensar a Prática**, v.8, n.1, jan./jun. 2005a.

GUERREIRO, E. M. **Representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal.** Fortaleza-CE, 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2012.

GUPTA, N., LEITE, I. da C. Tendência e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**, volume especial, p.24-29, 2001.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado De Fisiologia Médica** 10. Ed. Rj. Guanabara Koogan, 2002

HAYWOOD, K.M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2002/pof2002.pdf. Acesso em 23 de Maio de 2017.

LEININGER M. Culture care theory, research, and practice. **Nurses Science**. 9(2):71-8. 1996.

LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras. **Rev Bras Epidemiol**. 2004; 7 (4): 449-60.

LIMA, S. V. S. de. Fisioterapia: a relevância no tratamento da incontinência urinária. **Revista Novo Enfoque**. V. 10, n. 10, p. 144-160, 2010. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files.pdf>>. Acesso em: 03 Junho 2016.

LIMA, F. R. OLIVEIRA, N. Gravidez e Exercício. Pregnancy and Exercise COMUNICAÇÃO BREVE BRIEF COMMUNICATION **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 188-90, mai./jun., 2005.

LEWINGTON S, CLARKE R, QIZILBASH N, PETO R, COLLINS R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Rev. Lancet** 2002; 360:1903–13.

MAGALHÃES, L. E. R. O trabalho da mulher à luz da OIT. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 124, maio 2014. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14756> Acesso em jun 2017.

MARCELINO, T. C.; LANUEZ, F. V.; Abordagem Fisioterapêutica na Massagem Perineal no Pré - parto; **ConScientiae Saúde** 8(2):339-344. 2009.

MARQUES, S. C. F. **Índice de laceração perineal em primíparas de parto vaginal: comparação entre mulheres fisicamente ativas x mulheres sedentárias.** Sabriny de Cassia França Marques. Projeto de Monografia. Universidade Federal do Ceará – 2016.

MELO, M. E. Ganho de Peso na Gestação - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. **Revist ABESO**, 2011.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE FILHO, J. **Rezende, obstetrícia fundamental** – 12ed.-rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MOREIRA, E. C. H.; ARRUDA, P. B. de; **Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentais jovens e climatéricas;** Semina: Ciências Biológicas da Saúde, Londrina, v. 31, n. 1, p. 53-61 jan./jun. 2010.

MOURA, F. M. J. S. P. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev bras enferm**, jul-ago; 60(4): 452-5 Brasília, 2007.

MONTENEGRO, C. A B; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende: Obstetrícia fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 607 p. ISBN 9788527713603

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T.R; VARGENS, O. M. C. **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres.** Esc. Anna nery (impr.) jul-set; 2010.

NASCIMENTO, S. L.; GODOY, A. C.; SURITA, F. G. P.; SILVA, J. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 36(9):423-31, 2014.

NOBRE, R. C.; ALVES, M. V. P.; SOUZA, F. R. de. A prática de exercício físico no período gestacional. **EFDeportes.com, Revista Digital.** Buenos Aires, Año 14 n° 137 octubre de 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd137/a-pratica-de-exercicio-fisico-no-periodo-gestacional.htm>>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, T.; PINHEIRO, D. Intervenção de enfermagem nas adaptações fisiológica da gestação. Veredas-FAVIP: **Revista Eletrônica de Ciências**, Rio de Janeiro, v.3, n. 1, p. 58-67, 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/118/123>>. Acesso em: 9 jul. 2016.

OMS, Organização Mundial de Saúde [World Health Organization] **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf> Acesso em: 25 maio 2016.

OST, S. Mulher e mercado de trabalho. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XII, n. 64, maio 2009. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6088>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde; Epidemiology, physical activity and health. Artigo de Revisão. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** 10 (3): 49-54, 2002.

PRODANOV, C. C., FREITAS, E. C. de. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**, 2ª Edição, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2013.

PEIXOTO, C.R.; LIMA, T.M.; COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; OLIVEIRA, A.S.; DAMASCENO, A.K.C. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **REME Rev Min Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 171-177. 2012.

