

ESTILOS DE VIDA NA GRAVIDEZ, EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES

Eleine Vanila Gomes do Espírito Santo¹

Doutorando Hernâni Pombas Caniço²

Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva³

1- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Eleine531@hotmail.com

2- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal - ACES Baixo Mondego, ARS Centro

hernanicanico@gmail.com

3- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra- Centro Hospitalar e Univeristário de Coimbra, Portugal

jcsilva@fmed.uc.pt

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutorando Hernâni Pombas Caniço por me ter sugerido o tema deste trabalho, pela total disponibilidade e dedicação que sempre revelou, e pela sabedoria com que me soube orientar.

Agradeço à minha família por todo o carinho, incentivo e apoio que sempre têm demonstrado, especialmente durante este último ano.

Por último, agradeço a todos os meus amigos por todo o amor, atenção, motivação, alegria, companhia, compreensão e paciência que demonstraram em todos os momentos.

ÍNDICE

Resumo.....	5
Palavras-chave.....	6
Abstract	7
I. Introdução	8
II. Materiais e Métodos	9
III. Gravidez e a Maternidade	10
IV. Alterações Anatômicas, Fisiológicas e Funcionais da gravidez	10
V. Alimentação e a Gravidez	14
Proteínas	16
Lípidos.....	16
Glícidos.....	17
Fibras	18
Vitaminas.....	19
Minerais e Oligoelementos.....	20
Cálcio.....	21
Ferro	22
Sódio.....	23
Iodo.....	23
Zinco e Magnésio	24
VI. Exercício físico durante a gravidez	25
Exercício físico durante a gravidez: efeitos no feto	26
Exercício físico durante a gravidez: associação com indicadores de saúde materno- infantil	28

Prescrição do exercício físico durante a gravidez.....	29
Contra-indicações do exercício físico na gravidez.....	31
VI. Consumo do tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez	32
Tabaco	32
Álcool	34
Cafeína.....	37
VII. Gravidez, Profissão e Factores Socioculturais.....	39
VIII. Família grávida: aconselhamento e plano de cuidados	42
IX. Contributo dos Profissionais de saúde no sucesso da gravidez	45
X. Discussão.....	48
XI. Conclusão.....	51
XII. Referências Bibliográficas.....	52

Resumo

O período da gravidez e a experiência da maternidade são etapas naturais do ciclo de vida da mulher que produzem grandes e importantes transformações, tanto a nível físico, como psicológico e social. O novo panorama social resultou num estilo de vida que se associa ao stress, tabagismo, sedentarismo e alimentação excessivamente calórica. E a forma como é vivenciada a gravidez tem-se vindo a modificar em função das exigências e dos valores que dominam uma determinada sociedade num determinado momento. Assim sendo, o significado da gravidez pela mulher foi sofrendo alterações, consoante a época e a cultura em que está inserida, mas o objectivo e a preocupação fundamental são a concepção de uma criança saudável. Sendo a gravidez uma época de profundas alterações na vida da mulher, pode e deve ser também uma oportunidade para alterar estilos de vida, e adotar comportamentos saudáveis. Este artigo engloba uma revisão dos diferentes aspectos que determinam o estilo de vida da mulher na gravidez. Foram abordados, o papel da alimentação e nutrição durante a gravidez, o efeito do consumo de substâncias como álcool, tabaco e cafeína, a prática do exercício físico durante a gravidez e associação com indicadores de saúde materna. Foram igualmente avaliados a influência da profissão, factores socioculturais, e o conceito de família grávida, por forma a elaborar um plano de cuidados. Conclui-se que estilos de vida da mulher durante a gravidez constitui um tema que levanta muitas questões tendo em conta a sua dimensão física, psicológica e social. A modificação do estilo de vida nos moldes descritos neste trabalho é benéfica tanto para a saúde da grávida, como à saúde do feto, e a maioria dos estudos são consensuais. As grávidas reconhecem a sua importância, no entanto, isso não se traduz numa maior adesão. Cabe aos profissionais de saúde indagar o seu conhecimento, orientar a grávida, reforçar a sua motivação e antecipar as complicações, embora a escolha por um estilo de vida saudável seja sempre individual.

Palavras-chave

Estilos de vida na gravidez. Alimentação na gravidez. Álcool, tabaco e cafeína.
Exercício físico durante a gravidez. Profissão e factores socioculturais. Família grávida.

Abstract

The period of pregnancy and motherhood experience are natural stages of a woman's life cycle that produce large and important changes, at physical, psychological and social levels. The new social landscape resulted in a lifestyle that is associated with stress, smoking, physical inactivity and an excessive caloric diet. And the way pregnancy is experienced has been changing according to the demands and values that dominate a given society at a given time. Thus, for the woman, the meaning of pregnancy has been suffering changes, depending on the time and the culture in which she belongs to, but the objective and the fundamental concern is conceiving a healthy child. Since pregnancy is a time of profound changes in women's lives, this time can and should also be an opportunity to change lifestyles, to adopt healthy behaviors. This article includes a review of the different aspects that determine the woman's lifestyle in pregnancy. In this article, the role of food and nutrition, the effect of consumption of substances such as alcohol, tobacco and caffeine, the practice of physical exercise and association with maternal health indicators, during pregnancy were approached. The influence of the profession, socio-cultural factors, and the concept of pregnant family in order to develop a care plan were assessed, as well. We conclude that women's lifestyle during pregnancy is an issue that raises many questions with regard to its physical, psychological and social dimensions. Most studies are consensual; the lifestyle modification along the lines described in this paper, is beneficial to the health of the pregnant woman, as well as the health of the fetus. Pregnant women recognize its importance; however, this does not result in greater compliance. It is up to the health professionals to inquire, guide the pregnant women, strengthen their motivation and anticipate for complications, although the choice of a healthy lifestyle is always up to the individual.

I. Introdução

Estar grávida não significa apenas esperar para dar à luz. Constituindo muitas vezes uma fase decisiva na vida da mulher, a gravidez pode ser um período de alegria e de realização pessoal como indivíduo e como membro da sociedade.^[1] Quando as mulheres engravidam, tanto elas como os seus parceiros experimentam habitualmente um misto de alegria, preocupação e esperança de que o resultado seja o melhor possível, ou seja, uma mãe saudável e um bebé saudável. Todas as sociedades procuram assegurar que a gravidez seja de facto uma ocasião feliz. Fazem-no através da prestação de cuidados pré-natais durante a gravidez, de forma a promover a saúde e a resolver eventuais problemas, tomando medidas para evitar a gravidez indesejada e procurando fazer com que a gravidez aconteça em condições sociais e ambientais favoráveis.^{[1][2]}

Assim sendo, adoptar um estilo de vida saudável no período pré-concepcional torna-se determinante no crescimento e desenvolvimento fetal, portanto, uma alimentação saudável e equilibrada neste período é fundamental para otimizar não só a saúde materna mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto e reduzir o risco de complicações neo e pós-natal.^[3] Estudos epidemiológicos revelaram que a exposição ao álcool, tabaco e cafeína no início do desenvolvimento embrionário, está associada ao aumento significativo de complicações na mãe e no feto.^[4]

Este trabalho pretende, sobretudo, abordar os diferentes aspectos que determinam o estilo de vida da mulher na gravidez, e será baseada essencialmente na avaliação do papel da alimentação e nutrição durante a gravidez, do consumo do álcool, tabaco e cafeína, a prática do exercício físico e associação com indicadores de saúde materna, influência da profissão e factores socioculturais, e por fim, o conceito de família grávida, as expectativas que se geram com a maternidade e com o novo membro na família, e que implicarão uma reestruturação da rede de relações familiares e sociais.

II. Materiais e Métodos

Este trabalho é o resultado de uma revisão da literatura, nomeadamente, de artigos científicos publicados sobre este tema. A pesquisa dos mesmos foi efectuada na Internet através do motor de busca *PubMed*, pertencente à *US National Library of Medicine*. Foram utilizados os termos de pesquisa “lifestyle in pregnancy”, “pregnancy and physical activity”, “Alcohol, smoking and caffeine during pregnancy”, “pregnancy and socio-cultural factors”, “pregnant family”. Inicialmente foi definido como critério de pesquisa avançada o facto de a data de publicação ser igual ou posterior a 2005/01/01, tendo sido também consultadas, sempre que necessário fontes bibliográficas de publicação anterior. Serviram também como fontes de informação outros documentos, nomeadamente obras, relatórios e pareceres. O idioma não foi critério de exclusão.

As palavras chave apresentadas neste artigo constam da lista *MeSHdata (Medical Subject Headings)*, que contém o vocabulário usado por este motor de busca para a indexação dos artigos.

Foram seguidas as normas de publicação da revista científica *Acta Médica Portuguesa*. As referências bibliográficas seguem as normas para uniformização dos manuscritos submetidos a revistas biomédicas do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e obedecem à normalização segundo Vancouver.

III. Gravidez e a Maternidade

Entende-se a gravidez como um processo ocorrido no período de 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto. Divide-se em três trimestres. O primeiro trimestre compreende da 1ª à 12ª semana, o segundo da 13ª à 24ª e o terceiro da 25ª à 40ª semana de gestação.

A maternidade por sua vez, ultrapassa a gravidez, assumindo-se como um projecto a longo prazo que requer prestação de cuidados, iniciativas, actuações, responsabilidades, amor e afecto que possibilite um desenvolvimento sadio e harmonioso ao recém-nascido.^{[5][6]}

A maternidade surge assim, como um momento que possibilita à mulher refazer as suas próprias representações do que é ser mãe, bem como reviver as suas experiências enquanto filha, colocando em evidência os seus medos e anseios, e conseqüentemente redefinindo os seus valores, autoestima e identidade. Tais representações adquiridas culturalmente constituem durante a gravidez uma imagem idealizada do que é ser mãe, e o que é ter um filho e, após o parto, passam a fazer parte de uma realidade concreta.^[5]

IV. Alterações Anatômicas, Fisiológicas e Funcionais da gravidez

Logo nas primeiras semanas após a concepção, observam-se no organismo da mulher profundas alterações anatômicas e fisiológicas. O organismo responde às hormonas gestacionais, e os seus efeitos incluem mudanças na anatomia, no controlo de funções metabólicas, cardiopulmonares e as diversas alterações no sistema reprodutor precisam ser apoiadas por ajustes de outros sistemas.^[7] Além do aumento progressivo do tamanho do útero, modificações importantes ocorrem ao nível do aparelho locomotor, da circulação, da respiração, e estão estreitamente ligadas às modificações do metabolismo, das trocas hídricas e minerais, à progressão da forma, função dos órgãos da cavidade abdomino-pélvica e dos órgãos torácicos.

A Food and Nutrition Board (FBN), a partir de dados de dois estudos com mais de 3800 mulheres britânicas, estabeleceu a média para o ganho de peso gestacional de 12,5 kg numa gestação de 40 semanas. Para mulheres com um índice de massa corporal normal (18,5-25), recomenda-se um ganho de 0.4 kg por semana, durante o segundo e o terceiro trimestre, às mulheres com baixo peso durante a gravidez recomenda-se um ganho de 0.5 kg por semana, e nas mulheres com excesso de peso 0.3 kg por semana.^[8]

A hipervolemia inicia-se no primeiro trimestre, a partir da 6ª à 8ª semana, aumenta rapidamente no segundo, diminui a velocidade de aumento no terceiro trimestre e estabiliza em torno das 32-34 semanas. Por esta altura, a média do aumento é de cerca de 45-50%. Entre a 6ª e 8ª semana do puerpério, o volume sanguíneo regressa aos valores pré-gravídicos.^{[7][8]} A estas modificações associa-se habitualmente a diminuição da sideremia, devida à hemodiluição e ao aumento da capacidade de fixação do ferro e da protoporfirina livre dos eritrócitos, assemelhando-se este quadro ao encontrado nas anemias ferropénicas.^{[7][8]} Não se deve, contudo assumir esta situação como um quadro patológico, já que as modificações observadas no sangue periférico levam a maior capacidade de transporte de oxigénio, que aliada a uma diminuição da afinidade da hemoglobina materna para o oxigénio, são suficientes para suprir o aumento do consumo característico da gestação, e para facilitar a transferência do oxigénio para o feto.^[7]

A proteinémia total diminui acentuadamente durante a gravidez, desde o primeiro trimestre. Esta diminuição é atribuível essencialmente à albumina, que reduz de cerca de 4,0g/dl para 2,5-3 g/dl durante a primeira metade da gestação. Este decréscimo reflete-se directamente na diminuição da pressão oncótica do plasma, o que pode contribuir para o aumento da taxa de filtração glomerular que se observa desde as primeiras semanas de gravidez e também para a facilitação da passagem de água para o espaço extravascular, o que favorece o aparecimento de edema.^{[8][7]}

O sistema de defesa contra infecções encontra-se reduzido de modo a não haver rejeição do feto, predispondo a grávida às infecções.^[9]

Em relação ao sistema respiratório, ocorrem alterações anatómicas e funcionais sem aparente relação com exigências vitais da mãe ou do feto. O volume respiratório em repouso aumenta em cerca de 40%, o que acelera a respiração. O consumo de O₂ reduz em cerca de 20%. A partir do terceiro trimestre, a respiração quando profunda torna-se mais difícil, pois o feto começa a empurrar o diafragma para cima, a sua elevação comprime o coração, que deve então ajustar-se às novas condições de trabalho, aumentando o volume sistólico no 1º trimestre e a frequência cardíaca no 2º e 3º trimestre.^[7] A pressão arterial diminui ligeiramente durante a gravidez, desde as primeiras semanas. A pressão arterial sistólica varia pouco, mas a diastólica reduz-se 5 a 10mmHg entre as 12 e 26 semanas. Ao aproximar-se o termo, os valores de pressão arterial regressam aos níveis observados antes da gravidez.^{[7][8]}

A principal alteração na função do trato gastrintestinal durante a gravidez é a redução de sua actividade, pois à medida que a gestação progride, o útero em crescimento desloca o estômago e os intestinos.^[10] Náuseas e vômitos são sintomas característicos do 1º trimestre da gravidez, a sua causa permanece desconhecida, mas tem sido sugerido que a hormona coriônica humana possa estar implicada.^[7] Por acção da progesterona, a motilidade gastroesofágica, intestinal e da vesícula biliar, bem como a tonicidade dos esfíncteres está diminuída durante a gravidez. Por esse motivo são frequentes as queixas de enfartamento, sobretudo pré-prandial, azia, pirose e obstipação.^{[8][7]}

A nível urinário ocorre dilatação da árvore excretora, motivada pela compressão exercida pelo útero grávido provocando estase urinária, multiplicação bacteriana, predispondo as grávidas à maior incidência de bacteriúria e pielonefrite. Associadamente, as alterações morfológicas ocorrem a nível funcional, um aumento do fluxo plasmático renal em cerca de

50%, aumento da filtração glomerular com maior excreção de ureia, creatinina e ácido úrico, aminoácidos e proteínas.^[10]

A gravidez normal caracteriza-se pela hiperplasia dos ilheus de Langerhans. O estado gravídico é insulinogénico, observando-se uma resposta muito marcada da libertação de insulina em resposta a uma sobrecarga oral de glicose. Desde o início da gestação, observa-se uma redução da glicémia materna em jejum em cerca de 10-20%, resultado não só de maior produção de insulina, mas também de maior utilização periférica. A glicémia pós-prandial eleva-se por acção do aumento da resistência periférica à insulina mediada pela hormona lactogénica placentar, e em menor grau pela prolactina e o cortisol.^[8] A resistência à insulina faz parte dos ajustamentos fisiológicos da gravidez. Durante a primeira metade da gestação, o aumento dos níveis de insulina orientam o excesso de calorías maternas para formação de reservas lipídicas e de glicogénio, mantendo-se baixos os valores da glicémia. Na segunda metade da gestação, à medida que a placenta vai produzindo maior quantidade de hormonas com acção anti-insulínica, a actividade da insulina é perturbada, aumentando os níveis da glicose para que esta fique disponível para ser transferida para o feto. Esta diminuição de tolerância à glicose observada em algumas grávidas resulta não só na resistência periférica à insulina, mas também a incapacidade do pâncreas em responder adequadamente ao necessário incremento de produção insulínica; esta incapacidade é anómala e predispõe a grávida ao desenvolvimento da diabetes gestacional.^[7]

As paredes vaginais preparam-se para a distensão, aumentando a espessura da mucosa e a vascularização acentua-se. Há modificações na cor da aréola do mamilo e da linha mediana que vai do umbigo ao púbis. No rosto podem aparecer manchas escuras designadas de cloasmas, o aumento do fluxo sanguíneo faz com que a gestante transpire mais, produzindo um equilíbrio térmico. Em algumas mulheres aparecem estrias no ventre e nos seios.^[7]

V. Alimentação e a Gravidez

A gestação e os eventos a ela relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida da mulher.^[8]

O perfil de morbidade das gestantes caracteriza-se pela dualidade do estado de saúde e nutrição. De um lado, o baixo peso materno e as carências específicas de micronutrientes, podendo resultar em baixo peso ao nascer, e do outro, o excesso de peso e a obesidade, que muitas vezes se associam ao desenvolvimento do diabetes gestacional, síndrome hipertensiva da gravidez, pré-eclâmpsia, e defeitos do tubo neural.^[8] A obesidade está também associada ao maior risco de complicações no trabalho de parto e maior probabilidade de recorrer à cesariana. Também os recém-nascidos pré-termo de mães obesas têm menor probabilidade de sobrevivência. E a incidência destas complicações parece aumentar com o aumento do IMC prévio à gravidez.^{[8][11]}

No momento da concepção, o estado nutricional da mulher é determinante para o normal desenvolvimento embrionário. O crescimento fetal e placentar estão dependentes do estado nutricional materno no período pré-implantatário, uma vez que o período de desenvolvimento rápido placentar ocorre nas primeiras semanas de gravidez.

A maioria dos órgãos forma-se entre as 3-7 semanas após a última menstruação e quaisquer efeitos teratogênicos ocorridos neste período podem ser fatais.^[12] Por esta razão, é importante que todas as mulheres em idade fértil e que planeiem engravidar devam adquirir e/ou corrigir determinados estilos de vida, incluindo hábitos alimentares, aumentar o consumo de alimentos ricos em ácido fólico e ferro, moderar o consumo de bebidas com cafeína, evitar ingerir bebidas alcoólicas, deixar de fumar e praticar regularmente actividade física.^{[8][12]}

Vários estudos têm demonstrado que a dieta e o estilo de vida da mulher têm influências na saúde do recém-nascido a longo prazo. Pesquisas recentes sugerem que níveis inadequados de nutrientes maternos durante o período crítico do desenvolvimento fetal,

podem levar a uma reprogramação dentro dos tecidos fetais, o que predispõe a criança à doenças crónicas na idade adulta.^[8]

Além da importância do estado nutricional prévio à gravidez, o peso corporal e a distribuição de gordura são factores determinantes para a fertilidade, e para uma gravidez saudável. De acordo com o estudo prospectivo de coorte, realizado na Holanda sobre o efeito da distribuição da gordura corporal na taxa de concepção, as mulheres com distribuição de gordura predominantemente abdominal têm menor probabilidade de engravidar face às mulheres com distribuição de gordura essencialmente periférica. A gordura abdominal está associada a maior insulino-resistência e esta, por sua vez, aumentam as hormonas androgénicas e luteínicas, as quais podem reduzir a viabilidade do ovo.^{[8][11]}

Num estudo norte-americano realizado em cerca de 190 grávidas com o objectivo de avaliar o efeito de um programa de exercício físico associado a uma dieta equilibrada com maior proporção de proteínas, hidratos de carbono e menor ingestão de gordura, no peso da mãe e do recém-nascido, concluiu que as grávidas que participaram no programa de intervenção no estilo de vida apresentavam menor proporção de gordura saturada, e colesterol total, assim como menos ganho de peso aos dois meses, em comparação com o grupo de controlo.^[13]

Assim, manter um estilo de vida saudável é, portanto, fundamental para viver uma gravidez saudável, permitindo otimizar o desenvolvimento do feto e recuperar melhor a forma física, após o parto. O conhecimento dos nutrientes é uma orientação preciosa para atingir este objectivo.^[14]

As necessidades nutricionais da grávida são semelhantes às das mulheres não grávidas, apresentam no entanto algumas particularidades no que respeita às necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas, como a vitamina A, C, D, tiamina, riboflavina, ácido fólico, e alguns minerais, como o ferro, zinco, cobre e magnésio.^[8] Durante a gravidez a mulher deve

fazer 5 a 6 refeições diárias, de 3 em 3 horas, fraccionadas na proporção das proteínas, hidratos de carbono, fibras e legumes.