REZENDE, C. L., **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS/** Ceny Longhi Rezende; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. Campo Grande/ Mato Grosso do Sul, 2012.

SALIM, N.R; ARAÚJO, N.M; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev latinoam enferm.** 2010; 18(4):732-9.

SCARABOTTO, Leila B.; RIESCO, Maria L. G.; **Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas**; Rev Esc Enferm 40(3):389-395. USP - São Paulo, 2006.

SILVA, C. R. da, **Cinesioterapia do assoalho pélvico feminino – Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas**; editora Phorte, páginas 32, 43 a 46 - São Paulo, 2011.

SILVA F.T, COSTA F.S. Physical activity level evaluation during pregnancy. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007;29(9):490.

SIMÕES, R. LUPERINI, K. Corpo gestante: Duas faces do mesmo corpo. *In*: ZYLBERBERG, Tatiana Passos. (Org). **Mulheres e Novelos: Desentrelaçando a endometriose e a maternidade.** (p 251-271) São Paulo - 2013.

SOARES, C. L. **Imagens da educação no corpo : estudo a partir da Ginástica francesa no século XIX** / Carmen Lucia Soares. - 3. ed. - Campinas, SP : Autores Associados, 2005.

SOUZA, J. A. de; MEJIA, D. P. M. **A real influência do parto normal sobre o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico: revisão literária.** Dissertação: Pós-graduação em Uroginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade Ávila, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Junho 2017.

STEIN, C.K. Educação física e programa de saúde da família: mundos que se comunicam. **Anais: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCARE**, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Paraná, outubro, 2009.

PIASSAROLLI, V.P.; HARDY, E.; ANDRADE, N.F.; FERREIRA, N.O.; OSIS, M. J. D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2010; 32(5):234-40.

TAVARES, J. S.; MELO, A. S. O.; AMORIM, M. M. R.; BARROS, V. O.; TAKITO, M. Y.; BENÍCIO M. H. D. A. Padrão de atividade física entre as gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande - PB.

Rev. Bras Epidemiol. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext > Acesso em: 28 Jun. 2016.

XAVIER, A. C. B. P, A condição das mulheres no contexto social contemporâneo. **VIII Congresso Internacional de Teoría y Crítica Literaria Orbis Tertius Centro de Estudios de Teoría y Crítica Literaria - IdIHCS/CONICET** Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Universidad Nacional de La Plata, Universidade Federal de São João Del-Rei, 2012.

WADSWORTH, P. **The Benefits of exercise in pregnancy.** The Journal for Nurse Practitioners: 333 – 338, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, (p. 256) 2000.

ZYLBERBERG, T. P. Mulheres-corpos-excritos: ex-tranhamentos de sangue no contato existencial. *In:* CAVALCANTE JUNIOR, Francisco (Org). **Corpos escritos.** Curitiba: CRV, 2017 (p.101-116).

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sabriny de Cassia França Marques, aluna do Curso de Educação Física da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo meu trabalho de conclusão de curso intitulado “MULHER-GESTANTE-MÃE-MULHER: HISTÓRIAS DE VIDA SOBRE A VISÃO DE CORPO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA”, que tem como objetivo investigar as percepções das mulheres puérperas sobre o seu corpo grávido, correlacionando as suas experiências na Educação Física e a prática regular de exercícios físicos na vida adulta. Acredito que este estudo seja importante porque proporcionará a identificação de possíveis fatores que possam ocasionar a não prática de exercícios na gestação e conhecer seus hábitos de lazer. Para alcançar o objetivo proposto, convido você para participar, voluntariamente, respondendo a perguntas presentes em uma ficha avaliativa, passando por uma entrevista. Todas informações presentes nesse estudo, serão seguramente resguardadas, para garantir a manutenção do sigilo e da privacidade do participante, bem como buscando respeitar a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. O presente estudo envolve riscos emocionais. Caso se sinta desconfortável para integrar-se ao estudo, não deverá assinar este termo de consentimento, o que indica que você não será um participante. Caso você aceite participar e em algum momento queira desistir poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Em qualquer situação não haverá nenhum prejuízo e/ou punição em detrimento do seu desejo. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional por sua participação. Os resultados só serão utilizados para fins de divulgação científica, em nenhuma situação você será identificado. Você poderá acompanhar a pesquisa em todas as suas fases, como também poderá realizar acompanhamentos posteriores ao seu encerramento e/ou interrupção, com garantia ao livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. Caso tenha compreendido e deseje participar voluntariamente, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias. Este documento certifica que você concorda em participar desta pesquisa científica, e declara ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento sendo bem instruído (a), de acordo com os princípios da ética. A qualquer momento você poderá entrar em contato comigo (aluna pesquisadora) e/ou com a orientadora responsável pelo estudo. Aluna pesquisadora – Sabriny de Cassia França Marques - contato pessoal - (085) 86522639. E-mail: sabrinymarques@gmail.com. Orientadora – Dr^a Tatiana Passos Zylberbeg