Proteínas

A digestão de proteínas fornece ao corpo aminoácidos. É a partir deles que o organismo vai formar novas proteínas essenciais para a formação de novos tecidos na mulher, e novos órgãos e tecidos no feto. O ideal é variar nas fontes de proteínas (animais e vegetais), podendo ser encontradas na carne, peixe, ovos, leite, soja legumes variados.^[14]

Segundo a Recommended Dietary Allowances, as mulheres grávidas necessitam de 1,1g de proteínas por quilograma de peso corporal por dia, em vez das 0,8g recomendadas para as mulheres adultas. É necessário um aporte extra de 6g de proteínas por dia ao longo da gravidez. É importante salientar que em média as mulheres adultas portuguesas têm uma ingestão proteica diária de aproximadamente 100g que é superior ao recomendado, tal como acontece no Reino Unido. De acordo com estes valores, torna-se desnecessário recomendar um aumento da ingestão, na maioria das grávidas.^{[8][15]}

Lípidos

Os lípidos constituem a principal fonte de energia que o feto utiliza para crescer e que a futura mãe armazena sob a forma de gordura, para que no 3º trimestre assegure o incremento das necessidades energéticas. Asseguram o transporte e absorção de quatro vitaminas lipossolúveis (A,D,E,K), e são uma fonte de ácidos gordos essenciais (ómega 3 e ómega 6), que são decisivos para o desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso, da retina e dos órgãos do feto. Para a mãe, são regularizadores da hipertensão arterial, se esta se manifestar durante a gravidez, ajudam na redução do risco de parto prematuro e depressão pós-parto.^{[14][9]}

Estão presentes nos óleos e azeite (ómega 6), e em alguns peixes, como a cavala, arenque e salmão (ómega 3). As grávidas devem consumir o mínimo de 200mg de ácido docosahexaenóico (DHA) por dia, que se consegue através da ingestão de uma a duas porções de um dos peixes acima referidos por semana. Se a grávida apresentar excesso de peso estes valores diminuem, e se for magra ou muito activa pode haver necessidades de aumentar o aporte lipídico.^{[8][14]}É de salientar ainda que os estudos sobre os efeitos benéficos da suplementação de ácidos gordos durante a gravidez mostram uma associação desta suplementação com um aumento do peso à nascença e uma diminuição do risco de recém nascidos pré-termo, do número de admissões nos cuidados intensivos neonatais, e uma diminuição da incidência de depressão nos primeiros seis meses após o parto. Um aumento da ingestão de ácidos gordos de cadeia longa n-3 pela mãe, aumenta o fornecimento deste ao feto e à criança após o nascimento, proporcionando efeitos benéficos ao nível do desenvolvimento da acuidade visual, atenção, funções cognitivas, maturidade dos padrões do sono, actividade motora espontânea e imunidade.^{[16][17]}

Os principais alimentos que contêm lípidos são: o azeite, óleo, margarina, manteiga, produtos láteos não desnatados, azeitonas, frutas oleaginosas (nozes, avelãs, amêndoas), abacate, peixe gordo e ovos.^[14]

Glicídios

A glicose é a fonte de energia directa para o embrião/feto, tendo em conta que o crescimento e maturação são processos exigentes do ponto de vista energético. A dose diária recomendada é de 50 a 55 por cento do valor calórico diário. Segundo a OMS e a Estimated Energy Requirement, as necessidades de energia durante o 1º trimestre são iguais às das mulheres não grávidas da mesma faixa etária, sendo necessário um aporte extra de 340kcal por dia a partir do 2º trimestre de gravidez e de 452kcal a partir do terceiro trimestre.^[18]

Segundo os Dietary Reference Values, as grávidas necessitam de um aporte extra de energia de 200 kcal por dia apenas durante o terceiro trimestre.^[8] No entanto, esta recomendação assume uma redução no nível de actividade física, assim mulheres com baixo peso ou que não reduzam o seu nível de actividade física podem necessitar de mais energia.^[18] Para as grávidas com gestação múltipla, são necessários mais estudos para estabelecer as suas recomendações energéticas.

As principais fontes de energia estão presentes na batata, arroz, massa, cereais, pão, e estes alimentos constituídos por hidratos de carbono complexos devem ser sempre consumidos preferencialmente, face aos simples, como o açúcar, bolos, bolachas, uma vez que estes aumentam a saciedade entre as refeições e evitam as doenças glicemiantes, como a diabetes gestacional.^[14]

Fibras

Um dos problemas da grávida reflete-se no intestino, isto é, surge ou agrava-se a obstipação, resultado do abrandamento do trânsito intestinal que ocorre devido à alteração endócrina, sedentarismo e o volume do feto. Assim sendo, o consumo de produtos ricos em complexos mistos de fibra ajudam a regularizar o trânsito intestinal, acalmar o apetite, a prevenir a ocorrência de hemorróidas e a melhorar o controlo de produção de insulina pelo pâncreas.^[9] A Organização Mundial de Saúde recomenda o consumo mínimo diário de 28 gr. para a mulher grávida, em vez dos 25 gr. diários recomendados para mulheres adultas não grávidas. A principal fonte de fibra são os alimentos de origem vegetal, como os legumes e leguminosas, frutas, farelos e vegetais.^[14]

Vitaminas

Durante a gravidez, as vitaminas A, D, e ácido fólico (vitamina B9), são fundamentais na formação dos órgãos do feto.^[9]

A vitamina A tem influência na diferenciação dos tecidos e na formação de órgãos, nomeadamente pulmões, fígado, estômago, intestino, rins e bexiga. Além disso, intervém igualmente na reprodução, visão, integridade da pele e defesa do organismo contra infeções.^[14] Na grávida, as necessidades são de 1000 unidades internacionais (UI) por dia, sendo as principais fontes a carne, fígado, peixes gordos como o salmão, cavala e atum, manteiga, vegetais, frutas e legumes.^[8]

A vitamina D ajuda na absorção do cálcio e reduz a sua perda na urina, tornando-se assim, importante na formação dos ossos e dentes do bebé. As necessidades nas grávidas estão estimadas para 800 UI. Encontra-se presente nos peixes como o salmão, atum e cavala, leite e derivados, bem como ovos e aves.^{[8][14]}

A Vitamina C desempenha um papel importante durante a gravidez, uma vez que integrando o metabolismo do ferro, participa na absorção do mesmo a nível intestinal, na síntese de hormonas e na formação dos ossos. Ausência ou deficiência desta vitamina está associado a ruptura prematura de membranas, parto pré-termo e pré-eclâmpsia. Assim, as necessidades nas grávidas estão estimadas para cerca de 50-80 mg por dia, e as principais fontes são as frutas e os legumes.^[8]

A Tiamina (vitamina B1) e Riboflavina (vitamina B2), são também importantes durante a gravidez e as suas necessidades estão aumentadas neste período, principalmente no primeiro e último trimestre. Intervêm tanto na síntese do DNA, como na libertação de energia celular necessária ao correcto crescimento e desenvolvimento fetal. Recomenda-se um consumo diário de cerca de 1,4 mg de tiamina e riboflavina durante a gravidez, e encontram-se principalmente nas carnes, leite e verduras.^[8]

O ácido fólico (vitamina B9) é de importância fundamental na síntese do DNA e embriogénese, sendo obrigatório o seu aporte diário durante o período pré-concepcional e concepcional. Vários estudos demonstraram o seu efeito na protecção contra as malformações do tubo neural, nomeadamente a espinha bífida e no baixo peso ao nascer. No entanto, o mecanismo pelo qual o ácido fólico ajuda a prevenir os defeitos do tubo neural ainda não está totalmente esclarecido. Desempenha ainda papel importante na prevenção de anemias megaloblásticas e diminui a incidência do parto prematuro em cerca de 70% entre as 20-28 semanas, e de 70% entre as 28-32 semanas de gestação.^{[4][14]}

Segundo as directrizes da Organização Mundial de Saúde, todas as mulheres em idade fértil que planeiam engravidar devem tomar um suplemento de 400µg de ácido fólico diário três meses antes da concepção, até à sexta semana de gravidez, consumindo simultaneamente alimentos naturalmente ricos nesta vitamina. Em casos de história familiar de malformações do tubo neural, as grávidas devem fazer um suplemento de 5mg (5000µg) diário até às 12 semanas. A importância da suplementação deve-se ao facto de as necessidades extra de ácido fólico no período peri-concepcional serem difíceis de satisfazer exclusivamente através da alimentação.^[19]

As principais fontes alimentares de ácido fólico são os vegetais de folha escura, extracto de levedura, gérmen de trigo, carne bovina, legumes, fruta, ovos, cereais e leguminosas.^[14]

Minerais e Oligoelementos

Há minerais que assumem um papel fundamental durante a gravidez, tais como o cálcio e o ferro.

Cálcio

Constituinte principal dos ossos e dentes, desempenha funções importantes a nível cardiovascular, e na coagulação sanguínea.^[14] Ao longo da gravidez, existem algumas adaptações fisiológicas que permitem à mãe manter as mesmas necessidades de cálcio, nomeadamente aumento da concentração de 1,25-dihidroxitamina D3 sintetizada pela placenta, aumento da absorção de cálcio como consequência da estimulação pelo estrogénio, lactogénio placentário humano ou ainda pela prolactina, e neste período, ocorrendo também aumento da reabsorção de cálcio ao nível dos túbulos renais. Existem ainda evidências de que a densidade óssea diminui durante o 1º trimestre de gravidez para fornecer as reservas de cálcio suficientes ao feto.^[8]

Durante os primeiros seis meses de gravidez, o cálcio é armazenado para que no 3º trimestre este seja transferido para o feto, paralelamente ao seu crescimento e a calcificação do esqueleto.

Segundo a OMS, as recomendações diárias de cálcio para as grávidas é de 1200 mg, durante toda a gravidez e aleitamento.

O cálcio existe numa grande variedade de alimentos, sendo as melhores fontes os produtos lácteos. As fontes alternativas de cálcio são as leguminosas, soja e produtos de soja fortificados com cálcio, como o tofu; frutos gordos e oleaginosos, frutos secos, vegetais de folha verde escura, peixes como as sardinhas de conserva.^{[8][9]}

Ferro

As necessidades de ferro durante a gravidez estão aumentadas para assegurar o desenvolvimento do feto e da placenta, bem como à produção de eritrócitos.^[8]

A anemia por deficiência de ferro aumenta o risco de RNBP, parto pré-termo e mortalidade perinatal, e ainda pode comprometer a interação mãe-bebé.^[11] Se uma mulher for diagnosticada com anemia em qualquer momento de sua gestação, deverá receber a administração diária de suplementos de 120 mg de ferro elementar, até que a sua concentração de hemoglobina atinja o nível normal. Posteriormente poderá passar para a dose pré-natal padrão para evitar a recorrência da anemia.^[19] Segundo a Organização Mundial de Saúde, durante a gestação é necessário um suplemento diário de 30-60 mg de ferro elementar durante toda a gravidez, devido à dificuldade em se conseguir alcançar as recomendações deste mineral exclusivamente através da alimentação e ao facto de muitas mulheres em idade fértil terem reservas baixas deste mineral com elevado risco de anemia.^[19] A anemia por deficiência de ferro durante a gravidez pode estar associada à deficiência de ácido fólico, perdas sanguíneas e doenças hereditárias, como anemia falciforme, talassémia e a infecções parasitárias.^{[8][1]}

A anemia na gravidez afecta tanto a mãe como o feto. Na mãe, pode causar sintomas como astenia, dispneia, taquicardia, palpitações, e síncope, enquanto no feto, a anemia pode levar a hipóxia intrauterina e atraso no crescimento.^[8]

Durante a gravidez, a mãe e o feto devem armazenar diariamente, a seguintes quantidades de ferro: no 1º trimestre 0,8mg, no 2º trimestre 4,4mg e no 3º trimestre 6,3mg. Para se atingir estas necessidades é necessária suplementação de forma a manter as reservas suficientes, as grávidas devem consumir alimentos ricos em ferro, tais como carnes vermelhas magras, aves, peixe, gema de ovo, leguminosas, vegetais de folha verde escura, pão, cereais.^[14]

Sódio

Durante a gravidez, o metabolismo do sódio está alterado, no entanto os mecanismos compensatórios mantêm o equilíbrio de fluidos e electrólitos.^[7] Recomenda-se um consumo diário de 2300mg de sódio. É ainda de salientar que a moderação de sal e de outros alimentos ricos em sódio é importante, no entanto durante a gravidez não há necessidade de haver uma restrição drástica deste mineral.^[8]

Iodo

As grávidas e as mulheres a amamentar são um grupo de risco para a carência de iodo, uma vez que as necessidades deste mineral estão aumentadas nesta fase, e pelo facto de ser difícil através da alimentação assegurar o consumo das doses adequadas de iodo.

Durante a pré-concepção, gravidez e amamentação impõe-se a sua adequada ingestão de forma a completar as necessidades da grávida, para maturação do sistema nervoso central do feto e seu adequado desenvolvimento.^[20] Assim sendo, torna-se necessário a suplementação diária de iodo sob a forma de iodeto de potássio 150-250 ug/dia, desde o período pré-concepcional, durante toda a gravidez e enquanto durar o aleitamento materno exclusivo.^[20] De forma a contribuir para a ingestão apropriada de iodo, a grávida deve manter uma alimentação saudável, incluindo alimentos ricos em iodo como o peixe, leguminosas, hortícolas, leite e os seus derivados e consumo de sal iodado, visto que a deficiência grave de iodo resulta da insuficiente ingestão na dieta.^{[21][22]}

Zinco e Magnésio

A deficiência em zinco no período da gravidez provoca uma redução da síntese de DNA, assim como do peso fetal global. A suplementação com zinco reduz a frequência de abortos espontâneos e desempenha um papel importante na prevenção da toxemia gravídica e Pré-eclâmpsia. Deficiência em magnésio induz uma hiperactivação dos leucócitos potenciando a inflamação, e atraso de crescimento intrauterino. As necessidades deste mineral durante a gravidez estão estimadas em cerca de 350 mg, sendo fontes principais legumes e verduras, laticínios e cereais.^{[8][11]}

Por fim, referir que a grávida deve consumir diariamente cerca de 2 litros de água (8-10 copos), visto que desempenha importante papel no crescimento e desenvolvimento da placenta e líquido amniótico do feto, e ajuda a manter o equilíbrio hemodinâmico, além de ser importante na regulação do trânsito intestinal da grávida.

VI. Exercício físico durante a gravidez

A actividade física é definida como qualquer movimento corporal voluntário que resulta num gasto energético maior que o gasto em repouso. Já o exercício físico é caracterizado como toda actividade física estruturada, planeada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria da saúde e a manutenção de um ou mais componente da aptidão física. Estes termos confundem-se e muitas vezes são utilizados como sinónimos.^[23]

Ensaio clínicos sugerem mudanças no estilo de vida, adequação da dieta e programas de exercício físico na tentativa de prevenir o excesso de peso no período gestacional, a retenção de peso pós-parto e as consequências maternas e perinatais associadas à obesidade.^[24]

São crescentes as evidências em que tanto o ambiente quanto o estilo de vida da mulher desempenham papel significativo nas adaptações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez. Entre os inúmeros factores envolvidos neste processo, a prática de exercício físico assume posição de destaque, dada sua importância na qualidade de vida.^[10]

As atitudes clínicas e as tradições relativamente ao exercício físico durante a gravidez têm sido moldadas mais por influências culturais do que por evidências científicas.^[25]

Em décadas passadas, as mulheres grávidas eram aconselhadas a reduzirem as suas actividades ou mesmo interromperem a actividade ocupacional, especialmente na fase final da gestação, acreditando-se que o exercício constituiria factor de risco para a saúde da mãe e do feto.^[10] Pesquisas até à década de 1990 abordavam apenas os possíveis riscos e efeitos deletérios da prática regular do exercício física na gravidez, ocupacional, ou de lazer.^[26]

Estudos recentes, têm demonstrado efectivamente o contrário, observando-se inúmeros benefícios do exercício físico iniciado numa fase precoce da gravidez, nomeadamente o aumento da capacidade funcional da placenta e aumento da distribuição de nutrientes, bem como maior facilidade no trabalho de parto, com redução tanto na duração como nas

complicações obstétricas. Existem outros benefícios a considerar, como a prevenção do excesso do peso e das dores lombares, a manutenção da forma física e postura, a prevenção da intolerância à glicose, melhor adaptação psicológica às alterações da gravidez e diminuição do risco de pré-eclâmpsia, o que se vem refletindo no incentivo cada vez maior do exercício físico durante a gravidez.^[25]

Em meados da década de 1990, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) reconheceu que a prática regular do exercício físico no período gestacional deve ser desenvolvida, desde que a grávida apresente condições adequadas para tal. Em 2012, o mesmo órgão publicou novas recomendações, não apenas às mulheres que já praticavam exercício físico antes da gravidez, como também à mulheres grávidas sedentárias e até com complicações clínicas e/ou obstétricas, sob orientação médica.^[10]

Exercício físico durante a gravidez: efeitos no feto

Uma das grandes questões relacionadas com o exercício físico durante a gravidez reside na possibilidade de o exercício físico causar restrição do crescimento intrauterino secundária a possível redução do fluxo sanguíneo feto-placentar. As respostas fisiológicas do organismo materno ao exercício, incluindo a estimulação da contractilidade uterina, a hipoglicémia fetal consequente ao aumento do aporte muscular e a hipertermia induzida pelo exercício poderiam ser lesivos ao feto.^[10]

Os estudos recentes não têm demonstrado esta associação. Pelo contrário, admite-se que a prática de exercício moderado, desde a fase inicial da gravidez, aumente o fluxo sanguíneo da placenta para o feto, repercutindo-se de forma positiva no peso ao nascimento e na função cardiovascular do recém-nascido.^[10] O desvio do fluxo sanguíneo para a musculatura em actividade durante o exercício físico implica provável redução do fluxo na artéria uterina, entretanto, em gestações normais, prováveis mecanismos compensatórios

actuariam no leito vascular útero-placentar, permitindo a homeostase das trocas gasosas e impedindo efeitos deletérios da hipóxia fetal. O feto também possuiria respostas compensatórias manifestadas com o aumento da frequência cardíaca e vasodilatação cerebral.^[27]

Vale ressaltar, entretanto, que além da análise do peso isolado, as proporcionalidades corporais do feto representam marcadores mais completos para a compreensão do crescimento. Ambos, tamanho e composição corporal, têm-se mostrado diretamente relacionados às condições da vida intrauterina, especulando-se quais as características maternas que interferem diretamente, destacando-se primíparas com idade superior a 35 anos, grávidas adolescentes, baixa escolaridade, história de problemas obstétricos, deficiência nutricional e dependência química.^[10]

O exercício físico praticado antes e durante a gravidez assume posição de destaque, embora ainda não se disponha de evidências claras sobre as reais consequências do exercício físico no período gestacional para o crescimento fetal, reflectido no tamanho e composição corporal ao nascimento, encontrando-se relatos de peso normal, baixo peso e aumento de peso.^{[28][26]}

Em estudos recentes efectuados nos EUA^[29] em mulheres grávidas, com a pretensão de avaliar o efeito do exercício físico na função cardiovascular fetal, os investigadores concluíram que as mulheres que exercitaram durante 30 minutos, em pelo menos três dias por semana, apresentavam não só melhoria da sua função cardiovascular mas também a do feto. A exposição ao exercício interferiu nas funções do sistema nervoso e do coração do feto, reduzindo a frequência cardíaca, e mesmo após o nascimento já sem exposição ao exercício físico, os efeitos benéficos persistiram. No entanto, para nos certificarmos de que benefícios cardíacos se perpetuam e reduzem o risco de doenças cardiovasculares, são necessários mais estudos, que acompanhem os recém-nascidos por várias décadas, de modo a observar os

possíveis efeitos a longo prazo. Assim, os resultados permitem concluir que o exercício físico durante a gravidez representa um dos principais factores à intervir, na promoção de saúde da mãe e do recém-nascido.^[29]

Exercício físico durante a gravidez: associação com indicadores de saúde materno-infantil

Os principais objectivos do exercício físico durante a gravidez estão relacionados com o equilíbrio do balanço energético, a manutenção do condicionamento físico dentro dos limites fisiológicos da gravidez, a redução do risco de lesões articulares e ligamentares, a correcção das alterações posturais, a redução do excesso de peso, a prevenção da diabetes mellitus, hipertensão, melhoria da autoestima e do humor da mãe, assim como do trabalho de parto e da recuperação após a gravidez.^[30]

Um estudo norte-americano envolvendo 206 grávidas, com o objectivo de avaliar a relação entre a prática de exercício físico ligeiro a moderado, associação do sedentarismo e os efeitos causados na PCR, triglicerídeos e colesterol HDL, concluiu que grávidas sedentárias apresentavam aumento progressivo dos níveis de PCR, assim como aumento do colesterol LDL, triglicerídeos, pressão arterial diastólica e diminuição dos níveis do colesterol HDL.^[30]

Samuel C Dumith *et al* (2012) mostraram no estudo sobre a prática de exercício físico e a relação com indicadores de saúde materno-infantil, que apenas um terço das grávidas praticaram exercício físico durante a gravidez, sendo o mesmo praticado por mulheres mais jovens, nulíparas, com maior escolaridade e que receberam orientação pré-natal sobre a importância do exercício físico. Concluíram também, que mulheres que praticaram exercício físico realizaram menos cesarianas e tiveram menor ocorrência de nados mortos; por outro lado, grávidas obesas e sedentárias realizaram mais cesarianas e apresentaram maior incidência de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, bem como maior número de

óbitos. Estes resultados têm grande importância para a saúde pública, uma vez que a prática de exercício físico na gravidez apresenta benefícios tanto para a mãe como para o feto, repercutindo-se nos indicadores de saúde.^[26]

Em Portugal, num estudo longitudinal realizado com 475 grávidas (2007), com o objectivo de avaliar os principais factores que influenciavam a prática de exercício físico durante a gravidez e a informação das mães relativamente aos seus efeitos, mostrou que a prática de exercício físico diminuiu durante a gravidez, tendo sido superior em mães nulíparas, com maior escolaridade, que se encontravam empregadas e com idades compreendidas entre os 25-34 anos. As mães que praticaram exercício físico amamentaram durante mais tempo, porém não se encontrou correlação significativa com a idade gestacional ou peso à nascença.^[25]

Assim, a necessidade de praticar regularmente o exercício físico é conhecido pela maioria das grávidas, mas um número reduzido realiza os 30 minutos mínimos recomendados por dia, sendo por isso fundamental, melhor intervenção dos profissionais de saúde na educação e informação, de forma a reforçar os aspectos benéficos do exercício físico no bem-estar da grávida e do feto, na tentativa de incentivar o início e manutenção da prática regular do exercício físico.^[31]

Prescrição do exercício físico durante a gravidez

O exercício físico regular e de baixa intensidade diminui em cerca de 50% o risco de diabetes gestacional e de 40% o aparecimento de pré-eclampsia. Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), caso não haja contra-indicação médica, é aconselhável a grávida realizar 30 minutos ou mais de exercício físico regular, preferencialmente na maior parte dos dias da semana.^[30] Da mesma forma, mulheres grávidas sedentárias que não praticavam exercício antes da gravidez devem integrar-se num programa

de exercício físico de pelo menos 150 minutos semanais.^[30] Estas recomendações assentam nas seguintes características: exercícios de intensidade ligeira a moderada como andar a pé, dançar ou natação, direccionado para o período gestacional em que se encontra a mulher, com as actividades centradas nas condições de saúde, na experiência prévia e na demonstração de interesse e necessidade da mesma. Se a grávida já praticava exercícios como andar de bicicleta, *jogging* ou corrida, ténis, patinagem, esqui, equitação ou fitness, poderá continuar a praticá-los, embora com mais cuidado e de acordo com a recomendação médica.^[9] A natação e desportos aquáticos são considerados além de importantes, bastante seguros para a grávida. A natação fortalece a musculatura dos membros inferiores e superiores, do abdómen e dos músculos envolvidos na respiração, contudo, com as alterações na distribuição do peso durante o segundo e terceiro trimestre a respiração pode tornar-se mais difícil. Na hidroginástica devem ser praticados exercícios de aquecimento, relaxamento, respiração, massagens, fortalecimento muscular e alongamento. Desportos como o esqui aquático ou saltos para a água, assim como a equitação deverão ser evitados.^[9]

O bom senso dita que as mulheres grávidas não devem praticar jogos aeróbicos e actividades que envolvam risco de lesão traumática, contudo, poderá praticar exercícios físicos como aulas de aeróbica, desportos com raquete e musculação. Pode incluir-se ainda pilates e o yoga, actividades cada vez mais prescritas durante a gravidez. Estudos recentes demonstraram que a prática do yoga com ênfase nos exercícios respiratórios, relaxamento e contracção do períneo, melhora o fortalecimento muscular, a postura, o sono, reduz o aumento de peso e melhora a autoestima e tranquilidade durante e após a gravidez.^[30]

O exercício deve ocorrer preferencialmente nos momentos mais frescos do dia, utilizando roupas leves, a grávida deverá fazer uma ingestão adequada de líquidos antes, durante e após o exercício físico para diminuir o risco de desidratação, e a frequência cardíaca não deve ultrapassar 140 bpm. A interrupção do exercício deve ser feita sempre que surgirem

sinais e sintomas de dor, hemorragia, dispneia, tontura, taquicardia, fraqueza e dificuldades na locomoção.^[9]

Contra-indicações do exercício físico na gravidez

São contra-indicações absolutas à prática de exercício físico: antecedentes de miocardiopatia, insuficiência cardíaca congestiva, cardiopatia reumática, tromboflebite, embolia pulmonar recente, doença infecciosa aguda, risco de trabalho de parto prematuro, incompetência cervical, gestações múltiplas, hemorragia uterina, restrição do crescimento intrauterino ou macrossomia, doença hipertensiva grave sem assistência pré-natal e suspeita de sofrimento fetal. São também contra-indicações relativas sujeitas a supervisão médica apertada: hipertensão arterial, anemia, patologias tiroideias, diabetes mellitus, apresentações pélvicas no último trimestre e obesidade excessiva ou baixo peso extremo.^[27]

VI. Consumo do tabaco, álcool e caféina durante a gravidez

Tabaco

Parto pré-termo, recém-nascido de baixo peso, microcefalia, índice de Apgar baixo aos 5 minutos, aborto espontâneo e a morte neonatal são consequências reconhecidas do consumo do álcool e tabaco durante a gravidez.^{[32][33]}

A prevalência do tabagismo durante a gravidez varia entre 11 e 56,9%, e estudos em diferentes países relataram uma prevalência do consumo do álcool entre 23 e 60%.

O tabagismo durante a gravidez induz stress oxidativo, reduz a concentração de oxigénio no sangue materno, compromete a maturação placentar, a oxigenação fetal, e é factor de risco para diminuição da função pulmonar nos primeiros anos de vida, asma, obesidade na criança e síndrome de morte súbita infantil. Têm sido igualmente descritos efeitos adversos a longo prazo no desenvolvimento neurocognitivo e na qualidade do sémen do adulto, e esta associação é mais significativa quando se considera um consumo igual ou superior a 10 cigarros/dia e consumo marcado do álcool.^{[33][34]}

Existe hoje uma forte evidência apoiando uma relação causal entre o tabagismo pré-natal e a redução do crescimento fetal. O tabagismo provoca atraso no crescimento intrauterino e diminui significativamente o peso ao nascimento de aproximadamente 10-12 g por cigarros/dia. Tem sido estimado que, para cada um dos cigarros fumados por dia no terceiro trimestre da gravidez, há uma redução de 27 g no peso do feto.^[35]

Um estudo de coorte realizado em Portugal (2007) com 475 grávidas, com o objectivo de conhecer a prevalência do tabagismo e a respectiva alteração durante a gravidez, os factores socio-demográficos relacionados e as consequências deste hábito, demonstrou que a prevalência do tabagismo foi elevada, 30% das grávidas eram fumadoras antes de engravidar, apenas 35% deixaram de fumar durante a gravidez, e as que mantiveram o hábito reduziram o consumo. O presente estudo concluiu também que o tabagismo foi menos prevalente nas

mulheres casadas de maior idade, com maior escolaridade e empregadas. Cerca de 45% das grávidas encontravam-se mal informadas ou não tinham informação acerca dos efeitos nefastos do tabaco, e a principal fonte de informação era a comunicação social.^[32] Muitos factores podem influenciar o hábito tabágico durante a gravidez, no entanto as evidências encontradas neste estudo apontam para a multiparidade, baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconómico como os principais factores determinantes deste comportamento.

Estes resultados são consistentes com outros estudos, como é o caso do estudo canadiano retrospectivo de base populacional ^[36], em que os investigadores concluíram que o tabagismo durante a gravidez representa factor de risco dose-dependente modificável na prevenção de complicações perinatais, sendo o tabagismo marcado (> 10 cigarros/dia) fortemente relacionando com o baixo nível sócio-económico, baixa escolaridade, ser solteira ou separada, a não realização de vigilância pré-natal, e outros comportamentos de risco nomeadamente o consumo de álcool e drogas. ^{[36][37]}

Há evidências que o tabagismo materno e a pré-eclâmpsia aumentam de forma independente o risco de complicações pré e pos-natais, no entanto, Miller EC *et al* demonstraram que o tabagismo isolado diminui o risco de pré-eclâmpsia. Por outro lado, grávidas com pré-eclâmpsia que fumam, apresentam risco duas vezes superior de desenvolver complicações durante a gravidez do que grávidas com pré-eclâmpsia que não fumam.^[33]

Marco Francesconi *et al.* (2012) num estudo com 17,483 mulheres que deram à luz em 2000-2001, concluíram que o tabagismo materno durante a gravidez reduz o peso ao nascer em 140-160 gramas nos recém-nascidos de mães americanas e 190 gramas nos recém-nascidos de mães britânicas, e reduz o crescimento fetal em cerca de 4 gramas por semana em ambos os países.^[38]

É também importante que os pais e os outros membros da família deixem de fumar, uma vez que alguns estudos demonstram os mesmos riscos para o fumo passivo.^[14]

Para o Departamento dos Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos da América há evidência suficiente para estabelecer uma relação causal entre o hábito tabágico durante a gravidez e a restrição no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascimento, ruptura prematura de membranas, ocorrência de placenta prévia e o parto pré-termo.^[5]

O consumo do tabaco associado aos seus efeitos nefastos durante a gravidez devem integrar-se nos factores inerentes ao estilo de vida, e devem ser usados para o planeamento de programas de intervenção direccionados não só para a cessação tabágica, mas também em outros serviços de apoio, tais como nutrição e educação para uma gravidez saudável.^[37]

Enquanto estudos mais aprofundados são elaborados, a mensagem para as mulheres, com base na literatura publicada, permanece clara: fumar durante a gravidez é prejudicial tanto para o feto como para a mãe. ^{[36][37]}

Álcool

O consumo de álcool representa grave problema de saúde pública que afecta mulheres em idade reprodutiva. Cerca de um milhão e 800 mil portugueses consomem excessivamente o álcool e quase 800 mil são dependentes.^[14]

Estima-se que 80% das mulheres mantêm os hábitos de ingestão alcoólica durante a gravidez e a amamentação. Situação que tende a agravar-se, uma vez que, apesar de o consumo de álcool e tabaco estarem a diminuir na população em geral, estão a aumentar no sexo feminino.^[5]

O consumo moderado de bebidas alcoólicas (especialmente de vinho), que para as mulheres é entendido como a ingestão de uma bebida por dia (360 ml de cerveja ou 150 ml de vinho ou 45 ml de bebidas brancas), tem vindo a ser associado a alguns efeitos benéficos, nomeadamente a diminuição da incidência de doença coronária e a elevação dos níveis plasmáticos de colesterol HDL. Por afectar o normal funcionamento do SNC, o consumo de

bebidas alcoólicas (álcool), durante a gravidez, poderá por em causa o desenvolvimento físico e cognitivo do feto.

A teratogenia do álcool está amplamente demonstrada em numerosos estudos experimentais. Em mulheres grávidas que bebem, a placenta é totalmente permeável à passagem do álcool para o feto, ou seja, a alcoolemia fetal é bastante similar à materna.

A síndrome fetal alcoólica é uma condição causada pelo consumo de álcool durante a gravidez, cujos sintomas clínicos variam de anormalidades físicas como dismorfias craniofaciais nomeadamente microcefalia, microftalmia, fissuras palpebrais curtas, malformação dos membros, do coração e anomalias renais, bem como grau moderado a grave de deficiências mentais e atrasos de crescimento. Representa a causa mais comum de atraso mental não hereditário e a sua prevalência varia entre 3,7-74,% por 1.000 recém-nascidos.^[14]

Nenhuma quantidade de álcool é considerada segura para consumo durante a gravidez e os danos causados ao feto podem ocorrer desde o início da gravidez, mesmo antes de a mulher saber que está grávida. No 1º trimestre, ocorre risco de malformações e dismorfismo facial, pois trata-se de uma fase crítica para a organogênese. No 2º semestre, há aumento da incidência de abortos espontâneos, e no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do sistema nervoso, como o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal, além de causar atraso do crescimento intrauterino e comprometer o parto, aumentando o risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecónio no líquido amniótico, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal. Os défices cognitivos e os problemas comportamentais causados ao feto podem ser irreversíveis.^{[5][39]}

No entanto, Manuela Pfinde *et al.* (2013) num estudo com uma amostra de 5.238 recém-nascidos, comparando a relação entre o parto pré-termo (PPT) e recém-nascidos leves para a idade gestacional (LIG) com o consumo do álcool da mulher durante a gravidez (diário

ou não), concluíram que o consumo baixo a moderado de álcool não demonstrou influenciar significativamente o peso ao nascimento, e o parto pré-termo, e não se encontraram associações estatisticamente significativas entre a idade da mãe, baixo nível de escolaridade, stress e o consumo do tabaco com o PPT e LIG.^[34]

Num estudo japonês (2013) os investigadores concluíram a partir de uma amostra de 1565 mães, que apenas 2,5% fumaram durante a gravidez, e 91,2% eram abstinentes. A faixa de consumo do álcool foi de 0,0-11,7 g/dia, e 86,7% das mães foram abstinentes durante a gravidez. As grávidas que consumiram mais de 1,0 gr de álcool por dia apresentaram risco aumentado de parto pré-termo, mas não houve associação significativa com o peso ao nascimento e recém-nascido leve para idade gestacional.^[40]

O álcool tem como efeito primário uma vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, o que sugere aumentar a duração da exposição fetal devido à redução do fluxo sanguíneo.^[39] As investigadoras Fátima Martel e Elisa Keating (2011) utilizaram vários modelos celulares de placenta humana para avaliar o impacto do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias durante a gravidez no transporte celular de ácido fólico na placenta. Os resultados evidenciaram que, quando testados cronicamente, o álcool e a nicotina reduzem o transporte desta vitamina em cerca de 25%. Os resultados sugerem também que parte destes efeitos resulta da inibição da expressão de genes que codificam proteínas transportadoras do ácido fólico. O ácido fólico é importante para a síntese de ADN e RNA, e a carência desta vitamina está associada ao aumento do risco de defeitos do tubo neural como a anencefalia e a espinha bífida no feto.^[41]

Há evidências em outros estudos que os efeitos adversos da exposição ao álcool no período pré-natal são mais prováveis de ocorrer em filhos de mulheres com baixo nível socio-económico do que em mulheres com nível socio-económico mais alto. Isto sugere que a ingestão de álcool durante a gravidez é mais prejudicial em mulheres de baixo nível socio-

económico e com menor suporte social, e a razão para este efeito poderá ser a interacção com o tabagismo e o stress materno. O tabagismo e o stress potenciam os efeitos deletérios do álcool devido a mecanismos interactivos.^{[40][42]}

No entanto, embora os efeitos adversos mais comuns de consumo de álcool e tabagismo na gravidez estejam bem descritos, pouco se sabe sobre o efeito combinado de ambas as substâncias na gravidez, e como a exposição combinada pode afectar causas comuns de mortalidade perinatal, como a morte intrauterina e o parto pré-termo, mais pesquisas são necessárias para elucidar os mecanismos envolvidos nos efeitos do álcool e tabaco durante a gravidez.^[34]

Cafeína

Estudos mostram que a ingestão de cafeína acima de 300mg está associada ao baixo peso ao nascer e ao aborto espontâneo. Deste modo, o consumo diário de cafeína deve ser limitado na gravidez (3 ou 4 chávenas/dia).^{[8][18]}

A Organização dos Serviços de Informação e a OMS lembram que, embora um consumo moderado de cafeína (até 300 mg/dia) durante a gravidez seja considerado seguro pela maioria dos especialistas, grandes quantidades de cafeína podem afectar os bebés da mesma maneira que afectam os adultos, tendo alguns estudos demonstrado que filhos de mães com consumo superior a 500 mg de cafeína por dia durante a gravidez eram mais susceptíveis a tremores, taquicardia, aumento do índice respiratório, insónias e morte súbita.^[5]

A cafeína está presente maioritariamente no café, mas também se encontra numa grande variedade de alimentos e bebidas, como o cacau, chocolate, guaraná, refrigerantes, bebidas energéticas e chás.^[8] O teor de cafeína no café varia consoante o método de preparação. Uma chávena de café expresso com cerca de 150mg pode conter entre 125 a

165mg de cafeína, enquanto uma bebida energética, com cafeína pode conter até 90mg desta substância.^[8]

O consumo de cafeína está associado ao maior risco de hipertensão na gravidez, embora existam poucas evidências sobre as associações entre a ingestão de cafeína e as adaptações cardiovasculares maternas durante a gravidez.

Rachel Bakker *et al* (2011), num estudo de coorte de base populacional com 7.890 grávidas, concluiu que não houve diferenças significativas na pressão arterial sistólica e diastólica nas grávidas que consumiram cafeína durante a gravidez. As análises transversais mostraram que a maior ingestão de cafeína tende a estar associada com aumento da pressão arterial no primeiro e terceiro trimestre mas não no segundo trimestre, por outro lado, o maior consumo de cafeína está associada ao aumento dos níveis de pressão arterial sistólica no primeiro e terceiro trimestre, mas não na pressão diastólica. Em comparação com as mulheres que consumiram pelo menos 2 unidades por dia, aquelas que consumiram 2-3,9 unidades por dia apresentaram um menor risco de pré-eclâmpsia^[37], sugerindo um efeito protector da cafeína no desenvolvimento da pré-eclâmpsia na gravidez.

VII. Gravidez, Profissão e Factores Socioculturais

A sociedade contemporânea está inevitavelmente marcada pela ascensão da mulher no mercado de trabalho e na vida intelectual.^[43]

Em Portugal, assim como em outros países, a oferta de trabalho para a mulher aumentou exponencialmente, a participação feminina na economia do País cresce a cada ano e um número crescente de mulheres assume a chefia da família, o acesso ao emprego e a licença de maternidade. No entanto, verifica-se um declínio marcado da taxa de fecundidade. Essa concomitância aumentou o debate em torno dos possíveis efeitos causais entre essas duas variáveis.

Diversos estudos têm procurado identificar os factores determinantes deste comportamento da mulher. A necessidade de realização pessoal e o aumento da qualificação profissional têm sido propostos como factores determinantes para a maior participação feminina no mercado de trabalho.^[43]

Vivemos um momento histórico que oferece à mulher possibilidades de escolhas ao dirigir a sua vida. A mulher contemporânea pode escolher entre casar ou não, tem a liberdade de exercer a sua sexualidade fora do matrimónio, diante dos avanços da medicina em relação a métodos contraceptivos pode escolher se terá ou não filhos e quando os terá, podendo até mesmo interromper uma gestação, pode optar por viver a maternidade sozinha, sem que isso signifique uma exclusão social, pode ter um filho sem a presença concreta de um companheiro, ou mesmo desafiar condições que lhe impediriam de ter uma gestação tanto do ponto de vista médico quanto social. O que, dependendo da cultura a qual pertencia em tempos atrás, não lhe era dada opção. Esta mudança representa uma grande conquista, uma vez que, através de um retrocesso histórico, encontramos a mulher em posições depreciadas e limitadas.^[43]

De acordo com pesquisas recentes, algumas mães com o passar dos meses após o nascimento, começam a sentir-se sozinhas e sobrecarregadas com as tarefas domésticas. Isso pode gerar baixa autoestima, com sentimentos de desvalorização, culpa, dependência financeira e emocional, solidão e, em casos mais sérios, depressão. Factores que estão directamente relacionados com o crescimento da criança que, ao longo do tempo, necessita menos da dedicação exclusiva da mãe. Outra dificuldade relatada é a falta do convívio com outras pessoas, assim como a falta de assuntos diferentes para conversar, que não sejam relativos à vida doméstica e maternal. Por outro lado, à medida que a mulher se insere no mercado de trabalho, aumentam as suas responsabilidades, e verifica-se maior dificuldade em dar resposta a todas as obrigações como mãe, esposa e dona de casa; ela passa a exigir do homem também mudanças, passando a cobrar uma participação mais activa no que se refere a casa e aos cuidados com os filhos.^[44]

Estudos apontam que ser mãe na contemporaneidade levanta questões sobre o que é ser mãe. A sociedade atual gera conflitos por não saber qual a posição a tomar diante da maternidade e do que esta representa, pois em vez de simplificarem a maternidade, as novas escolhas expuseram tensões sobre pressupostos tradicionais sobre o que deveriam ser as mães.^[44]

Camille Pouchieu *et al.* (2013) concluíram que mulheres desempregadas e de classes socioeconómicas mais baixas, aderem menos aos cuidados pré-natais e fazem menos suplementação (ácido fólico e ferro) durante a gravidez, e mesmo nas classes sociais mais altas apenas 50% fazem a suplementação antes e durante a gravidez e 27% das grávidas fazem-no adequadamente. Concluíram também que mulheres com maior nível de escolaridade, melhor suporte social e menos expostas a eventos de stress ao longo da gravidez apresentavam menor risco de complicações e depressão pós-parto.^[45]

Por outro lado, Marco Francesconi *et al.* (2012) num estudo com 17.483 mulheres que deram à luz entre 2000-2001, demonstraram que continuar a trabalhar durante a última fase da gravidez, sobretudo depois do oitavo mês de gestação, pode ser tão prejudicial como o tabagismo durante esse período. As mulheres que trabalharam no nono mês de gravidez tiveram recém-nascidos com cerca de 230g mais leves do que aquelas que interromperam o trabalho entre os sexto e o oitavo mês. Trabalhar durante este período aumenta o risco de hipertensão e outras complicações para a grávida e para a criança a longo prazo.^[38]

Os estudos supracitados, realçam a pertinência da centralidade da relação conjugal e suporte social no ajustamento da mulher à gravidez e ao recém-nascido, e a conciliação com os papéis desempenhados pela mulher na família e na profissão.^[45]

VIII. Família grávida: aconselhamento e plano de cuidados

Qualquer família em que a mulher se encontra grávida, independente da sua estrutura é considerada uma família grávida, tendo em conta a estrutura e dinâmica familiar.^[46] O casal prepara-se para integrar um novo elemento na sua relação. Ocorrem mudanças conjugais necessárias à entrada de uma criança na família e estas mudanças dependem da organização prévia do casal. Deve o casal reajustar a sua relação no plano afectivo, na rotina diária e de relacionamento sexual. O relacionamento conjugal vai ser desafiado, sendo fundamental além da aliança conjugal, formar uma aliança parental, permitindo o suporte emocional entre ambos. A aliança parental deve permitir a partilha das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão e o suporte emocional, sendo este de extrema importância, pois diz respeito a um período muito específico, de grande vulnerabilidade, marcado por sentimentos de medo/esperança, em que o centro de atenções familiares se modifica.^{[5][46]}

Cada um dos membros do casal deve encontrar-se sensível às necessidades do outro, comunicar entre si e ajudarem-se mutuamente a lidar com os acontecimentos desconhecidos que vão surgindo ao longo da gravidez. A mulher que é apoiada pelo seu companheiro apresenta menos sintomas físicos e emocionais e tem uma adaptação mais fácil ao parto e período pós-parto. A nível conjugal, cada um prepara-se para novas responsabilidades, para a partilha a longo prazo ao nível da parentalidade, e para o sacrifício da sua liberdade individual.^[5]

O plano de cuidados passa pela promoção da saúde materna e do bem-estar fetal, pela prevenção de agressões psicológicas, em especial a depressão pós-parto em ambos os pais, e pela promoção da integração de outros descendentes, tendo em conta as suas expectativas, medos e anseios.^[46]

Em relação a sexualidade, os profissionais de saúde desempenham papel importante na orientação da grávida, visto que tanto as mulheres como os seus parceiros têm medos,

preocupações e receios relativamente à relação sexual durante a gravidez. A maioria das mulheres gostaria de discutir este problema com o seu médico, embora não se sentindo muitas vezes confortáveis ao abordar o tema.^[47]

Apesar de 86% dos casais continuarem activos durante o período gestacional, a maioria das mulheres refere uma redução na frequência das relações, principalmente no terceiro trimestre. Numa investigação feita em Portugal, a maior percentagem de mulheres mantinha relações sexuais um vez por semana, enquanto menor número o fazia duas a três vezes por semana, sendo o primeiro trimestre de gravidez o de maior satisfação sexual.

Este declínio da função sexual ocorre por diversos factores que afectam o casal durante a gravidez, mas a preocupação em magoar o bebé e afetar negativamente a gravidez constitui um dos factores mais importantes.^[47]

Sendo a gravidez uma das várias etapas na vida do homem e da mulher, o acto sexual deve estar presente e deve promover prazer e bem-estar ao casal, sendo vivido como algo normal e natural. As posições mais aconselhadas durante a gravidez são a mulher por cima, lado a lado, penetração por trás, homem por cima com os braços estendidos e homem por cima com colocação de uma almofada debaixo da pelvis feminina. Para melhorar o conforto durante o acto sexual pode-se aplicar lubrificante ou almofadas debaixo da pelvis feminina.^[47]

O médico deve estar atento às modificações que vão ocorrendo nas diferentes fases da gravidez e actuar sempre que necessário. No primeiro e segundo trimestre, com a confrontação da existência de gravidez, o médico deve promover o diálogo negociativo entre o casal para que obstáculos sejam ultrapassados facilmente, e esclarecer todas as dúvidas e medos dos pais. Masturbação mútua ou solitária, posições sexuais alternativas e outras modalidades sexuais poderão ser exploradas caso seja a vontade do casal. No terceiro trimestre, a actividade sexual decresce significativamente, especialmente devido ao medo do trabalho do parto e de rotura prematura de membranas. O médico deve esclarecer que não

existe comprovação dessas consequências e deve preocupar-se com a preparação psicológica do casal para o parto e para o futuro filho.^{[5][47]}

Existem algumas contra-indicações à actividade sexual na gravidez, umas absolutas (hemorragia vaginal inexplicada, placenta prévia, dilatação prematura do colo uterino e rotura prematura de membranas), e outras relativas (história de partos prematuros e gestações múltiplas). Não havendo qualquer destas contra-indicações, a actividade sexual durante a gravidez é normal e deve ser encorajada em mulheres que a desejam e que tenham relações emocionais estáveis.^[47]

IX. Contributo dos Profissionais de saúde no sucesso da gravidez

O sucesso da gravidez depende não só dos factores relacionados com a mulher, a família e o contexto sociocultural em que está inserida, mas também reflecte os cuidados de saúde prestados quer à mãe, quer ao recém-nascido. O sistema de saúde assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde da grávida, reconhecendo o seu potencial individual ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto.^[48]

A prioridade atribuída pelos governos à saúde materna e infantil vem determinando o desenvolvimento de programas dirigidos a esta área da saúde, constituindo o seu objectivo essencial a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a consolidação dos resultados obtidos e por conseguinte a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil. Estes resultados são alcançados ao assegurar-se a vigilância médica da gravidez com o mínimo de 6 consultas; diminuir a gravidez na adolescência; administrar “novas vacinas” de acordo com as recomendações da Direcção Geral da Saúde e a situação epidemiológica; evitar a rotura prematura de membranas e o parto pré-termo, procurando diagnosticar factores predisponentes; promover o aleitamento materno até pelo menos aos 3 meses de idade; encaminhar as grávidas para centros ou serviços especializados, de acordo com as regras instituídas para os restantes cuidados de saúde, sempre que se constate a insuficiência dos recursos humanos, técnicos e científicos existentes, nos serviços ou na Região.^[49]

Nascer com saúde engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida. A gravidez na adolescência (< 20 anos) ou tardia (> 35 anos), está relacionada com nascimentos pré-termo, má progressão ponderal e mortalidade perinatal. Os nascimentos em jovens associam-se a factores sociais e cuidados de saúde não adequados. As mães mais velhas têm maior prevalência de complicações durante a gravidez como hipertensão e diabetes, e os fetos têm maior frequência

de anomalias congénitas. As anomalias e os nascimentos pré-termo são as principais causas de morte perinatal na União Europeia. O baixo peso à nascença mantém-se como um dos mais importantes factores de risco com impacto na saúde a longo termo. Há evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível do planeamento e acompanhamento da gravidez; preparação para a parentalidade; estilos de vida saudável da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); preparação para o parto; amamentação e imunização.^[48]

A Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente tem como missão desenvolver programas e acções em áreas como promoção da saúde, qualidade, equidade e acesso, diagnóstico pré-natal, violência doméstica, gravidez na adolescência e promoção de ambientes saudáveis. A mesma comissão articula-se com Comissões Regionais de Saúde Materna e Infantil (Despacho 9871/2010), existentes em 3 ARSs (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo).^[48]

As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal (Despacho 9872/2010), têm desempenhado um papel relevante na articulação entre cuidados primários e hospitalares nas áreas da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente. A sua consolidação como organização funcional, tem coincidido com uma melhoria significativa nos indicadores de saúde materno-infantil e revela, ainda, a capacidade de responder a uma diversidade de solicitações em número e complexidade crescentes em que se enquadram, como exemplo, a promoção da qualidade do diagnóstico pré-natal e a criança com doença crónica e necessidades especiais.^{[48][49]} Constituem-se, também, como interlocutores de eleição na interface entre os diferentes níveis de cuidados locais na identificação de constrangimentos e necessidades, no cumprimento dos planos e directrizes estabelecidos, na apresentação de sugestões e iniciativas, com vista à melhoria dos cuidados, promoção da saúde da mulher, da criança e do adolescente. Impõe-se, assim, manter a eficácia e a

funcionalidade destas estruturas e ainda promover acções de articulação e troca de experiências entre as várias UCF dando visibilidade e divulgação ao trabalho desenvolvido e a desenvolver em cada uma, através dos relatórios de avaliação e dos planos de acção anuais. O acompanhamento da grávida e recém-nascido é da responsabilidade dos cuidados primários, do Médico de Família e do Enfermeiro, em articulação com os cuidados hospitalares em situações de risco. Uma percentagem não conhecida de grávidas e crianças é seguida por especialistas de Obstetrícia e Pediatria em regime privado.^{[48][49][50]}

Apesar dos esforços desempenhados pelos diferentes órgãos de apoio à saúde materno-infantil, existem áreas com necessidade crescentes de intervenção, salientando-se o planeamento familiar e controlo das interrupções da gravidez, o seguimento adequado da grávida nos cuidados primários e da gestação de risco nos serviços de referência, prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natais nestas situações.^[49]

X. Discussão

A Organização Mundial de Saúde considera que o período pré-natal apresenta claras oportunidades para atingir a mulher grávida com uma série de intervenções e informações que podem ser vitais para a sua saúde e seu bem-estar e, conseqüentemente, do seu bebê.^[1]

Após a recolha de informação da literatura sobre este tema, fica evidente a importância das modificações do estilo de vida da mulher durante a gravidez para hábitos mais saudáveis. A alimentação e o estado nutricional no período pré-concepcional e concepcional mostraram-se fundamentais no sucesso da gravidez, uma vez que o mau estado nutricional encontra-se associado não só a complicações na mãe como no feto.^{[8][11][13][14]}

A prática de exercício físico deve ser incentivada na gravidez, e toda a grávida deve praticar pelo menos 30 minutos de exercício ligeiro a moderado na maior parte dos dias da semana, caso não haja contra-indicações.^[30] Contudo, os estudos mostraram que, embora a maioria das mães compreenda os benefícios do exercício físico na gravidez, não se traduziu num aumento da sua prática. Assim, é necessária maior sensibilização dos profissionais de saúde para a promoção do exercício físico durante a gravidez.

A prevalência do alcoolismo e do tabagismo nas mulheres grávidas é elevada. Verificou-se que a gravidez é um período no qual a maioria das mulheres fumadoras abandona os seus hábitos tabágicos, realizando-o numa fase precoce da gravidez.

Embora a maioria dos estudos demonstrem as complicações do consumo do álcool e tabaco durante a gravidez, nomeadamente parto pré-termo, recém-nascido de baixo peso, microcefalia, índice de Apgar baixo aos 5 minutos, aborto espontâneo, morte neonatal, descolamento prematuro da placenta e síndrome fetal alcoólica^{[32][33][35][36]}, outros não encontram associação significativa.

O consumo do álcool, tabaco e cafeína deve ser evitado, ou moderado durante toda a gestação pelos efeitos nefastos que podem desencadear no feto, mas alguns estudos não demonstraram associação significativa com o baixo peso ao nascer e parto pré-termo.^{[33][37][40]}

É importante que se continue a incentivar a cessação tabágica e a redução/abstenção do consumo do álcool e da cafeína nas mulheres grávidas com vista à prevenção das principais complicações.^{[32][36][37]}

Os estudos demonstraram que os factores mais implicados no consumo no tabaco e álcool durante a gravidez foram a multiparidade, o desemprego, baixo nível socio-económico, ser solteira ou separada, baixa escolaridade e o stress.

Todas as grávidas vivenciam a gravidez consoante os valores, crenças e a cultura em que estão inseridas, pelo que quando se abordam os estilos de vida da mulher e todos os factores inerentes ao mesmo, devem ser interpretados na sua dimensão bio-psico-social. O contexto cultural onde a grávida se encontra inserida é factor determinante no seu comportamento face à gravidez e a maternidade. Face à ascensão da mulher no mercado de trabalho, torna-se necessário maior reestruturação do conceito de maternidade e da nova mulher, que deixou de ser apenas dona de casa, passando a desempenhar papéis importantes fora dela, exigindo do homem um papel mais activo nas tarefas domésticas e na educação dos filhos.^[43]

Estudos demonstram que mulheres que trabalham até ao nono mês de gravidez apresentam recém-nascidos com menos 230g do que aquelas que deixam de trabalhar ao sexto-oitavo mês. Este resultado realça a necessidade de se dar mais atenção à grávida e ao melhor período no qual devem beneficiar da licença de maternidade.^[38]

No momento da gravidez muitas modificações e adaptações ocorrem na vida do casal, obrigando-o a reajustar a sua relação no plano afectivo, na rotina diária e de relacionamento sexual, e representando uma oportunidade para todos os profissionais de saúde comunicarem

com o casal sobre as suas necessidades, preocupações e anseios, de modo que todo o processo decorra de forma natural e eficaz. No entanto, esta comunicação permanece insuficientemente explorada, sendo necessários mais esforços para melhorar o conteúdo e a qualidade dos serviços oferecidos a grávida e ao recém-nascido.

XI. Conclusão

A gravidez representa um período único na vida da mulher e do seu companheiro, que comporta diversas mudanças a nível físico, psicológico, hormonal e conjugal, e por este motivo, torna-se essencial promover estilos de vida saudáveis, de forma a facilitar a passagem por esta fase tão importante. As modificações no estilo de vida nos moldes descritos neste trabalho são benéficas para a saúde da grávida e as recomendações da literatura são consensuais no que diz respeito à alimentação saudável e equilibrada, à prática regular do exercício físico, à redução ou mesmo abstenção do consumo do álcool e tabaco e à moderação do consumo de cafeína. Há evidência suficiente para estabelecer uma relação causal entre o hábito tabágico e alcoólico durante a gravidez e a restrição no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. No entanto, nem todos os estudos são concordantes relativamente aos malefícios causados pelos hábitos acima referidos na gravidez, sendo necessários mais estudos para elucidar os mecanismos envolvidos.

Por fim, é de referir que são necessários mais incentivos à intervenção dos profissionais de saúde na modificação dos estilos de vida na gravidez e nos cuidados pré-natais oferecidos, uma vez que os estudos mostram que a principal fonte de informação é a comunicação social. E neste ponto, a Medicina Geral e Familiar tem relevo, pois acompanha a grávida ao longo de toda a gestação até ao nascimento e vida.

XII. Referências Bibliográficas

1. OMS. Grande esperança: Tornar a gravidez mais segura: Relatório da Organização Mundial de Saúde, 2005.
2. Aparecida Torrezan da Silva, Eliana. Pregnancy and preparation for childbirth: intervention programs. O Mundo Saúde, São Paulo, Brasil, 2013.
3. Lum KJ, Sundam R, Buck Louis GM. Women's lifestyle behaviors while trying to become pregnant: evidence supporting preconception guidance. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(3):203.e1–203.e7.
4. Capra L, Tezza G, Mazzei F, Boner AL. The origins of health and disease: the influence of maternal diseases and lifestyle during gestation. *Ital J Pediatr* 2013;39:7.
5. Cristina dos Santos Carvalho, Gisele. Sentido da coerência e ligação materno fetal. Estilo de vida da mulher durante a gravidez. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal 2005.
6. Valasques Barretto, Ana Paula, Meira Oliveira, Zulmerinda. The being mother, expectations of primigestas; *RevSaúdeCom* 2010 61 9-23 2010;
7. Mendes da Graça, Luís L. Medicina Materno-fetal. 4ª Edição. Edições Lidel;
8. C.S. Williamson. Nutrition in pregnancy. *Br Nutr Found London Nutrition Bull* 31,28–59; 2006.
9. Hermida, Manuel, Cêncio Ganda. Guia da gravidez. 18ª ed. Felicitas Publicidade; Carnaxide, Portugal, 2012.
10. Franklin de Carvalho, Danielle D. Efeito do Exercício físico durante a gravidez sobre o tamanho e composição corporal do recém-nascido. Universidade Federal de Pernambuco; Centro de Ciências da Saúde, Recife, Brasil, 2011.
11. Affenito S, Lambert-Lagace L, Kerstetter J, Demark-Wahnefried W, American Dietetic Association, Dietitians of Canada. Nutrition and women's health: position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada. *Can J Diet Pract Res Publ Dietit Can Rev Can Prat Rech En Diététique Une Publ Diététistes Can* 2004;65(2):85–9.
12. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(6 Suppl 2):S345–56.
13. Hui A, Back L, Ludwig S, Gardiner P, Sevenhuysen G, Dean H, et al. Lifestyle intervention on diet and exercise reduced excessive gestational weight gain in pregnant women under a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012;119(1):70–7.
14. Carvalho, Valério, Talha Santos, Rita, Pereira Tavares Pinheiro, Felícia, Fernandes, Armando, Soares Suzana, Macedo, António, et al. Diário da gravidez- Guia prático para a mamã e o papá. nº4 ed. Rua Padre Luís Aparício-Lisboa: Serra Pinto-Edições e Publicações de Revistas Unipessoal Lda; Portugal, 2010.

15. Lopes C, Oliveira A, Santos AC, Oliveira E, Gaio AM, Severo M, et al. Consumo alimentar no Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2006.
16. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT, Perinatal Lipid Intake Working Group, Child Health Foundation, Diabetic Pregnancy Study Group, et al. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br J Nutr* 2007;98(5):873–7.
17. Coletta JM, Bell SJ, Roman AS. Omega-3 Fatty Acids and Pregnancy. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3(4):163–71.
18. Kaiser L, Allen LH, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2008;108(3):553–61.
19. OMS. Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Organização Mundial de Saúde, 2013.
20. DGS. Aporte do iodo em mulheres na concepção, gravidez e amamentação. Direcção Geral da Saúde, 2013.
21. Gunnarsdottir I, Dahl L. Iodine intake in human nutrition: a systematic literature review. *Food Nutr Res* [Internet] 2012 [cited 2014 Oct 11];56(0). Available from: <http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/19731/24399>
22. Brantsaeter AL, Abel MH, Haugen M, Meltzer HM. Risk of Suboptimal Iodine Intake in Pregnant Norwegian Women. *Nutrients* 2013;5(2):424–40.
23. Moisés, Henriques. Atividade Física para a Saúde: recomendações. Revista Factores de Risco, Nº29 ABR-JUN. Lisboa, Portugal, 2013.
24. Nascimento SL do, Surita FG de C, Parpinelli MÂ, Cecatti JG. Physical exercise, weight gain, and perinatal outcomes in overweight and obese pregnant women: a systematic review of clinical trials. *Cad Saúde Pública* 2011;27(3):407–16.
25. Gouveia R, Martins S, Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Valente S, et al. Gravidez e exercício físico: mitos, evidências e recomendações. 2007 [cited 2014 Oct 11]; Available from: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5054>.
26. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Physical activity during pregnancy and its association with maternal and child health indicators. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):327–33.
27. Okido MM, Magario FA, Berezowski AT, Quintana SM. Impact of acute maternal exercise on uteroplacental and fetal hemodynamics patterns. 2010;38(11).
28. Guelinckx I, Devlieger R, Mullie P, Vansant G. Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2010;91(2):373–80.

29. Carter, Lindsay G., Offspring and Maternal Health Benefits of Exercise during Pregnancy. Theses and Dissertations--Nutritional Sciences, (2013)
30. Loprinzi PD, Fitzgerald EM, Woekel E, Cardinal BJ. Association of Physical Activity and Sedentary Behavior with Biological Markers Among U.S. Pregnant Women. *J Womens Health* 2013;22(11):953–8.
31. Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Jiménez-Mejías E, Mozas-Moreno J, Lardelli-Claret P, Jiménez-Moleón JJ. Factors associated with changes in leisure time physical activity during early pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2013;121(2):127–31.
32. Correia, Suzana, Nascimento, Catarina, Gouveia Raquel, Martins Sara, Joana, Valente. Gravidez e o Tabagismo: Uma oportunidade para mudar comportamentos. *Acta Médica Port* 2007;20(3).
33. Miller EC, Cao H, Wen SW, Yang Q, Lafleche J, Walker M. The risk of adverse pregnancy outcomes is increased in preeclamptic women who smoke compared with nonpreeclamptic women who do not smoke. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(4):334.e1–8.
34. Pfinder M, Kunst AE, Feldmann R, Eijdsden M van, Vrijkotte TGM. Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: stronger associations among vulnerable women? results from two large Western-European studies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(1):49.
35. Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Hum Dev* 2007;83(11):713–20.
36. Erickson AC, Arbour LT. Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 2012;12(1):102.
37. Rachel Bakker, Claudia J Kruithof, Eric AP Steegers. *Maternal Lifestyle and Pregnancy Complications*. Erasmus Medical Center, Rotterdam, Netherlands. 2011.
38. Del Bono, Ermisch, J, Francesconi, M. Intrafamily resources allocations: A dynamic structural model of birth weight. *Journal of Labour Economics*, 30(4), pp 657-706 2012.
39. Grinfeld, Hermann. Consumo nocivo do álcool durante gravidez. *RevSão Paulo, Brasil*, 2011.
40. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1):79.
41. Elisa Keating, João R. Araújo, Fátima Martel. *The Placental transport of folates. Interference by xenobiotics and pathological conditions*. Porto, Portugal, 2011.
42. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VWV, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2011;118(12):1411–21.

43. Grant, Walkiria Helena. A maternidade, o trabalho e a mulher. Colóquio do Lepsi IP/FE-USP, São Paulo, Brasil. 2001.
44. Lajter Segal, Viviane. As dualidades da mulher moderna: carreira e maternidade. Psicóloga clínica CRP 05/41087 2011.
45. Pouchieu C, Lévy R, Faure C, Andreeva VA, Galan P, Hercberg S, et al. Socioeconomic, Lifestyle and Dietary Factors Associated with Dietary Supplement Use during Pregnancy. PLoS ONE 2013;8(8):e70733.
46. Caniço, H, Bairrada, P, Rodríguez, E., Carvalho, A. Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados. Imprensa da Universidade de Coimbra, Portugal, 2010.
47. Tereso, Andreia Filipa Batista. Sexualidade na gravidez, Mitos e Realidade. Universidade de Coimbra, Portugal. 2013.
48. Ministério da Saúde, Alto-Comissário da Saúde. Estratégias para a saúde; Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2011.
49. Direcção Regional da Saúde. Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Portugal, 2009.
50. Ministério da Saúde. Organização Perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil. Portugal, 2006.