Se tiver alguma dúvida sobre questão ética relacionada ao projeto ou a sua participação acesse a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS disponível na internet através do endereço eletrônico <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso.466.pdf>.

Obrigado pela sua colaboração.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2017.

(Assinatura do participante)

Sabriny de Cassia França Marques
(Aluna pesquisadora)

Tatiana Passos Zylberberg
(Orientadora / pesquisadora responsável)

ANEXO A**FICHA DE ENTREVISTA A PUÉRPERA**

Nome: _____ Idade: _____

Cidade que reside: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: Fundamental I() Fund. II () Médio () Superior In/Completo ()

Profissão: _____ Renda familiar mensal média: _____

Antecedentes pessoais de risco:

Doença do coração() Hipertensão() Anemia grave() Asma() Diabetes()

Convulsões/epilepsia() Acidente Vascular Cerebral (AVC)() Doença

psiquiátrica() Outros(). Quais? _____

Doenças durante a gestação. Quais? _____

II – Questões norteadoras

Corpo

1. Você já teve outra gravidez?
2. Já tem filhos? Quantos filhos e qual a idade.
3. Como você sentiu o seu corpo durante esta gestação?
4. Conte como foi o seu pré natal
5. Quais foram os comentários mais comuns que você ouviu sobre uma mulher grávida fazer ou não exercícios?

Educação física

1. Na escola você teve aulas de Educação Física? Conte como eram estas aulas.
2. Como você percebia seu corpo na escola? Você era incentivada a se movimentar? A fazer exercícios?
3. Quais eram os hábitos da sua família quando você era criança e adolescente? Seus pais ou familiares próximos faziam alguma atividade física?

Prática de exercícios físicos

1. Você praticava algum tipo de exercício físico antes e durante a gravidez?
2. Quais são as suas principais atividades de lazer nos finais de semana?
3. Quais são as atividades que você já fez durante a gestação? (caminhar? correr? Dançar?)

Dançar?)

4. Para você como a atividade física pode colaborar com a saúde da gestante?

III – Observações do pesquisador



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA EDUCAÇÃO PERMANENTE

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **MULHER-GESTANTE-MÃE-MULHER: HISTÓRIAS DE VIDA SOBRE A VISÃO DE CORPO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA**, a ser realizada no Centro de Parto Normal e Alojamento Conjunto do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda, com o intuito de resultar no trabalho de Conclusão de Curso da aluna de graduação Sabriny de Cassia França Marques, sob a orientação do prof(a). Tatiana Passos Zylberberg, com o seguinte objetivo de investigar as percepções das mulheres puérperas sobre o seu corpo grávido, correlacionando a prática de exercícios físicos. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no Centro de Parto Normal e Internação Obstétrica, através de entrevista com a puérpera.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas desta gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Maracanaú, _____ de _____ de _____

Universidade Federal do Ceará – UFC
Instituto Federal de Educação Física e Esportes.

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Dra. Maria do Socorro Norjosa Pelúcio Martins
Diretora Assistencial do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda