

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO
CIENTÍFICA**

**INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO NO
COMPORTAMENTO DE GESTANTES DURANTE O TRABALHO DE
PARTO NA MATERNIDADE “ANA BRAGA”.**

BOLSISTA: Nívea Alves Tavares Pessoa, CNPQ

**MANAUS
2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB-S/0031/2009
INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO NO
COMPORTAMENTO DE GESTANTES DURANTE O TRABALHO DE
PARTO NA MATERNIDADE “ANA BRAGA”.

BOLSISTA: Nívea Alves Tavares Pessoa, CNPQ
ORIENTADOR: Prof. Pós-Doutor Thomaz Décio Abdalla Siqueira

MANAUS
2010

Todos os direitos deste relatório são reservados a Universidade Federal do Amazonas, ao núcleo de Estudo e pesquisa em Ciências da Informação e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPQ, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, foi desenvolvida pelo Núcleo de estudos e Pesquisa em Ciências da Informação e se caracteriza como subprojeto do projeto de pesquisa Bibliotecas Digitais.

Para mudar-se a forma de viver, há que
mudar-se a forma de nascer.

Michel Odent

RESUMO

Esta pesquisa de campo de cunho descritivo com caráter investigativo, buscou analisar a influência dos exercícios de relaxamento, praticados durante a gestação, no comportamento de gestantes em seu trabalho de parto. A amostra foi composta por 23 gestantes que, participaram ativamente do Programa Educação Física para Gestantes da Universidade Federal do Amazonas, o qual se realiza na Maternidade “ANA BRAGA”, situada na zona leste na cidade de Manaus. As mesmas realizavam por dois dias semanas, durante 40 a 45 minutos, exercícios físicos de intensidade leve a moderada, e nos 15 a 20 minutos finais de cada sessão eram realizadas aulas de relaxamento. As mesmas também participavam de palestras, e atividades festivas que eram programadas pela própria Maternidade. **METODOLOGIA:** Para a obtenção dos dados foi aplicado primeiramente o Questionário de crenças sobre o Pânico de Jan Scott, J. Mark G. Williams e Aaron T. Beck, adaptado no Brasil em 1994, é um questionário auto-avaliativo, onde apresenta afirmações referentes a situações de pânico; para a identificação de estímulos que provocam situações específicas de medo ou ansiedade foi aplicado o Inventário de Temores de Wolpe e Lang (1964), adaptado por Ildenor Mascarenhas Cerqueira (1980); foi aplicado um lista de avaliação da depressão para avaliar o funcionamento biológico e os sintomas emocionais/psicológicos das gestantes; o inventário Beck de Ansiedade validado no Brasil por Cunha (2001), foi utilizado com o propósito de medir o nível de ansiedade. Para analisar o momento do parto foram utilizadas as Fichas de Registro ABC#1 (Análise do meu comportamento) e Ficha de Registro ABC#2 (Análise do comportamento dele(a)) de Renato C. L. Ribeiro e Ildenor M. Cerqueira; Também foi recolhido, com todos os detalhes possíveis, o depoimento das parturientes múltiparas, por volta do terceiro dia após o parto, afim de uma comparação com eventualidades ocorridas nos partos anteriores. Os dados foram tratados qualitativa e quantitativamente, utilizando-se a análise de conteúdo. **RESULTADOS:** O perfil inicial da amostra estudada, apresentou maior intensidade de sua crença em todas as situações relacionadas à emoções, como ansiedade, controle de ansiedade, perda de controle, raiva, tristeza ou solidão. Os estímulos identificados que mais causam temores e ansiedade nas gestantes do Programa foram novamente relacionados à perda de controle, sentimentos de perda, falta de companhia, relacionamentos conturbados, como também situações relacionadas a ambiente hospitalar e acidentes. Verificaram-se alterações ao comparar o quadro inicial e final dos Sintomas Psicológicos com nenhuma classificação da amostra no quadro Sintomas Psicológicos Graves. O nível de ansiedade das gestantes também sofreu alteração para menos, durante o programa, apresentando mudanças nos aspectos físicos, emocionais/psicológicos e sociais. Pelo comportamento apresentado pelas gestantes diante das situações ocorridos no momento do trabalho de parto, podemos confirmar que de fato, o preparo psicológico influencia diretamente no equilíbrio emocional de uma pessoa, fazendo com que a mesma aprenda a lidar com suas emoções, controlando sentimentos e sensações, e dessa maneira facilitando sua relação com todos ao seu redor, justamente num momento tão delicado por qual tem que passar, o momento do trabalho de parto.

Palavras-Chave: Gestantes, Comportamento, Relaxamento, Relações interpessoais.

ABSTRACT

This field research with a descriptive character investigative analyze the influence of relaxation exercises practiced during pregnancy, the behavior of pregnant women in labor. The sample comprised 23 women who participated actively in the Physical Education Program for Pregnant, Federal University of Amazonas, which takes place at the Maternity "ANA BRAGA", situated in the eastern city of Manaus. The same held for two days, weeks, for 40-45 minutes, exercise for mild to moderate, and 15-20 in the final minutes of each session were held classes in relaxation. They also participated in lectures, and festive activities that were planned by itself Motherhood. METHODS: To obtain the data was first applied Questionnaire beliefs about the Panic of Jan Scott, J. Mark G. Williams and Aaron T. Beck, adapted to Brazil in 1994, is a self-evaluation, which presents findings relating to situations of panic, to identify stimuli that trigger specific situations of fear or anxiety was applied Inventory Fears Wolpe and Lang (1964) adapted by Cerqueira Ildenor Mascarenhas (1980) was applied to a list of assessment of depression to assess the biological function and symptoms of emotional / psychological pregnant women, the Beck Anxiety Inventory was validated in Brazil by Cunha (2001), was used with the purpose of measuring the level of anxiety. To analyze the time of delivery were used to record ABC Cards # 1 (analysis of my behavior) and ABC Registration Form # 2 (analysis of his behavior (a)) Renato C. L. Ribeiro and M. Ildenor Cerqueira, was also collected, with every possible detail, the testimony of the parturients multiparous, around the third day after delivery, in order to compare with contingencies that occurred in previous deliveries. The data were treated qualitatively and quantitatively, using content analysis. RESULTS: The initial profile of the sample, had higher intensity of his belief in all situations related to emotions such as anxiety, control anxiety, loss of control, anger, sadness or loneliness. Identified the stimuli that cause most fear and anxiety in pregnant women's program was again related to loss of control, feelings of loss, lack of companionship, troubled relationships, but also situations related to hospital and accidents. Changes were to compare the initial and final Psychological symptoms with no classification of the sample under Psychological symptoms Graves. The anxiety level of the women also underwent change to less, during the program, with changes in physical, emotional / psychological and social. The behavior displayed by women in face of situations that occurred at the time of labor, we can confirm that in fact, the psychological influence on the emotional balance of a person, causing it to learn to deal with emotions, managing feelings , and thus facilitating its relationship with everyone around her, just as delicate a moment in which she must pass, the time of labor.

Keywords: Pregnancy, Behavior, Relaxation, Interpersonal relations.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 – Caracterização das gestantes de acordo com o número de filhos.....	43
Gráfico 5.2 – Praticantes de exercícios físicos.....	44
Gráfico 5.6 – Comparação do nível de ansiedade.....	85

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 Síndrome do Pânico ou Transtorno do Pânico	12
3.1.2 Sintomas do Pânico em mulheres	14
3.1.3 Síndrome do Pânico e gravidez.....	15
3.2 Ansiedade, medos e temores na gravidez.....	16
3.3 Sintomas depressivos e depressão pós-parto.....	18
3.4 Comportamento e Modificação Comportamental.....	21
3.5 Exercícios físicos e preparação psicoprofilática para o parto.....	23
3.6 Relaxamento: definições e conceitos.....	26
3.6.1 Relaxamento Físico: significado, uso e metodologia.....	29
3.6.2 Relaxamento Mental: significado , uso e metodologia.....	32
3.6.3 Relaxamento para gestantes.....	35
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
4.1 Tipo de pesquisa.....	38
4.2 Ambiente e Atividades.....	38
4.3 População.....	39
4.4 Amostra.....	40
4.5 Descrição dos instrumentos.....	40
4.6 Coleta de dados.....	41
4.7 Tratamento Estatístico.....	41
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	42
5.1 Identificação e Caracterização dos Sujeitos.....	42
5.2 Prática de exercícios físicos.....	43
5.3 Auto-avaliação das gestantes com relação a situações de pânico.....	44
5.4 Identificação dos estímulos que provocam sentimentos de medo nas gestantes que participam do Programa Educação Física para Grávidas.....	55
5.5 Avaliação do funcionamento biológico e dos sintomas emocionais/psicológicos das gestantes.....	61
5.5.1 Funcionamento Biológico.....	61
5.5.2 Sintomas Emocionais/psicológicos.....	65
5.6 Avaliação do nível de ansiedade das gestantes do Programa.....	71
5.7 Mudanças apresentadas a partir da aderência ao Programa.....	85
5.8 Influência dos exercícios de relaxamento na hora do pré-parto/parto no comportamento das gestantes do Programa.....	88
5.9 Comparação do parto atual com o parto anterior das gestantes multíparas da Amostra.....	91
6. CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS.....	101
CRONOGRAMA.....	114
AGRADECIMENTOS.....	115

1. INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional a mulher sofre mudanças físicas e psicológicas que se acentuam ainda mais nos momentos antecedentes ao parto. As principais alterações do sistema músculo-esquelético ocorrem para o pleno desenvolvimento do bebê, porém na maioria das vezes, acarretam maus hábitos posturais, gerando incômodos e mal-estar, impossibilitando as gestantes de desfrutarem com prazer e alegria de todos os meses da gestação. No presente projeto, iremos trabalhar com grávidas que participam ativamente do Programa de Extensão da Universidade Federal do Amazonas: Educação Física para Grávidas da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF.

Tulku (1999) afirma que os nossos sentidos, sentimentos e pensamentos estão integrados, e todas as nossas relações, ações, idéias e movimentos fluem harmoniosos. A nossa percepção nos dá a liberdade de tomar conta da nossa vida, não de modo forçado ou medroso, mas confiante. Fazemos então, naturalmente, o que é apropriado e benéfico, e agimos de modo positivo no mundo. Compreendemos que as idéias e ações resultantes em estabilidade e felicidade para nós mesmos contribuem também para a harmonia do mundo à nossa volta.

No cotidiano, o termo relaxamento associa-se à tranquilidade e ao desejo de escapar do estresse e do ritmo acelerado da vida moderna. Do ponto de vista fisiológico e psicológico, relaxamento é a redução voluntária ou involuntária do tônus muscular, com o objetivo de pôr fim a estados de fadiga corporal ou de esgotamento psíquico. A diversidade das técnicas de relaxamento pode ser utilizada em várias abordagens, especialmente como um recurso em situações específicas ou como preparação para outra atividade qualquer. Elas permitem que o indivíduo controle e aprenda a lidar com uma variedade de situações impostas, estando consciente para a tarefa que realiza e ao mesmo tempo relaxando músculos corporais tensos. Durante a gravidez é imprescindível que a mulher adote uma maneira de equilibrar seu

sistema psicoemocional, promovendo maiores cuidados com relação ao próprio corpo e uma atenção especial ao desenvolvimento saudável do bebê.

Um fator de extrema importância a considerar é a preparação psicológica em gestantes conjuntamente às técnicas e/ou procedimentos recomendáveis a essa população. Para Lipp (2005), o relaxamento é uma técnica acessível a todos e auxilia a curar a mente e o corpo. Para cada tipo de problema ou necessidade que a pessoa tenha, ela deve usar um tipo diferente de relaxamento.

Segundo Rappaport (1981), o parto é realizado num ambiente hospitalar que, se traz benefícios à saúde pela sua assepsia, pode produzir efeitos emocionais danosos, os quais podemos denominar “esterilização emocional”. Analisemos a situação *pari passu*: a mulher parturiente, sofrendo as dores das contrações e as angústias de um momento desconhecido e crucial, é recebida fria e rotineiramente por pessoas estranhas. É conduzida de uma sala para outra, sem participar de qualquer decisão, tomada em nome de princípios obstétricos que não lhe são transmitidos.

A discussão acerca do comportamento de gestantes o qual tende a se refletir nas suas relações interpessoais durante todo o procedimento do parto é relevante, uma vez que, a gestante encontra-se num estado de extrema sensibilidade, e ainda terá que passar por momentos de acentuada expectativa e tensão, onde situações imprevisíveis podem ocorrer.

Com base nessas considerações propomos analisar a influência dos exercícios de relaxamento no comportamento das grávidas em seu trabalho de parto, as quais participam do Programa Educação Física para Grávidas da Universidade Federal do Amazonas, realizado na Maternidade “Ana Braga”. Por conseguinte, relacionaremos as mudanças comportamentais apresentadas pelas grávidas a partir da aderência ao programa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência dos exercícios de relaxamento, praticados durante a gestação, no comportamento de gestantes durante o parto, as quais participam do Programa de Extensão Educação Física para Grávidas da Universidade Federal do Amazonas, realizado na Maternidade “Ana Braga”.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obter informações sobre situações ocorridas durante o pré-parto/parto;
- Comparar o tipo de comportamento apresentado pelas grávidas no pré-parto, em sua atual gestação, com a(s) gestação(ões) anterior(es);
- Relacionar as mudanças comportamentais das gestantes a partir da aderência ao Programa de Atividade Física durante sua gestação.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Síndrome do Pânico ou Transtorno do Pânico

O Transtorno do pânico é considerado como um dos problemas mais freqüentes e incapacitantes na área dos transtornos da ansiedade. Para Margraf *et al* (1993), a experiência de quem tem um ataque de pânico é simplesmente aterrorizadora. Depois de um ataque de pânico, há uma enorme ansiedade pela expectativa de que algo assim possa acontecer de novo e que da próxima vez não haja escapatória, tudo é feito para que nunca mais isso aconteça.

A perturbação gerada envolve súbitas, rapidamente crescentes e intensas reações simpáticas, como taquicardia, sensações de falta de ar, tremores, sudorese, tonteiras, vertigens, pernas bambas, náusea, formigamentos, ideações de morte por sufocamento ou ataque cardíaco, loucura, perda do controle, desmaio, que causam enorme mal-estar e desconforto. Podem estar envolvidos freqüentemente comportamentos de fuga ou evitação que limitam de forma drástica a mobilidade e a autonomia dos pacientes. A vida pessoal, profissional e afetiva dos pacientes é gravemente afetada: não conseguem mais sair sozinhos e, às vezes, nem acompanhados. Passar por certos lugares, viajar em transportes públicos fica impossível. Fazer compras, ir a bancos, ver espetáculos de cinema, teatro ou música, tudo isso faz parte do passado. Trabalhar se torna, muitas vezes, uma penosa dificuldade. Com freqüência, tentam desempenhar essas atividades com auxílio de álcool ou medicamentos, o que eventualmente cria dependências químicas de forma secundária.

À medida que outros ataques ocorrem, começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que leva, em geral, ao desenvolvimento de respostas de evitação. Cuidados são necessários quanto ao diagnóstico diferencial, uma vez que a ocorrência de pânico ou de sinais semelhantes pode se dar em vários tipos de transtornos, psiquiátricos ou não. No caso de transtornos ansiosos, como a fobia social e a fobia simples, também ocorrem ataques de pânico, mas localizados e situacionalmente disparados.

Os sintomas de pânico podem se confundir com algumas doenças físicas como com o hipertireoidismo, em que as pessoas se queixam de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia, irritabilidade, diarreia e prolapso da válvula mitral (especialmente em casos de pânico sem medo). As características demográficas dos pacientes sugerem idade de início dos sintomas entre o final da adolescência e o início da vida adulta (entre os 17 e os 25 anos) com uma idade média dos sujeitos acometidos entrevistados em torno de 28 anos.

Os tratamentos cognitivo-comportamentais evoluíram muito nos últimos 30 anos. Inicialmente restritos ao tratamento da agorafobia (até porque a caracterização diagnóstica do transtorno do pânico só veio a se dar em 1987), hoje já se desenham várias estratégias com reconhecimento formal de efetividade também para o tratamento do pânico, como a expressa pela Conferência de Consenso sobre Tratamento do Transtorno do Pânico do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, que endossou certas intervenções cognitivo-comportamentais como efetivas (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1991). Os tratamentos cognitivos, comportamentais e cognitivo-comportamentais do pânico revelam hoje vários aspectos que se sobrepõem (MARGRAF *et al.*, 1993), podendo ser destacados quatro deles:

1. Treino de habilidades de manejo de sintomas corporais (relaxamento aplicado: ÖST, 1991).
2. Treino respiratório (BONN *et al.*, 1984) para prevenir a espiral do pânico.
3. A ênfase na exposição interoceptiva dos sinais corporais temidos (BARLOW, 1988).
4. A eliminação da tendência persistente de interpretar de forma distorcida e catastróficas as sensações corporais (CLARK, 1986; BECK & EMERY, 1985).

3.1.1 Sintomas do Pânico em mulheres

Os sintomas de pânico mais associados ao gênero feminino são respiração curta, náusea e sensação de sufocamento. Segundo Parry (2001), as mulheres costumam ter mais associação com quadros fóbicos e até transtorno do estresse pós-traumático ou depressão. Geralmente, os pensamentos catastróficos também são mais típicos no sexo feminino, segundo as diversas pesquisas.

O Transtorno do Pânico é caracterizado pela presença repetitiva de ataques de pânico: crises espontâneas, súbitas, de mal-estar e sensação de perigo ou morte iminente, com vários sintomas e sinais de alerta como suor, tremores, rubor facial, taquicardia ("batedeira no coração"), taquipnéia (respiração rápida e superficial), sensação de sufocamento ou "nó na garganta", tonturas, formigamentos, náuseas, vômitos, diarreias e outros, atingindo o pico máximo em cerca de 10 minutos.

Geralmente a pessoa está bem, quando percebe que algo indefinido a ameaça. Ocorre uma sensação inesperada de falta de ar, tonteira, flutuação que indicam um risco de vida ou perda da razão que nunca chegam a ocorrer. As mãos gelam e ficam úmidas, a respiração fica difícil, o coração acelera e a pessoa sente-se sufocada. Formigam as extremidades, adormecem os lábios e ondas de calor ou frio ocorrem também. Tudo ocorre em segundos ou minutos. O indivíduo procura ajuda e pode se desesperar. A crise pode passar em cerca de 20 a 40 minutos e é seguida de sensação de cansaço, fraqueza, pernas bambas. No auge da crise, a pessoa pode tomar atitudes de risco como descer do carro em locais de risco, abandonar afazeres domésticos sem os devidos cuidados.

A distribuição por sexo do transtorno do pânico com agorafobia é de aproximadamente 4,1 mulheres para cada homem, enquanto que no transtorno do pânico sem agorafobia a razão é de 1,3 por 1 (MYERS *et al.*, 1984; CLUM & KNOWLES, 1991).

3.1.2 Síndrome do pânico e gravidez

Öst (1991) aborda que o alto nível de estresse gerado pelas sucessivas crises de pânico na gravidez pode ser prejudicial pelo nível de cortisol aumentado. Isso pode levar a um risco maior de retardo de crescimento intra-uterino, antecipação da data de parto (parto prematuro) e em casos extremos até os abortos espontâneos (define-se abortamento espontâneo, aquele que ocorre até a vigésima semana de gestação). Portanto, o recomendado seria que, o médico obstetra que faz o pré-natal, em contato com um psiquiatra especializado, devesse fazer uma avaliação do risco benefício envolvido no tratamento.

Há de se considerar que, a instituição de um possível tratamento medicamentoso, com antidepressivos, deve-se levar em conta fatores relativos ao nível sintomatológico do transtorno do pânico e prejuízos associados à mãe e ao feto. A escolha do antidepressivo deve ser realizada apenas por um psiquiatra, já que estes medicamentos possuem diferentes níveis de riscos entre si quando administrados para gestantes. Porém, há conhecimento clínico e científico adequados, gerando assim a possibilidade de tratamento/medicamento dos casos mais graves, mesmo na gestação.

Nos casos leves e moderados, a psicoterapia cognitivo-comportamental costuma ser muito eficaz e gera resultados rápidos, em média em torno de 6 a 12 semanas de tratamento. Embora isso seja variável de pessoa para pessoa e dependente do nível de gravidade e incapacitação da doença.

Com relação à gestação, há dados científicos interessantes e relevantes, constatando que 43% das pacientes apresentaram melhora dos sintomas ansiosos na gestação, 33% piora e 24% não apresentaram nenhuma alteração. Portanto, quanto ao curso da doença na gestação, não há um único padrão estabelecido.

3.2 Ansiedade, medos e temores na gravidez

A gestação costuma ter diferentes significados e representações para as mulheres, sendo que as percepções variam individualmente, algumas mulheres com mecanismos psicológicos neuróticos podem até apresentar uma exacerbação das angústias e neuroses durante a gestação. Para algumas mulheres, torna-se um sinal de invasão e até desconfiguração do seu corpo e de sua vida.

A alteração emocional durante a gravidez tem implicações diretas sobre o feto e a longo prazo pode ocasionar déficits no desenvolvimento neurológico. Estudos demonstram que se a mulher está ansiosa ou estressada durante a gestação, seu filho terá uma probabilidade maior de desenvolver problemas emocionais, de comportamento ou de aprendizado. Há um risco maior de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade, e atraso no uso de linguagem em filhos de mulheres estressadas durante a gestação. A ansiedade na gravidez parece ter maior impacto sobre o bebê do que a depressão pré-natal.

Recentemente, pesquisas evidenciaram uma ligação entre os níveis de cortisol (hormônio associado à resposta ao estresse) em líquido amniótico e o índice de desenvolvimento mental da criança. Quanto maior a concentração de cortisol, mais baixo o índice.

O medo é uma resposta adaptativa que surge em situações ameaçadoras. Porém, quando o medo se torna mais intenso do que a situação justificaria, ou começa a ocorrer em situações impróprias, caracteriza-se um transtorno de ansiedade (JORGE, 2000). A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos. Entre outros aspectos, abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe, aumento de vigília ou alerta, tensão muscular e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico. As escalas de ansiedade, de modo geral, medem o humor (apreensão, sensação

de medo), cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos e outros (ANDRADE & GORENSTEIN, 2000).

Sentir medo durante os nove meses de gestação pode estar ligado a contextos emocionais e até culturais. É o que afirma o Dr. Geraldo Mota de Carvalho, coordenador do curso de obstetrícia do Centro Universitário São Camilo e um dos organizadores do livro *Ser Gestante: refletindo o cuidado da gestação ao nascimento*. O especialista complementa:

"Os medos ocorrem devido à expectativa das grandes mudanças que acontecem. Elas envolvem diversos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A mulher passa por uma revolução hormonal e por profundas alterações em sua estrutura corporal. Passa a se ver e a ser vista de uma maneira diferente, em um novo papel social: o de mãe. Esta reorganização de identidade pode assustar e causar alterações de comportamento".
(CARVALHO, 2005, p.27)

As causas para essas alterações podem ser explicadas pela própria psiquiatria, segundo a qual o medo está intimamente ligado aos momentos de ansiedade, que ficam ainda mais aflorados durante a gravidez. Entretanto, por mais que os temores possam ser enquadrados em determinadas fases, vários fatores podem influir para quebrar a tranquilidade das futuras mães. Segundo os especialistas, esse é um momento em que a mulher passa a somatizar muito os fatos que a rodeiam. No caso de instabilidade financeira, conjugal, problemas com a família e com os outros filhos, além de uma gravidez não planejada, toda a tensão pode desaguar numa enxurrada de medos.

O componente cognitivo pode ter três diferentes significados. Ele pode estar relacionado à percepção pelo sujeito de sua resposta autonômica, de modo que ele a classifica como medo ou ansiedade. Pode também ser conceituado como uma preocupação ou como pensamentos negativos que surgem durante a exposição ao estímulo fóbico, incluindo o medo de não estar apto a lidar com a situação. Um terceiro significado do termo o cognitivo-verbal relaciona-se à mudança no humor e o sentimento de irrealidade, incontabilidade, culpa,

autoacusação, etc. do sujeito quando exposto ao estímulo fóbico ou quando pensa sobre o estímulo. A resposta fisiológica corresponde a respostas autonômicas, corticais ou neuromusculares ao objeto fóbico e o componente comportamental geralmente refere-se à fuga ou esquiva ao objeto fóbico.

Um estudo realizado com 255 gestantes buscou examinar a relação entre o traço e o estado de ansiedade, como também a presença de sintomas depressivos num período de 5 meses, concluindo que, quanto maior o traço de ansiedade, maior o estado de ansiedade, quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de sintomas depressivos durante a gravidez, e que, o casamento, o apoio social e o planejamento da gravidez contribuem para a prevenção do surgimento de sintomas depressivos.

3.3 Sintomas depressivos e depressão pós-parto

Depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidas, porém mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. As manifestações depressivas são muito variadas e extremamente dependentes da personalidade de cada um. Porém, a depressão costuma estar junto com a maioria dos transtornos emocionais, ora aparecendo como um sintoma de determinado estado emocional, ora coexistindo com quadros ansiosos, outras vezes como causa de determinados transtornos.

Relata Ballone (2007), que a *Depressão* aparece impregnando todo o viver dos pacientes emocionais em geral, tanto sob sua forma típica, com tristeza, choro, desinteresse, etc, quanto em sua forma atípica, com somatizações, pânico, ansiedade, fobia, obsessões. De qualquer forma, o que encontramos mais freqüentemente nos distúrbios depressivos são os sintomas atrelados a essa afetividade alterada. Normalmente os sintomas afetivos não

proporcionam prejuízo significativo da cognição mas, apesar do juízo crítico estar conservado, as vivências do deprimido terão uma representação alterada, serão suportadas com grande sofrimento e com perspectivas pessimistas.

O adulto deprimido também pode experimentar sintomas adicionais na *Depressão*, incluindo alterações no apetite ou peso, alterações do sono e da atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida. Segundo Parry (2001), as constantes e periódicas mudanças hormonais, as alterações orgânicas da reprodução, da puberdade, o uso prolongado de contraceptivos orais, as alterações orgânicas e existenciais do pós-parto e da menopausa contribuem, significativamente, para que as mulheres tenham duas vezes mais depressão que os homens.

Ao mesmo tempo, é importante que as mulheres fiquem atentas aos conhecimentos atuais sobre a depressão, para que busquem ajuda o mais precocemente possível, após a detecção de sintomas sugestivos de depressão.

A depressão deve ser acompanhada por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida da pessoa. Para algumas pessoas com depressão mais leves, o funcionamento sócio-ocupacional pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. O estado depressivo freqüentemente é descrito pela pessoa com sentimentos de tristeza, desesperança, falta de coragem ou como estando "na fossa", mas essa não é uma regra absoluta. Há quem manifeste a depressão com sintomas exclusivamente ansiosos. Em alguns casos, a tristeza pode ser negada de início, mas subseqüentemente pode ser revelada na entrevista, por exemplo, quando a pessoa chora ou pela fisionomia aborrecida e entristecida. Outras pessoas, entretanto, podem dizer que se sentem indiferentes, apáticos ou ansiosos ou, ainda, podem referir queixas somáticas sem correspondência clínica, muito mais do que sentimentos de tristeza. Muitos

referem ou demonstram irritabilidade aumentada, tendência para responder a eventos com ataques de ira ou culpando outros, ou um sentimento exagerado de frustração por questões menores.

O *Sofrimento Moral* é considerado ainda o maior responsável pelo desfecho suicida das depressões severas. Aparece como uma prova doentia da incompetência do ser, de seu fracasso diante da vida e de sua falência existencial. Enquanto na *Euforia* a autoestima se encontra patologicamente elevada e as idéias de grandeza proporcionam uma aprazível sensação de bem-estar, na depressão a pessoa se coloca numa das posições mais inferiores entre seus semelhantes.

A *Inibição Global* do organismo é um dos sintomas básicos da *Depressão* e se manifesta como uma espécie de freio ou lentificação dos processos físicos e psíquicos em sua globalidade, uma lassidão e lerdeza generalizada de toda a atividade corpórea, uma preguiça e fadiga difíceis de serem explicadas pelos exames médicos. Em graus variáveis, esta inibição geral torna o indivíduo apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares do cotidiano e com grande perda na capacidade em tomar iniciativas.

Estreitamento Vivencial é a expressão mais adequada para representar a perda progressiva em sentir prazer que experimenta a pessoa deprimida. O ponto mais alto desse fenômeno de perda do prazer é *Anedonia*, ou seja, a incapacidade em sentir prazer por todas as coisas (próprio dos estados gravemente [depressivos](#)). No *Estreitamento Vivencial* o leque de interesses e de prazeres pelas coisas da vida vai sendo cada vez menor e mais restrito.

A gestação, quando desejada, raramente contribui para o desenvolvimento de depressão, e a ocorrência de aborto não parece aumentar a chance de depressão. Já as mulheres que sofrem de problemas para engravidar estão sujeitas a grande estresse e ansiedade, embora ainda não se saiba se isso aumenta o risco de depressão. A maternidade

precoce (adolescência) é um fator que contribui para o desenvolvimento de depressão, devido ao grande estresse que gera. Ao contrário do que pensa muita gente, a incidência de depressão na gravidez mostra taxas mais elevadas até a 32ª semana de gestação do que até 8 semanas depois do parto. Evans (2001) é enfático ao dizer, textualmente, que os sintomas da depressão não são mais comuns ou severos após o parto do que durante a gravidez.

Segundo uma pesquisa, realizada com 14.000 mulheres grávidas, a depressão depois do parto (puerperal) não pareceu ser uma síndrome distinta da depressão que pode acontecer durante o período da gestação. Sobre as dúvidas acerca das mulheres serem mais vulneráveis à doença psiquiátrica durante o período pós-natal, Evans concluiu que “a prevalência da doença depressiva não-psicótica no período pós-natal foi similar à prevalência na população geral”.

A depressão pós-parto pode variar desde uma sensação de tristeza após o parto, até quadros depressivos graves e incapacitantes. Parece que as mulheres que desenvolvem esse tipo de depressão geralmente já apresentaram episódios de depressão em outra época da vida. Na maioria dos casos, no entanto, a depressão pós-parto é transitória e sem grandes problemas.

3.4 Comportamento e Modificação Comportamental

Comportamento é uma interação do organismo com o ambiente. Interação essa que se dá através de uma função conjunta da seleção filogenética, aquela que ocorreu durante a evolução das espécies, com a seleção ontogenética, que ocorreu durante a história de vida do indivíduo. Operante é um conjunto de ato que tem o mesmo efeito no ambiente, que está localizado no espaço e no tempo. A causalidade dos comportamentos é uma seleção por consequência, o organismo afeta o ambiente e tal alteração afeta o organismo, é bidirecional,

é interacionista e histórico. Não tem um estímulo iniciador, mas uma malha de relações que afeta o comportamento, que é multideterminada.

Segundo Guilhardi (2002) uma formulação behaviorista não ignora sentimentos, apenas muda a ênfase do sentimento para o que é sentido, ou seja, o que você sente é seu corpo se comportando. Sentimentos são produtos de contingências de reforçamento, que produzem comportamentos operantes, podendo ser privados (observado somente pela pessoa que se comporta) e públicos (observado pelo outro).

Skinner defendia o comportamentalismo/behaviorismo, ou seja, o estudo do comportamento observável, aceitando a introspecção não como um método, mas como um objeto de estudo, pois introspeccionar é comportar-se; é autoconhecimento. “Dizer que estou observando eventos internos equivale a dizer que estou observando meu próprio corpo e seu funcionamento.” (SKINNER, 1974)

A modificação comportamental é uma técnica bastante usada na terapia psicológica para conseguir mudanças de hábitos desejadas. O fundamento que sustenta modificação do comportamento é o de que muitos padrões comportamentais são aprendidos via condicionamento estímulo/resposta, comenta Williams (2002), exemplificando com um estímulo do ambiente: como o intervalo na programação da televisão, provocando uma resposta de louca corrida à geladeira. Assim como essas reações são aprendidas, elas também podem ser desaprendidas, afirma o autor.

O assunto faz referência ao desenvolvimento e à mudança do comportamento humano, sendo bastante complexo, mas os psicólogos observam que geralmente três fatores estão envolvidos: o ambiente físico, o social e o pessoal. O modelo mais usado para explicar o desenvolvimento ou a modificação comportamental em relação à saúde, envolve três passos: conhecimento, valores e comportamento. Primeiro o conhecimento adequado é essencial. Segundo, as implicações desse conhecimento na saúde pode ajudar a formar um conjunto de

valores ou atitudes pessoais, visando um comportamento específico. Terceiro, suas atitudes em relação à saúde devem refletir o conhecimento adquirido e os valores formados. O condicionamento operante é um mecanismo de aprendizagem de novo comportamento, um processo que Skinner chamou de modelagem. O instrumento fundamental de modelagem é o reforço, ou seja, a consequência de uma ação quando ela é percebida por aquele que a pratica. No condicionamento operante, um mecanismo é fortalecido no sentido de tornar uma resposta mais provável, ou melhor, mais freqüente", afirma o psicólogo.

3.5 Exercícios físicos e preparação psicoprofilática para o parto

Exercícios físicos são importantes em qualquer fase da vida. Com relação ao período gestacional, segundo um estudo norueguês, mulheres que esperam o primeiro filho e têm uma atividade física regular durante a gravidez reduzem o risco de o bebê nascer com excesso de peso. O estudo, que avaliou 36,8 mil grávidas, revelou que aquelas que se exercitavam pelo menos três vezes por semana durante a 17ª semana de gestação tinham 25% menos chances de ter um filho com sobrepeso.

De acordo com os cientistas, a atividade física ajuda a prevenir o crescimento excessivo do feto ao melhorar a capacidade de o corpo da mulher manter os níveis de açúcar no sangue sob controle, fazendo com que diminua a oferta de açúcar que vai para o bebê, controlando assim o aumento de seu peso. Apesar dos benefícios, outro estudo feito pela Universidade da Carolina do Norte (EUA), revelou que são poucas as gestantes que se exercitam durante a gravidez, das 1.280 mulheres que participaram do estudo, entre 1999 e 2006, somente 23% delas praticaram ao menos 30 minutos exercícios físicos por dia.

Segundo outro estudo publicado no Jornal da Academia Americana de Cirurgiões Ortopedistas (JAAOS), essa atitude de não ficar parada na gravidez aumenta a probabilidade de você incorporar a prática no seu dia a dia depois que o bebê nascer. Os cientistas acreditam

que, ao se tornar mãe, a mulher reavalia seu estilo de vida, motivada por cuidar não só da sua saúde, mas também do bebê. O ideal, no entanto, é que a mulher que pretende engravidar comece a fazer algum tipo de atividade física aeróbica, a fim de melhorar o condicionamento cardiovascular. E os benefícios vão desde a prevenção de doenças, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, até maiores chances de o bebê nascer de parto normal.

Os benefícios gerados pela prática de exercícios físicos durante a gestação, abrangem não só aspectos físicos, como também aspectos psicoemocionais, pois ajudam a relaxar, controlar a ansiedade, reduzindo assim sintomas que causam medo e aflições nessa fase da vida de uma mulher (ARTAL, 1999). Além disso, no pós-parto, os exercícios contribuem para que você se restabeleça mais rapidamente, além de melhorar seu humor e, conseqüentemente, fazer com que você se sinta mais bonita. Um estudo recente sugere que atividades durante a gestação contribuem para o desenvolvimento do sistema nervoso do bebê.

Pessoas com baixa autoestima, que vêem o mundo e a si mesmas com pessimismo ou que são facilmente arrebatadas pelo estresse, estão mais propensas ao desenvolvimento de depressão. Os profissionais da psicologia frequentemente descrevem fatores de aprendizado social, como sendo significativos no desenvolvimento da depressão, bem como outros fatores psicológicos. As pessoas aprendem formas bem e mal-adaptadas de manejo do estresse e de resposta aos problemas enfrentados no ambiente familiar, na escola e nos ambientes social e profissional. Esses fatores, relacionados ao ambiente, influenciam o desenvolvimento psicológico e a forma como as pessoas tentam resolver seus problemas, à medida que eles surgem. Esses fatores de aprendizado social também explicam porque os problemas psicológicos parecem ocorrer mais frequentemente em membros da mesma família. Se uma criança cresce em um ambiente pessimista, no qual o desencorajamento é comum, e o encorajamento é raro, ela vai desenvolver uma propensão à depressão. Em pessoas de personalidade ansiosa a baixa *autoestima* faz com que os outros (notadamente, a opinião dos

outros) pareçam inimigos em potencial, capazes de depreciar, de julgar, de avaliar. Normalmente essa depreciação nasce na pessoa deprimida e é projetada nos outros, como se originassem dos outros. Portanto, nada mais sensato que apresentarem, esses pacientes, quadros fóbicos sociais, evitação, sintomas autossômicos (do Sistema Nervoso Autônomo) quando diante de outras pessoas. Tanto o preparo físico, como o psíquico da gestante é considerado de grande importância para o êxito do parto, sendo necessária a participação ativa das mesmas para que o parto se realize em boas condições para mãe e feto.

O método psicofilático utiliza o trabalho respiratório, de relaxamento e exercícios físicos como forma de diminuir o ciclo medo-tensão-dor, e é considerado como uma atividade de baixo risco, sendo sua utilização, altamente recomendável para grupos, como o das gestantes. Alguns fatores que causam medo são levados em consideração para a aplicação deste método:

1. As mulheres são condicionadas negativamente em relação ao parto desde a infância;
2. Por ignorar as modificações que ocorrem em seu organismo durante o ciclo gravídico-puerperal, a gestante torna-se muito ansiosa;
3. Desamparo psicológico durante o parto.

Nem todas as mulheres dão à luz com dor, há aquelas que o fazem sem experimentar qualquer sensação dolorosa ou com manifestações mínimas. Pavlov (1971) comprovou que a sensação dolorosa poderia sofrer uma modificação através de um novo condicionamento. Desde então, surgiu a idéia de se intervir no ciclo gravídico puerperal criando esse novo condicionamento. O objetivo a se alcançar era feito por meio de explicações dos mecanismos biológicos e fisiológicos do ciclo gravídico puerperal, como também o ensino da respiração especial e do tipo de esforço a ser aplicado no momento da expulsão, comenta Miranda (1986).

A preparação psicoprofilática para o parto fazendo parte dos cuidados do pré-natal foi rapidamente divulgada em vários países da Europa, Estados Unidos e América do Sul, sendo atualmente bem aceita no Brasil. Há trabalhos, que mostra os vários benefícios usufruídos pelas mulheres que se submetem ao preparo psicoprofilático do parto. Desses vários estudos, podem-se mencionar as seguintes conclusões:

- Redução de medicação durante o parto.
- Redução da dor da parturição.
- Menor frequência do uso do fórceps.
- Maior número de mulheres com atitude mais positiva através da experiência de parto.
- Menor número de depressão pós-parto e de psicose pós-parto diagnosticado nas mulheres que têm dificuldades de entrar no papel de mãe pela sua estruturação do núcleo de personalidade.

3.6 Relaxamento: definições e conceitos

De um modo simples e direto a autora Lipp (2005) define o relaxamento como uma técnica acessível a todos e que auxilia, ao mesmo tempo, na cura do corpo e da mente. Há, no entanto, diversas maneiras de relaxar e cada uma deve ser aplicada de acordo com o tipo de problema ou necessidade que a pessoa apresenta. Para pessoas estressadas com sintomas físicos, é aconselhado o relaxamento muscular, já o relaxamento mental é apropriado para pessoas estressadas com sintomas mais psicológicos, além disso, os exercícios de respiração profunda podem ser recomendados a todos, especialmente nos dias de hoje em que a tensão e o stress tornam-se parceiros constantes e interferem diretamente no estado de equilíbrio corporal.

A pesquisadora relata que técnicas específicas para aliviar tensões e ansiedade são observadas na área da Psicologia. Como técnica eficaz, existe o relaxamento. Ele propicia

alívio das tensões, proporciona ao indivíduo sensação de paz e tranqüilidade tanto para a mente quanto para o corpo.

Parece que Jacobson (1938) foi o primeiro a acentuar a importância da relaxação como meio de combater a ansiedade. Seu argumento era que a experiência pessoal de um estado emocional deriva, em grande parte, das fortes contrações musculares que o acompanham; por outro lado, sugeria ele, a relaxação parece ser exatamente a condição oposta. Em outras palavras, existe uma poderosa relação entre o grau de tensão muscular e a percepção de uma condição emocional pelo indivíduo; se ausente a tensão muscular, não é provável que o indivíduo seja capaz de sentir-se emocionalmente excitado. De fato, isto significaria que os efeitos autonômicos que acompanham um estado de profunda relaxação são exatamente opostos aos que seriam experimentados em estado de ansiedade. (BEECH, 1976, p.77-78).

Doenças físicas e psicológicas causadas por um estado prolongado de stress excessivo podem ser aliviadas com a utilização sistemática de algumas técnicas de relaxamento. O estado de relaxamento pode ser obtido pelo uso de hipnose, respiração profunda, *biofeedback*, relaxamento muscular, música, meditação ou visualizações, porque todos esses recursos criam um estado de quietude interior que desacelera o organismo. De acordo com Tulku (1999), o relaxamento pode curar tanto o corpo quanto a mente, pelo despertar de nossos recursos internos, abrindo-nos para sentimentos que são muito mais do que sensações físicas ou mentais.

Lipp (2005) ressalta que o exercício de relaxamento pode ajudar a recuperar o desgaste sofrido em decorrência do acúmulo de tensão, além disso, como medida preventiva, pode ensinar a manter um equilíbrio que contribuirá para que não cheguemos a nos desgastar tanto. Principalmente, por esse motivo, é que o relaxamento passou a fazer parte da lista de recomendações de alguns médicos para mulheres gestantes, pois ele de certa forma a ajudará na manutenção de toda energia necessária que é tão solicitada na hora do parto, especialmente

quando nos referimos ao parto normal. Para Dantas (2005), a soma de prazer que um indivíduo obtém durante as horas semanais em que exercita o corpo, aprimorará sua qualidade de vida, potencializando o otimismo e reduzindo o nível de stress a que frequentemente está submetido, independente de situações agradáveis ou desprazerosas enfrentadas ao longo do seu cotidiano. Segundo o referido autor, prevenir e diminuir a tensão e o stress é fundamental para o bem-estar geral e a saúde, pois os efeitos do stress a longo do tempo, estabelecem determinadas condições no corpo que levam ao aumento da pressão sanguínea e ao esforço excessivo do coração e outros sistemas[...]. Os movimentos lentos e precisos e os efeitos de uma respiração estável e ritmada, ao longo do exercício, acalmam e apaziguam a mente, sendo altamente tranqüilizantes. Aprendendo a relaxar, controlamos a fadiga e a depressão e recuperamos as energias despendidas.

O relaxamento não é visto como uma panacéia para todo e qualquer tipo de doença que acomete as pessoas, porém pode ser utilizado para ajudar na melhoria da capacidade de lidar com o estresse do dia-a-dia. Tulku (1999) comenta que à medida que as nossas energias mentais e físicas passam a ser vitais e sustentadoras, nós nos tornamos cada vez mais claros e confiantes, o autor esclarece que:

Muitas vezes, contudo, nossas mentes e corpos não se comunicam bem entre si, e nos vemos incapazes de alimentar qualquer um dos dois de maneira adequada. Nós não podemos, então, sustentar a nossa vitalidade, a nossa concentração, a nossa atenção, de modo que funcionamos ineficazmente e ficamos sujeitos a desequilíbrios mentais e físicos. Muitos problemas psicológicos e enfermidades – incluindo os males da tensão – estão relacionados com esses desequilíbrios da energia sutil em nossos corpos, mentes e sentidos. Nossas sensações tornam-se confusas e a nossa energia, dispersa e irregular. Carecendo da atenção vital, os nossos corpos e sentidos são como casas desabitadas... a atenção mental, física e sensorial diminui. Emoções fortes agravam a situação (TULKU, 1999, p. 19).

Para que o sucesso seja alcançado e atinja um resultado de satisfação e quietude interior, é fundamental saber escolher o procedimento adequado às necessidades e às características pessoais de cada um. O relaxamento é um auxiliar importante para pessoas com crises de ansiedade, crises fóbicas, insônia, perda de controle com comportamento agressivo ou compulsivo, e com problemas sexuais, como impotência, frigidez ou vaginismo. (LIPP, 2005, p. 84).

3.6.1 Relaxamento físico: significado, uso e metodologia

A técnica de relaxamento muscular consiste na contração e na descontração de grupos musculares específicos: por meio do treinamento em descontrair a musculatura, ou seja, aprendendo a prática do relaxamento, pode-se atingir um nível baixo de tensão. Consta na literatura que a técnica de relaxamento muscular tem sua origem na proposta do médico Edmund Jacobson que publicou em 1929 o livro *Progressive Relaxation*. Esse tipo de relaxamento é caracterizado como um exercício participativo em que a própria pessoa opera em busca do estado de relaxamento e bem-estar físico, trabalhando seus músculos de forma consciente, controlada e programada. É uma técnica ativa e dinâmica, na qual não se usa sugestão, mentalização ou hipnose, tendo enormes vantagens para a discriminação da tensão e na capacidade de auto-aplicação e autocontrole. Quando aprendida e automatizada, essa técnica permite a discriminação imediata das regiões de tensão muscular como: ombros, braços, rosto, costas, e sendo que a pronta identificação auxilia na tomada de decisão sobre o uso do relaxamento, promovendo assim, um alívio imediato da tensão. Para treinar o relaxamento, segundo Lipp (1997), começa-se por uma fase em que a pessoa deve saber que:

1. A tensão muscular é aprendida e, de forma análoga, pode-se aprender a relaxar;

2. Durante o exercício de relaxamento, podem ocorrer sensações não usuais e até desagradáveis, como formigamento de mãos e pés – essas sensações são normais e logo irão desaparecer;

3. A pessoa deve estar motivada e interessada no relaxamento, que no decorrer dos exercícios, acontecerá naturalmente;

4. A sensação de perda de controle muscular do próprio corpo pode ser desagradável e ameaçadora para a pessoa, que pensará estar perdendo o controle de si mesma – para evitar essa sensação, deve-se estar seguro de que o controle sobre si mesmo é totalmente seu, mesmo que você esteja completamente relaxado.

O aprendizado do relaxamento muscular pode ser dividido em três etapas distintas: a primeira compreende três passos para a preparação que se faz antes de iniciar os exercícios de relaxamento; a fase intermediária compreende o treino propriamente dito, no qual se utiliza o método de enrijecer os músculos e logo depois afrouxá-los e a fase final é a repetição desse conjunto diariamente, até que os passos do relaxamento estejam bem aprendidos. Após o treinamento, qualquer pessoa que tenha aprendido a relaxar com a técnica poderá rapidamente alcançar um estágio ideal de relaxamento em qualquer lugar. Para Lipp (2005) é possível, ainda, induzir o relaxamento a grupos musculares específicos, por exemplo, soltar os músculos do rosto, do ombro e do pescoço quando estiver na cadeira do dentista, ou ainda regular seu ritmo respiratório após um susto, relaxando os pulmões e o abdome. Essa capacidade de relaxar estará introduzida no repertório da pessoa após o aprendizado da técnica e do condicionamento pela repetição dos exercícios.

Relaxar o corpo humano não é tão fácil, pois mesmo em repouso há uma certa tensão muscular pela ação da gravidade que estimula um mecanismo de reflexo sempre que os

músculos são alongados. No entanto, as técnicas de relaxamento reduzem a tensão muscular em até 30% (ALLSEN, 2001) e ainda, um programa de relaxamento surte outros efeitos:

1. redução da pressão sanguínea;
2. redução da insônia;
3. alívio de dores de cabeça de origem nervosa;
4. diminuição da sensibilidade a barulhos e estímulos causadores de dor, incluindo os desconfortos menstruais;
5. alívio de algumas formas de distúrbios estomacais;
6. capacidade de descansar a mente por alguns minutos ao longo de um dia cansativo e de retornar as tarefas difíceis com energia renovada e mente mais clara.

O desconforto físico tem um componente mental ou emocional na concepção de Tulku:

Quando as nossas mentes não estão à vontade, o corpo não pode estar relaxado; o respirar indica os ritmos da vida, o modo com que respiramos assinala a disposição das nossas energias. A agitação ou a excitação torna a respiração irregular e rápida; mas quando estamos calmos e equilibrados o nosso respirar é regular, lento e suave. Podemos modificar também nosso estado mental e físico pela maneira de respirar. Até quando estamos muito perturbados nos podemos acalmar e equilibrar respirando lenta e regularmente (TULKU, 1999, p.16).

Para o autor à medida que os nossos corpos e as mentes se tornam bons amigos, nossos músculos também trabalham em união, livres da tensão muscular supérflua. Temos a concentração necessária para a experiência plena. O nosso relacionamento passa a ser mais rico e mais profundo, antes harmonioso do que competitivo, pois nós nos relacionamos mais sensivelmente com os outros e com nós mesmos.

3.6.2 Relaxamento mental: significado, uso e metodologia

Além dos muitos sistemas que formam o corpo físico – o sistema ósseo, muscular, nervoso etc. – há o sistema psicológico ou emocional. O suave funcionamento de cada um desses sistemas depende do funcionamento de todos os demais sistemas corporais, ao passo que o estado da unidade inteira, ou seja, o ser humano se relaciona intimamente com o estado do ambiente circundante. Uma tensão constante diante de desafios e a falta de estratégias para driblar o estresse diário acabam facilitando para a ocorrência de uma série de problemas de origem física e/ou psicológica na maioria das pessoas. Faz-se necessário adotar um hábito saudável e eficiente com intuito de dar uma trégua para o corpo e a mente, reconhecendo a importância de criar harmonia interior, pois o nosso corpo e nossa mente são os veículos de toda a nossa aprendizagem e crescimento. Existem formas de atingir isso, e uma das mais importantes é o relaxamento (LIPP, 2005). Como medida preventiva, pode ensinar a manter um equilíbrio que contribuirá para que não se desgaste tanto. A conscientização quanto à importância dessa técnica e ao benefício que ela pode nos oferecer que vai trazer a possibilidade do hábito acompanhado de prazer. A autora esclarece a importância de cuidar da saúde mental:

Da mesma forma que o corpo precisa de cuidados, a mente também merece atenção, e o relaxamento mental pode trazer harmonia interna, sensação de paz, tranqüilidade e nos deixar mais resistentes, usufruindo de uma vida com mais alegria e prazer. Para que um benefício maior seja alcançado, é fundamental que a prática do relaxamento mental seja vista como algo agradável, como um momento de férias mentais e não como uma perda de tempo ou uma obrigação (LIPP, 1997, p. 38).

Os cuidados na escolha da técnica de relaxamento a ser utilizado vão gerar um melhor aproveitamento que pode trazer benefícios enormes e contribuir para uma vida melhor. Tulku (1999) confirma tudo o que já foi dito ao relatar que quando aprendemos a abrir os sentidos e a tocar diretamente os sentimentos, o corpo e as mentes estabelecem pleno contacto um com o

outro, e toda a nossa experiência se torna mais rica, saudável e bela. À proporção que nos conhecemos mais profundamente a nós mesmos e crescemos em auto compreensão, tornamo-nos também capazes de partilhar o que temos mais plenamente com os outros. O autor também afirma que é através do relaxamento que descobrimos um modo inteiramente novo de ser, uma perspectiva aberta que se deleita na integração do corpo, da mente, dos sentidos, dos sentimentos e do ambiente. Aprendemos a apreciar a qualidade totalmente salutar da experiência de **viver** [grifo dos autores]. Todo o corpo se refresca, como se tivesse tomado um banho de chuva interno de pura água da primavera. Não somente o corpo físico se acelera, mais também a mente e todos os sentidos, revivem as impressões dos sentidos e dos pensamentos. Uma qualidade de relaxamento inspira todas as atividades, como o andar ou o comer. Nossa vida se desenvolve suavemente, e nós nos tornamos saudáveis e equilibrados. Complementa que através do relaxamento:

Despertamos sentimentos que depois se expandem e acumulam até que nós, pouco a pouco, nos tornamos conscientes de um campo profundo e interpenetrante de energia, dentro do corpo e além dele. Essa energia pode estimular-se internamente para sustentar-nos e nutrir-nos na nossa vida diária reciclando a sensação de modo a que nos tornamos sensíveis e fortes, e nossas sensações ricas e poderosas. Nossas mentes também ficam mais claras, e descobrimos o que significa estar equilibrado (TULKU, 1999, p. 210).

A meditação é um tipo de relaxamento mental e tem como objetivo atingir um estado alterado de consciência, gerando na pessoa uma sensação de intenso bem-estar, sendo que, seus efeitos podem prolongar-se pela vida diária, conforme praticada com regularidade, podendo ainda contribuir para uma saúde física melhor, um desempenho intelectual mais eficaz e trazendo benefícios na área emocional. O equilíbrio e a harmonia estando presente facilitam de certa forma, as relações entre pessoas. À proporção que o relaxamento se aprofunda, as idéias e imagens que produzimos se tornam

mais equilibradas e vitais, e de maior benefício para os outros. O nosso corpo e a nossa mente são ricamente alimentados e sustentados por dentro, e nós nos tornamos capazes de interessar-nos efetivamente por todas as pessoas, estamos aptos a usar cada momento desta preciosa oportunidade para expandir e partilhar a alegria de estar vivo: e à medida que o nosso prazeroso sentimento se difunde para os outros, estes também se tornam mais equilibrados, menciona Tulku (1999). Complementa que à medida que você se aprofunda em seus sentimentos, a experiência de relaxamento continuará a expandir-se e o estado de alerta e a sua capacidade de prazer, cada vez maiores, darão estabilidade à sua vida. À proporção que o corpo é alimentado pelas sensações, você se torna emocionalmente mais saudável e uma qualidade alentadora se desenvolve dentro dos seus sentidos.

Considerando seus efeitos, a técnica do relaxamento mental parece ser útil diante de uma série de problemas, dentre eles: tratamento de estimulação generalizada do sistema nervoso autônomo, tratamento de ansiedade e de fobias, sentimento de auto-realização baixo, estresse, e podendo ser útil também como coadjuvante no tratamento da hipertensão arterial e em uma variedade de outros problemas. Para que os resultados sejam eficazes, recomenda-se a escolha de um ambiente apropriado, devendo ser um lugar tranquilo, à meia luz, no qual não corra o risco de ser incomodado ou interrompido. Antes da meditação pode ser praticado um exercício de relaxamento físico, comenta Lipp (2005), caso esteja percebendo excessiva tensão muscular. A autora relata que a experiência da meditação pode proporcionar um bem-estar que se prolonga no dia-a-dia, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida. Desenvolvendo também, um autocontrole maior sobre suas emoções, conquistando benefícios para sua saúde e, especialmente, ao utilizar essa técnica junto com outras, poderá controlar o estresse diário. Relaxar é útil quando se está muito tenso, ansioso ou estressado, porque faz com que haja uma descontração, um sossego interno, que é o oposto da tensão muscular e mental. Como é impossível se sentir tenso e relaxada ao mesmo tempo, a pessoa acaba se

tranqüilizando. Tecnicamente, pode-se dizer que o relaxamento é recomendado porque reduz a responsividade adrenérgica, a excitação neuromuscular e a hiperatividade cognitiva (LIPP, 2005, p. 13).

3.7 Relaxamento para gestantes

A gestação é uma etapa muito especial na vida da mulher, e que o corpo feminino passa por alterações físicas acompanhadas de mudanças no estado emocional. De acordo com Lipp (2005), a manutenção do estado emocional depende, em boa parte, de como a gestante lida com suas tensões e suas preocupações. O relaxamento é uma técnica que a gestante pode utilizar para manter a harmonia entre mente e corpo. Dessa maneira, transmite ao bebê que está se desenvolvendo em seu ventre sensações de tranquilidade, carinho e alegria. Afirma ainda que o uso de técnicas de relaxamento é um poderoso meio de auxiliar na cura de seus males. Neste tipo de exercício, é importante focalizar as funções físicas e principalmente as funções mentais. É importante que, durante os exercícios de relaxamento, você se concentre na parte ou na região do corpo que você quer curar.

Para Maldonato (1985), um dos temores que surgem é o de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa. [...] Há também a variável tempo: a agonia de se ver em contrações frequentes e duradouras, sem um processo correspondente na dilatação do colo; o período expulsivo mais demorado ou mais rápido do que o esperado. Enfim, todos esses acontecimentos no decorrer do trabalho de parto contribuem para que seja vivido como um momento de crucial importância.

Os exercícios dos cursos de preparação para o parto são altamente benéficos e recomendáveis, pois além de permitir uma participação mais ativa da paciente durante o trabalho de parto, constitui-se em importante fator eliminador das angústias próprias à gestação, afirma Cambiaghi (2001). Na concepção de Lipp:

O excesso de ansiedade pode ser uma fonte interna de estresse. Isto é, se a pessoa é de natureza muito ansiosa, o mundo lhe parece mais ameaçador e, conseqüentemente, esse modo de ser pode gerar estresse. No entanto, a ansiedade pode ser também causada pelo estresse. Nesse caso, é a situação que cria o desconforto. Ansiedade é definida como uma reação mista de sintomas físicos (mãos suadas, taquicardia, boca seca, respiração ofegante, etc.) e psicológicos (medo, sensação de perigo, angústia, etc.). A ansiedade pode ser uma reação natural, em que a pessoa simplesmente reage à expectativa de algum acontecimento importante, como também pode ser o resultado de um estresse maior [...] (LIPP, 2005, p. 37).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de campo de cunho descritivo, por basear-se na descrição de fenômenos relativos à profissão, com base em observação, descrição e classificação dos mesmos, buscados em cenários naturais, examinando profundamente as práticas, comportamentos e atitudes das pessoas ou grupos em ação na vida real. Conforme Cervo e Bervian (2002) a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. De caráter investigativo, analisará qualitativa e quantitativamente os dados coletados.

4.2 AMBIENTE E ATIVIDADES

O Programa Educação Física para Grávidas da Universidade Federal do Amazonas funciona todas as segundas e quartas na própria Maternidade “Ana Braga” no período da tarde, e tem por objetivo proporcionar atividades físicas que promovam o bem-estar e a qualidade de vida das futuras mães. No momento é realizado apenas um horário de aula nos dois dias da semana, o qual inicia-se às 15h00, com duração de 40 a 45 minutos de atividades, onde são aplicados exercícios de ginástica de intensidade leve a moderada, enfatizando o fortalecimento muscular (especialmente dos músculos do assoalho pélvico), inseridas no programa estão as aulas de respiração e relaxamento. Todos os exercícios aplicados durante as aulas são específicos com intenção de prepará-las para o parto normal e são utilizados alguns recursos para facilitar o andamento das aulas, como colchonetes, bolas, músicas relaxantes, entre outros. A professora/enfermeira aplica as aulas de relaxamento,

ensina sobre as técnicas das posições possíveis de terem seus bebês, como também orienta as gestantes acerca de como podem praticar as aulas, ou seja, com roupas leves e soltas, calças de coton ou lycra, comenta que todas podem utilizar uma toalha de rosto individual e sua garrafa com água, para uma maior comodidade, elas podem inclusive realizar as atividades descalças.

4.3 POPULAÇÃO

Gestantes inscritas no Programa Educação Física para Grávidas da Universidade Federal do Amazonas. O referido projeto atende mulheres grávidas, em sua maioria de classe média baixa, e conta com a ajuda de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, entre outros. Programa iniciou-se em novembro de 2007 e já beneficiou mais de 100 grávidas. Nele são inscritas gestantes de baixo risco; a partir do 3.º mês de gestação; que estejam realizando o pré-natal; que não apresentem sangramento, pressão alta, perda de líquidos ou contrações. A equipe do programa entra em contato com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona leste e adjacências sempre que há a necessidade de formar novas turmas, portanto todas as gestantes enviadas à Maternidade realizam o pré-natal em suas referentes UBS. Ao parirem, essas mulheres podem ainda continuar a participar do programa se assim desejarem.

4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por todas as grávidas inscritas e que estavam frequentando assiduamente o Programa Educação Física para Grávidas, e ainda por todas as que se inscreveram durante a execução desta pesquisa, compreendendo os meses determinados para a coleta dos dados, desde que não prejudicasse o andamento da pesquisa, portanto 23

gestantes do Programa, sem exclusão, por idade ou estado civil, participaram da pesquisa. A intenção foi trabalhar com 100% da população.

4.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Foram aplicados o Inventário Beck de Ansiedade, validado no Brasil por Cunha (2001), sendo utilizado para medir a severidade da ansiedade de uma pessoa; o Inventário de Temores de *Wolpe e Lang* (1964), adaptado por Ildenor Mascarenhas Cerqueira (1980), é utilizado para identificar os estímulos que provocam, num indivíduo, situações de medo ou ansiedade; um Questionário de crenças sobre o pânico de Jan Scott, J. Mark G. Williams e Aaron T. Beck, adaptado no Brasil em 1994, é um questionário auto-avaliativo, onde apresenta afirmações referentes a situações de pânico; Ficha de Registro ABC#1 (Análise do meu comportamento); Ficha de Registro ABC#2 (Análise do comportamento dele(a)) de Renato C. L. Ribeiro e Ildenor M. Cerqueira, são fichas contendo perguntas pertinentes a um determinado momento ou situação vivida por uma pessoa; uma Lista de Avaliação da Depressão relacionada a sintomas emocionais/psicológicos. Foi recolhido, também, o depoimento de todas as gestantes para análise, o procedimento foi realizado individualmente para que não houvesse interferência e/ou influência de outras pessoas e dessa forma, promovendo certa privacidade a gestante para que a mesma pudesse se sentir à vontade ao relatar sua experiência.

4.6 COLETA DE DADOS

Reunimos a equipe do programa Educação Física para Grávidas para a explanação da pesquisa, em seguida nos reunimos com as gestantes e explicamos todos os procedimentos e os objetivos da pesquisa, esclarecemos dúvidas e outros questionamentos levantados pelas gestantes e seus responsáveis. Enfatizamos que sua participação é voluntária e que, a qualquer

momento da investigação, a mesma poderia desistir ou solicitar sua exclusão sem qualquer tipo de constrangimento, cobrança ou pena. Após essas etapas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e feito uma explanação sobre o documento, então convidamos as gestantes para participar da pesquisa e todas que concordaram, confirmaram sua aceitação assinando o TCLE. Os dados foram coletados nos dias em que o programa é realizado, ou seja, todas as segundas e quartas, na própria Maternidade “ANA BRAGA” situada na Zona Leste da cidade de Manaus. O procedimento de aplicação dos inventários e questionários foi realizado individualmente, para evitar que nenhuma interferência perturbe ou influencie a gestante. A mesma, tendo seu tempo disponível, era solicitada para permanecer após a aula para responder o questionário, os inventários e caso aceitasse, no mesmo era recolhido seu depoimento, se não, a mesma se prontificava em outra ocasião para tal, pois não pretendíamos exaustar a gestante e nem prejudicar a investigação com a ausência de dados importantes. Antes do preenchimento, orientávamos sobre a forma de como preencher os inventários, por exemplo: assinalar somente uma das alternativas; também esclarecíamos qualquer dúvida ou insuficiência de leitura, procurávamos ajudá-la, sem interferir ou influenciar, de maneira alguma, em suas respostas.

4.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Antes de analisá-los e interpretá-los, os dados coletados seguiram os seguintes passos: seleção, codificação e por fim, a tabulação. Na seleção, examinamos minuciosamente todo o material, detectando faltas de respostas ou irregularidade, como mais de um item assinalado, informações incompletas, entre outras, que possam prejudicar o andamento ou o resultado da pesquisa. Em seguida, codificamos categorizando os dados que se relacionavam, para posteriormente facilitar a tabulação ou contagem. Dessa maneira transformamos o que é qualitativo em quantitativo, já que os dados coletados serão analisados de forma quantitativa e

qualitativa. Na tabulação, verificaremos as inter-relações dos dados, para então representá-los graficamente. Para analisar os depoimentos já gravados e transcritos, utilizamos a análise do conteúdo selecionando os dados mais importantes, interpretando as informações e avaliando-as em relação ao objetivo do estudo. Na elaboração das tabelas e gráficos utilizou-se o programa EPI INFO da *Internet*.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Identificação e Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistadas 23 gestantes na faixa etária entre 15 a 37 anos que participavam ativamente do Programa Educação Física para Grávidas da Universidade Federal do Amazonas, realizado na maternidade “Ana Braga”, situada na zona leste na cidade de Manaus. Em relação a ser mãe pela primeira vez, 65% enquadraram-se nesta categoria, enquanto que 35% estão relacionados à categoria daquelas que já tiveram filho anteriormente (gráfico 5.1). Não se pode deixar de tecer algumas observações referente ao grupo estudado: 100% das entrevistadas residem nas proximidades da Maternidade “Ana Braga”, isso facilitava a assiduidade ao programa. O pré-natal era realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais próximas da residência de cada uma, sendo que as próprias UBSs encaminhavam essas gestantes ao setor da Maternidade que tratava do processo de inscrição, portanto todas as participantes já se inscreviam no programa realizando uma das exigências primordiais do mesmo, está realizando o pré-natal. Uma das características das mulheres participantes deste programa, refere-se ao número de filhos, ou sua gestação era do 1º ou no máximo de seu 2º filho. Devendo ao fato de que, essas mulheres enquadram-se, socialmente, na classe média baixa, não possuindo condições financeiras suficientes para deixarem seus filhos com babás ou empregadas domésticas.

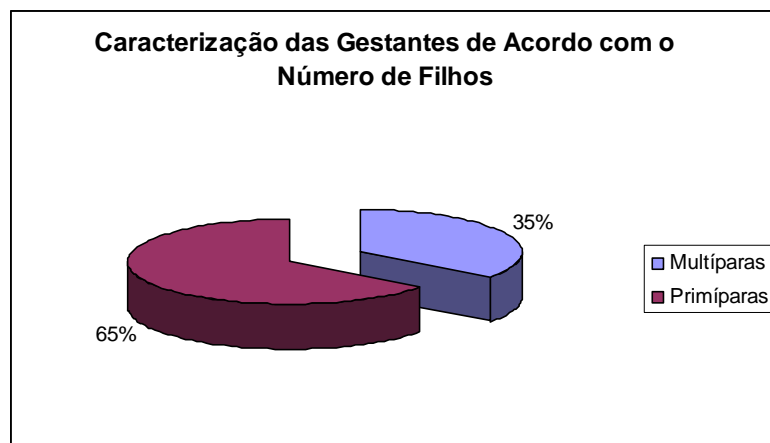


Gráfico 5.1- Caracterização das gestantes de acordo com o número de filhos

5.2 Prática de exercícios físicos

Em relação à prática de exercícios físicos (gráfico 5.2), 91% não praticavam qualquer tipo de exercício antes de se inscreverem no programa, comentaram realizar somente atividades domésticas diariamente. Apenas 9% relataram que haviam realizado exercícios de musculação meses antes de engravidarem e que pararam de frequentar por questões financeiras e falta de tempo, conforme comentam em seus depoimentos:

“...ia malhar quando minha mãe conseguiu pagar pra mim, foi por uns 2 meses, aí depois de um tempo eu engravidei, já não tava mais indo, mais eu gostava, ...eu gostei das atividades daqui é bem diferente daquelas da academia, aqui a enfermeira tem todo cuidado com a gente”. (K. T., 19 anos)

“...eu malhava junto com a K., porque a gente morava na mesma rua, mas eu também parei de ir porque eu comecei a trabalhar de empregada doméstica o dia todo, porque eu precisava ganhar dinheiro, agora engravidei e to arranjando tempo pra vim fazer as atividades, é bem relaxante, tem música e tudo”. (A. C., 23 anos)

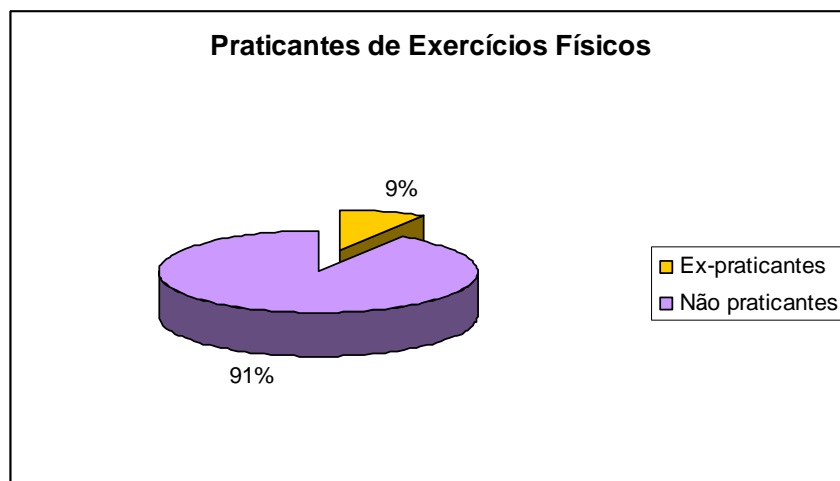


Gráfico 5.2- Praticantes de exercícios físicos

5.3 Auto-avaliação das gestantes com relação a situações de pânico

Esta área da pesquisa tem por finalidade demonstrar a intensidade da crença das entrevistadas em relação a situações de pânico, o Questionário de Crenças sobre o Pânico será aplicado para este fim, o mesmo contém 42 afirmações sobre o pânico com uma escala de intensidade que varia de 1 a 6, e o mesmo foi aplicado no início, ou seja, por volta da primeira e segunda semana da participação das mesmas, no programa Educação Física para Grávidas. Ressaltamos que as entrevistadas afirmaram não ter tido episódios de ataques de pânico, anteriormente.

Em relação às afirmações *“Ter um ataque de pânico em uma situação significa que definitivamente terei outro na mesma situação”*, *“Meu sistema nervoso simplesmente não suporta tamanha ansiedade”* e *“Não poderei funcionar se tiver qualquer ansiedade ou ataque de pânico”* (tabela 1), obteve o mesmo percentual entre as gestantes, demonstrando que 26% concordam totalmente, 22% concordam muito, 13% concordam em parte, enquanto que 4% discordam em parte, 22% discordam muito e 13% discordam totalmente. Margraf (1993), comenta que pelo hábito do condicionamento interoceptivo, os resultados relacionados à intensidade de sensações e de similaridades devem se manter, mas os resultados de ansiedade devem cair.

1. Ter um ataque de pânico em uma situação significa que definitivamente terei outro na mesma situação
2. Meu sistema nervoso simplesmente não suporta tamanha ansiedade
3. Não poderei funcionar se tiver qualquer ansiedade ou ataque de pânico

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	26%
Concordo muito	22%
Discordo muito	22%
Concordo em parte	13%
Discordo totalmente	13%
Discordo em parte	4%

Tabela 1- Referente às afirmações 1, 18 e 38 do questionário de crenças.

Nas afirmações *“Ter ataques de pânico significa que sou fraco, defeituoso ou inferior”* e *“Existe algo errado comigo que os médicos ainda não descobriram”* (tabela 2), apresentaram percentual de 52% no item discordo totalmente, 22% discordaram muito, discordaram em parte 13% das gestantes, enquanto que apenas 9% concordaram em parte, para os itens concordo muito e concordo totalmente não houve consideração por parte das entrevistadas resultando em 0%, resultando no maior percentual de opiniões para os campos discordantes. Para Ellis (1962) o que funciona como determinante no indivíduo é a auto-aceitação incondicional, esta definida por Dryden e Neenan (1996), como sendo a capacidade da pessoa em acreditar que é capaz de traçar metas, não se sentir inferior em relação a outras pessoas.

4. Ter ataques de pânico significa que sou fraco, defeituoso ou inferior
5. Existe algo errado comigo que os médicos ainda não descobriram

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	52%
Discordo muito	22%
Discordo em parte	13%
Concordo em parte	9%
Concordo muito	0%
Concordo totalmente	0%

Tabela 2- Referente às afirmações 2 e 10 do questionário de crenças.

Quanto à afirmação **“Se as pessoas presenciarem meus ataques de pânico perderão o respeito por mim”** (tabela 3), foi discordada totalmente por 31% da amostra, enquanto que 43% e 26% discordaram muito e discordaram em parte, respectivamente. Novamente, 0% das gestantes não concordaram com esta afirmação. Os percentuais confirmam uma das crenças irracionais identificadas por Albert Ellis (1962), a idéia de que existe uma extrema necessidade para qualquer ser humano adulto ser amado ou aprovado por qualquer pessoa significativa em sua comunidade.

<i>6. Se as pessoas presenciarem meus ataques de pânico perderão o respeito por mim</i>	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo muito	43%
Discordo totalmente	31%
Discordo em parte	26%
Concordo em parte	0%
Concordo muito	0%
Concordo totalmente	0%

Tabela 3- Referente às afirmações 2 e 10 do questionário de crenças.

Para afirmações do tipo **“Terei ataques incapacitantes de pânico pelo resto da minha vida”** e **“Se preciso esperar em uma fila ou sentar imóvel, existe uma boa probabilidade de eu perder o controle, gritar desmaiar ou começar a chorar”** (tabela 4), discordaram totalmente 52%, discordaram muito 22%, 13% discordaram em parte, mais 13% concordaram em parte, 0% consideraram irrelevante os itens concordo muito e concordo totalmente. A pessoa tem como responder pelos seus sentimentos e ações, essa responsabilidade, para Ellis (1962), corresponde à capacidade de dirigir e controlá-los.

7. Terei ataques incapacitantes de pânico pelo resto da minha vida
8. Se preciso esperar em uma fila ou sentar imóvel, existe uma boa probabilidade de eu perder o controle, gritar desmaiar ou começar a chorar

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	52%
Discordo muito	22%
Discordo em parte	13%
Concordo em parte	13%
Concordo muito	0%
Concordo totalmente	0%

Tabela 4- Referente às afirmações 4 e 9 do questionário de crenças.

Sobre as questões *“Se eu fizer algum esforço físico durante um ataque de pânico, poderei ter um ataque cardíaco e morrer”* e *“Eu poderia perder o controle de minha ansiedade e cair na armadilha de minha própria mente”* (tabela 5), os percentuais apontaram que a maioria, 31% das grávidas, concordaram em parte, 26% concordaram muito, como também 26% concordou totalmente, 13% discordaram totalmente e apenas 4% discordaram em parte, a literatura aponta que a perda de controle está associado à problemas de auto-estima, à redução de bem-estar e à depressão.

9. Se eu fizer algum esforço físico durante um ataque de pânico, poderei ter um ataque cardíaco e morrer	
10. Eu poderia perder o controle de minha ansiedade e cair na armadilha de minha própria mente	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo em parte	31%
Concordo muito	26%
Concordo totalmente	26%
Discordo totalmente	13%
Discordo em parte	4%
Discordo totalmente	0%

Tabela 5- Referente às afirmações 5 e 28 do questionário de crenças.

Um percentual de 43% discordou totalmente, perante às afirmações *“Se eu tenho ataques de pânico, isto significa que há algo terrivelmente errado comigo”*, *“Devo permanecer vigilante, ou algo terrível acontecerá”*, *“Se não tomar um tranquilizante*

quando tiver sintomas de pânico, morrerei ou terei um ataque cardíaco”, “Se perder o medo dos ataques de pânico, terei de lidar com outros problemas que não sou capaz de enfrentar” e “Preciso ficar sempre em movimentação para evitar um ataque de pânico” (tabela 6), 22% discordaram muito dessas afirmações, 13% discordaram em parte, 9% concordaram em parte e 9% concordaram totalmente, enquanto que 4% concordaram muito. Para Guilhardi (2002) o sentimento de autoconfiança está associado a comportamentos bem-sucedidos.

11. Se eu tenho ataques de pânico, isto significa que há algo terrivelmente errado comigo 12. Devo permanecer vigilante, ou algo terrível acontecerá 13. Se não tomar um tranqüilizante quando tiver sintomas de pânico, morrerei ou terei um ataque cardíaco 14. Se perder o medo dos ataques de pânico, terei de lidar com outros problemas que não sou capaz de enfrentar 15. Preciso ficar sempre em movimentação para evitar um ataque de pânico	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	43%
Discordo muito	22%
Discordo em parte	13%
Concordo em parte	9%
Concordo totalmente	9%
Concordo muito	4%

Tabela 6- Referente às afirmações 6, 11, 37, 39 e 42 do questionário de crenças.

Em relação aos tópicos: *“Estou seguro apenas se posso controlar cada situação na qual me encontro”, “Se eu perder o medo dos ataques de pânico, poderei ignorar outros sintomas perigosos”, “Se meus filhos (ou outros próximos) presenciarem meus ataques de pânico ficarão com medo e inseguros”, “Minhas emoções (ansiedade, raiva, tristeza ou solidão) podem tornar-se tão intensas que não poderei tolerá-las”, “Ter um ataque de pânico enquanto dirijo ou estou preso no tráfego provavelmente causará um acidente” e “Um impulso para fazer algo perigoso ou tolo significa que existe uma boa chance de eu realmente fazer isso”* (tabela 7), 35% das entrevistadas concordaram totalmente e o mesmo

percentual concordou muito, concordaram em parte 13%, 9% discordou muito, enquanto que 4% discordou totalmente e 4% discordou em parte. A autonomia, segundo Guilhardi (2002), está relacionada à autoconfiança, ao passo que uma pessoa autoconfiante sabe quais comportamentos deve emitir para obter conseqüências positivas.

16. Estou seguro apenas se posso controlar cada situação na qual me encontro
 17. Se eu perder o medo dos ataques de pânico, poderei ignorar outros sintomas perigosos
 18. Se meus filhos (ou outros próximos) presenciarem meus ataques de pânico ficarão com medo e inseguros
 19. Minhas emoções (ansiedade, raiva, tristeza ou solidão) podem tornar-se tão intensas que não poderei tolerá-las
 20. Ter um ataque de pânico enquanto dirijo ou estou preso no tráfego provavelmente causará um acidente
 21. Um impulso para fazer algo perigoso ou tolo significa que existe uma boa chance de eu realmente fazer isso

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	35%
Concordo muito	35%
Concordo em parte	13%
Discordo muito	9%
Discordo totalmente	4%
Discordo em parte	4%

Tabela 7- Referente às afirmações 7, 12, 13, 20, 21, 40 do questionário de crenças

Ao serem questionadas referentes às seguintes afirmações: *“Jamais serei capaz de esquecer os ataques de pânico e gozar minha vida”, “Não posso fazer coisas que os outros adultos fazem, por exemplo, esperar em uma fila, sentar-me durante um congestionamento do tráfego, proferir uma palestra, afastar-me de casa em uma viagem” e “Meus ataques são causados pelo fato de estar longe de casa ou de segurança”* (tabela 8), discordaram totalmente 56% das gestantes, discordaram muito 26%, enquanto que 9% escolheu o item discordo em parte e os outros 9% concordaram em parte. Deve-se considerar que as entrevistadas não relataram passar por algum episódio relacionado à ataque de pânico e que

concordam em parte quando o fato relaciona-se a afastarem-se de suas casas, ou pelo fato de sentirem-se mais seguras quando estão perto da família.

22. Jamais serei capaz de esquecer os ataques de pânico e gozar minha vida	
23. Não posso fazer coisas que os outros adultos fazem, por exemplo, esperar em uma fila, sentar-me durante um congestionamento do tráfego, proferir uma palestra, afastar-me de casa em uma viagem	
24. Meus ataques são causados pelo fato de estar longe de casa ou de segurança	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	56%
Discordo muito	26%
Discordo em parte	9%
Concordo em parte	9%
Concordo totalmente	0%
Concordo muito	0%

Tabela 8- Referente às afirmações 8, 33 e 35 do questionário de crenças.

Sobre as situações *“Tenho que verificar meu corpo constantemente, para ver como está reagindo, ou poderei ter um ataque de pânico”, “Meu coração simplesmente não suporta tamanha ansiedade” e “Um pouco de ansiedade significa que ficarei tão mal quanto nos piores momentos”* (tabela 9), concordaram totalmente 35% das grávidas, concordo muito e concordo em parte resultaram em percentuais de 22% cada um, enquanto que discordo muito e discordo em parte foram escolhido por um percentual de 4% cada um e 13% discordaram totalmente das afirmações. A literatura demonstra que é durante a gravidez que começam a surgir tensões específicas deste momento de crise e que se abordadas nessa fase tendem a se resolver mais facilmente e quando superadas, favorecem o crescimento e a formação de uma ligação materno-filial mais saudável.

25. Tenho que verificar meu corpo constantemente, para ver como está reagindo, ou poderei ter um ataque de pânico	
26. Meu coração simplesmente não suporta tamanha ansiedade	
27. Um pouco de ansiedade significa que ficarei tão mal quanto nos piores momentos	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	35%
Concordo muito	22%

Concordo em parte	22%
Discordo totalmente	13%
Discordo muito	4%
Discordo em parte	4%

Tabela 9- Referente às afirmações 14, 17 e 25 do questionário de crenças.

Para as afirmações *“Chorar demais pode causar um ataque cardíaco”, “Um ataque de pânico pode matar-me” e “Não posso lidar com sentimentos de pânico por conta própria”* (tabela 10), os itens discordo totalmente e concordo em parte foram escolhidos por 26% da amostra por item, 22% concordaram muito, 13% concordou totalmente, discordaram muito 9 % das gestantes e apenas 4% discordou em parte. A vantagem de um preparo psicológico é permitir à mulher vivenciar as emoções do parto com a sensação gratificante de cooperar ativamente em todo o processo.

28. Chorar demais pode causar um ataque cardíaco	
29. Um ataque de pânico pode matar-me	
30. Não posso lidar com sentimentos de pânico por conta própria	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	26%
Concordo em parte	26%
Concordo muito	22%
Concordo totalmente	13%
Discordo muito	9%
Discordo em parte	4%

Tabela 10- Referente às afirmações 15, 23 e 31 do questionário de crenças.

Da amostra, 56% concordaram totalmente quando indagadas sobre as questões: *“Tenho de escapar da situação quando começo a ter sintomas, ou algo terrível poderá ocorrer”, “A ansiedade pode levar à perda do controle e causar algo terrível ou embaraçoso”, “Um ataque de pânico pode levar-me à loucura” e “Devo ser capaz de alcançar meu próprio sistema de apoio sempre, ou uma catástrofe pode ocorrer”* (tabela 11). Outros 26% entre as gestantes concordaram muito, os itens concordo em parte e discordo

em parte foi escolhido por 9% pra cada um e 0% não optaram pelos itens discordo muito e discordo totalmente. Na gestação, a ansiedade mais expressiva que surge está relacionada à data aproximada do parto, como também o medo de não saber reconhecer os sinais de parto.

31. Tenho de escapar da situação quando começo a ter sintomas, ou algo terrível poderá ocorrer	
32. A ansiedade pode levar à perda do controle e causar algo terrível ou embaraçoso	
33. Um ataque de pânico pode levar-me à loucura	
34. Devo ser capaz de alcançar meu próprio sistema de apoio sempre, ou uma catástrofe pode ocorrer	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	56%
Concordo muito	26%
Concordo em parte	9%
Discordo em parte	9%
Discordo muito	0%
Discordo totalmente	0%

Tabela 11- Referente às afirmações 16, 19, 24 e 32 do questionário de crenças.

Referente às afirmações *“Um ataque de pânico pode dar-me um ataque cardíaco”* e *“Se não puder controlar perfeitamente minha ansiedade, serei um fracasso”* (tabela 12), as maiores porcentagens ficaram com os itens concordo muito e concordo totalmente, marcando 40% e 35% respectivamente, 13% escolheu a opção concordo em parte e para cada opção discordando apenas o restante da amostra optou marcando 4 % para cada item. Vale ressaltar que os temores mais comuns que se expressam na gravidez apresentam um caráter de auto-punição, gerando na gestante um sentimento de incapacidade para defrontar-se com o parto e superá-lo.

35. Um ataque de pânico pode dar-me um ataque cardíaco	
36. Se não puder controlar perfeitamente minha ansiedade, serei um fracasso	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo muito	40%
Concordo totalmente	35%
Concordo em parte	13%
Discordo em parte	4%

Discordo muito	4%
Discordo totalmente	4%

Tabela 12- Referente às afirmações 22 e 36 do questionário de crenças.

Quando indagadas sobre as questões: *“Eu poderia experienciar uma emoção terrível que jamais terminaria”* e *“A única coisa que pode afastar a ansiedade é o álcool ou os tranqüilizantes”* (tabela 13), 100% das gestantes dividiram-se apenas entre os itens discordo totalmente e discordo muito, com a porcentagem de 74% e 26% respectivamente. Das entrevistadas, 91% afirmaram nunca ter fumado e nem experimentado bebidas alcoólicas, somente 9% declararam ter experimentado apenas bebida alcoólica, mas agora não usam mais.

37. Eu poderia experienciar uma emoção terrível que jamais terminaria	
38. A única coisa que pode afastar a ansiedade é o álcool ou os tranqüilizantes	
INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Discordo totalmente	74%
Discordo muito	26%
Concordo em parte	0%
Discordo em parte	0%
Discordo muito	0%
Discordo totalmente	0%

Tabela 13- Referente às afirmações 26 e 34 do questionário de crenças.

Concordaram totalmente 65% das grávidas, quando a afirmação se referiu à *“Expressar raiva tende a levar à perda do controle ou provocar uma briga”* e *“Se existe uma chance de me sentir desconfortável ou ansioso, é melhor permanecer próximo a alguém que possa me ajudar”* (tabela 14), 22% concordaram muito, já nos itens concordo em parte e discordo em parte, 9% e 4% respectivamente, escolheram essa opção. Segundo Miranda (1986), a diminuição do nível de ansiedade permite uma gravidez mais saudável e tranqüila, uma cooperação e participação mais eficiente e ativa no momento do parto, contribuindo significativamente para tornar esse momento o mais gratificante possível.

39. Expressar raiva tende a levar à perda do controle ou provocar uma briga
 40. Se existe uma chance de me sentir desconfortável ou ansioso, é melhor permanecer próximo a alguém que possa me ajudar

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	65%
Concordo muito	22%
Concordo em parte	9%
Discordo em parte	4%
Discordo muito	0%
Discordo totalmente	0%

Tabela 14- Referente às afirmações 41 e 27 do questionário de crenças.

As afirmações ***“Poderia ser perigoso realizar minha atividades habituais durante um ataque de pânico”*** e ***“Preciso ter sempre companhia para proteger-me do pânico”*** (tabela 15), recebeu maior porcentagem nos campos concordo totalmente, concordo muito e concordo em parte, com percentuais de 31%, 26% e 26% respectivamente, já nos campos discordo totalmente, discordo muito e discordo em parte, recebeu percentuais de 4%, 4% e 9%, respectivamente. Na esfera psicológica, o trabalho em grupos de acordo com Maldonato (1985), é o de prevenção primária que consiste em evitar que surjam durante esse período focos patogênicos nos seus mais variados aspectos.

41. Poderia ser perigoso realizar minha atividades habituais durante um ataque de pânico
 42. Preciso ter sempre companhia para proteger-me do pânico

INTENSIDADE DA CRENÇA	PERCENTUAL
Concordo totalmente	31%
Concordo muito	26%
Concordo em parte	26%
Discordo em parte	9%
Discordo muito	4%
Discordo totalmente	4%

Tabela 15- Referente às afirmações 29 e 30 do questionário de crenças.

Analisando os dados obtidos de acordo com a intensidade da crença de cada participante em relação a situações de pânico, constatou-se que uma menor intensidade de suas crenças, está diretamente relacionada, em sua maioria, com situações referentes a ataques de pânico causando danos morais, falta de respeito, sentimentos de fracasso e de inferioridade, entre outros. Para situações de ataques de pânico, propriamente dito e suas conseqüências fisiológicas, os dados apontam para uma maior intensidade de suas crenças, assim como para todas as situações de pânico relacionadas a sentimentos de emoção, ansiedade, controle de ansiedade, perda de controle, raiva, tristeza ou solidão.

5.4 Identificação dos estímulos que provocam sentimentos de medo nas gestantes que participam do Programa Educação Física para grávidas

Para conhecermos o grau de perturbação de cada uma das gestantes com relação a situações, objetos e experiências que podem causar (ou causam) temores, aversões e outros sentimentos desagradáveis, foi aplicado o Inventário de Temores de Wolpe e Lang, no qual compõem-se de 105 itens de diferentes estímulos e categorias, tendo como objetivo principal a identificação dos estímulos que provocam situações de medo ou ansiedade.

Cada item do Inventário possui cinco campos: nenhum, pouco, mais ou menos, muito e demais, os quais classificam o grau de perturbação que cada situação provoca em um indivíduo. Esse instrumento de investigação foi aplicado no segundo mês de participação das mesmas no programa. Para a apresentação desses resultados será demonstrado os campos que obtiveram maior ou menor índice percentuais de acordo com o objetivo da pesquisa.

Os itens relacionados a ambiente hospitalar e acidentes (tabela 16), foram os que mais receberam marcação nos campos *muito* e *demais*, juntamente com os itens relacionados a relações interpessoais conturbadas, ocasiões de perda e falta de companhia, totalizando um

alto grau de perturbação. Para os mesmos itens, os campos *nenhum*, *pouco* e *mais ou menos* resultaram em porcentagens bem menores.

ITENS	GRAUS DE PERTURBAÇÃO	
	MUITO	DEMAIS
1. Feridas abertas	35%	26%
2. Sangue humano	26%	31%
3. Pessoas mortas	39%	26%
4. Sirenes	26%	57%
5. Dentista	35%	35%
6. Tomar injeções	26%	39%
7. Ver outras pessoas tomando injeção	39%	26%
8. Pessoas doentes	31%	22%
9. Assistir operações cirúrgicas	26%	26%
10. Sofrer acidentes	43%	48%
11. Perspectiva de operação cirúrgica	31%	26%
12. Batimentos cardíacos descompassados	22%	26%

Tabela 16- Referente aos itens 2, 6, 13, 15, 23, 31, 51, 56, 59, 63, 71 e 100 do Inventário de Temores

Porém quando questionadas sobre os itens, odores médicos (item 65) e médicos (item 74), também relacionados à ambiente hospitalar, obteve-se um maior percentual nos campos *nenhum* e *pouco*, resultando em um menor grau de perturbação comparando aos outros itens. Das entrevistadas 43% ficam pouco perturbadas, enquanto que 26% não demonstram nenhuma perturbação em relação à presença de médicos. Com relação ao item odores médicos, 35% afirmam ter pouca perturbação e 26% afirmam ter nenhuma perturbação.

Sobre situações que envolvem relações interpessoais conturbadas, sentimentos de perda ou experiências relacionadas com essas questões, o resultado apontou um percentual elevado nos campos *muito* e *demais* (tabela 17), quando comparado aos percentuais dos campos *nenhum*, *pouco* e *mais ou menos*. Quando comparados os itens 43 e 44 do Inventário: Sofrer infidelidade e Cometer infidelidade, respectivamente, o grau de perturbação difere entre os campos, afirmando que 48% das entrevistadas ficam muito perturbadas ao sofrerem infidelidade, já 43% da amostra apontam nenhuma perturbação quando a questão se refere a

cometer infidelidade. Quando indagadas sobre *Fracasso* (item 16 do Inventário), as gestantes somaram um percentual altíssimo no campo *muito*, com 70% das opiniões, confirmando novamente o caráter dos temores expressos na gravidez, ou seja, de autopunição, caracterizado segundo Maldonato (1985), do tipo: incapacidade de criar bem o filho, ter leite fraco ou não conseguir produzir leite, parto traumático, entre outros.

ITENS	GRAUS DE PERTURBAÇÃO	
	MUITO	DEMAIS
12. Estar só	22%	31%
13. Sentir raiva	43%	22%
14. Uma pessoa provocando outra	43%	22%
15. Ser provocado	26%	39%
16. Pessoas com jeito brigonas	35%	26%
17. Sofrer infidelidade	39%	26%
18. Visão de uma briga	48%	26%
19. Ser criticado	35%	43%
20. Pessoas zangadas	26%	26%
21. Separar-se de amigos	35%	26%
22. Sentir-se desaprovado (a)	31%	26%
23. Ser ignorado (a)	39%	22%
24. Perder o controle	22%	26%
25. Cometer erros	35%	43%
26. Perder o emprego	48%	35%
27. Terminar relacionamento	31%	39%
28. Ficar sozinho(a) na vida	35%	43%
29. Dormir sozinho(a)	26%	31%

Tabela 17- Referente aos itens 3, 12, 28, 37, 38, 43, 48, 53, 57, 61, 66, 69, 78, 91, 96, 97, 99 e 104 do Inventário de Temores.

Quando indagadas sobre ocasiões relacionadas ao trânsito ou viagens, o grau de perturbação das gestantes foi demonstrado em maior porcentagem nos campos *pouco* e *mais ou menos* (Tabela 18), nos campos: nenhum, muito e demais não obteve marcação significativa por parte das entrevistadas.

ITENS	GRAUS DE PERTURBAÇÃO	
	POUCO	MAIS OU MENOS
30. Atravessar ruas	48%	26%
31. Dirigir	22%	43%

32. Andar de automóveis	70%	26%
33. Viagens de trem	52%	22%
34. Viagens de ônibus	31%	39%
35. Viagens de carro	43%	35%
36. Aviões	26%	31%

Tabela 18- Referente aos itens 8, 10, 11, 25, 26, 27 e 64 do Inventário de Temores.

Sobre perturbações causadas por mau tempo, por ruídos, barulhos, criaturas imaginárias e coisas relacionadas a essas situações, as entrevistadas demonstraram um grau de perturbação, o qual seu maior percentual foi identificado nos campos *mais ou menos* e *muito* (Tabela 19).

ITENS	GRAUS DE PERTURBAÇÃO	
	MAIS OU MENOS	MUITO
37. Ruídos de aspiradores	52%	26%
38. Vozes altas	22%	39%
39. Trovões	26%	43%
40. Criaturas imaginárias	17%	43%
41. Ruídos súbitos	26%	26%
42. Tempo nublado	43%	26%
43. Relâmpagos	48%	31%
44. Espíritos ou almas	22%	35%
45. Demônios	26%	17%

Tabela 19- Referente aos itens 1, 5, 14, 21, 32, 33, 73, 92 e 93 do Inventário de Temores.

O grau de perturbação das gestantes entrevistadas com relação a lugares, público e multidões, resultaram em um percentual mais elevado nos campos *pouco* e *muito* (Tabela 20).

ITENS	GRAUS DE PERTURBAÇÃO	
	POUCO	MUITO
46. Estar num lugar estranho	31%	43%
47. Falar em público	26%	35%
48. Entrar numa sala com pessoas sentadas	52%	26%
49. Lugares altos na terra	35%	52%
50. Olhar para baixo de lugares altos	26%	74%
51. Multidões	26%	48%
52. Grandes espaços abertos	22%	65%
53. Visão de águas profundas	31%	35%
54. Ser observado(a) trabalhando	26%	35%
55. Estar num elevador	22%	48%
56. Lugares fechados	26%	48%

57. Cemitérios	26%	31%
58. Escuridão	26%	35%
59. Casas funerárias	26%	48%

Tabela 20- Referente aos itens 4, 7, 17, 18, 19, 34, 35, 40, 41, 55, 62, 68, 70 e 102 do Inventário de Temores

O grau de perturbação das gestantes com relação a pessoas que parecem insanas (item 9), estranhos (item 22), pessoas com poder nas mãos (item 29), pessoas feias (item 49), autoridades (item 94), apontou um percentual significativo no campo *pouco*.

Ao serem questionadas sobre armas (item 45), fogo (item 50), visão de facas ou objetos afiados (item 86), pessoas com deformações (item 75) e policiais (item 89), o resultado apontou um percentual de 52%, 43%, 48%, 31% e 35%, respectivamente, no campo *muito*, esclarecendo que a maioria sente-se muito perturbada na presença das respectivas situações ou objetos. Referente a deformações, afirma Ballone (2007), a gestante insegura pensa nas malformações, nas doenças e todo tipo de tragédia.

Dos animais apresentados no Inventário, apenas minhocas (item 20), gatos (item 36) e pássaros (item 39), não causam perturbação para a maioria das entrevistadas, apresentando um percentual de 70%, 56% e 78% respectivamente, no campo *nenhum* do inventário. Porém em relação a morcegos (item 24), insetos voadores (item 30), insetos rastejantes (item 47), cães (item 52), camundongos (item 58), sangue animal (item 60), cobras inofensivas (item 67) e aranhas (item 79), cerca de 85% da amostra em geral, dividiram opinando entre dois campos: *mais ou menos* e *muito*.

Quanto às situações: homens despidos (item 72), ser tocado por outros (item 81), estar com alguém do sexo oposto (item 82), sentir-se diferente dos outros (item 87), mulheres despidas (item 95) e despir-se diante de parceiros (item 103), o campo *nenhum* foi o mais escolhido entre as gestantes, com um percentual variando entre 48% e 52% apenas neste campo. Porém 35% da amostra apontaram ter certa perturbação sobre o item iniciar relacionamento (98), marcando o campo *pouco* quando questionadas.

Para os itens sujeira (46) e contrair doenças sexualmente transmissíveis (101), 48% das gestantes ficam perturbadas demais, 26% afirmaram sentir-se muito e os outros 26% sentem-se mais ou menos perturbadas com tais situações.

Em relação aos itens 54, 76 e 77 do Inventário, os quais referem-se a formas estranhas, professores e parecer tolo(a), 65% das grávidas opinaram pelo campo *nenhum*, afirmando não possuírem perturbação nestas situações, 22% opinaram pelo campo *pouco* e 13% afirmaram sentir-se mais ou menos perturbadas com tais circunstâncias.

Das gestantes entrevistadas, 70% sentem uma perturbação num grau demasiado quando estão encarregadas ou responsáveis por decisões (item 85), quando ficam mentalmente doente (item 83), quando sentem-se nauseado (a) (item 84), quando sentem que vão desmaiar (item 90) e quando têm que submeter a testes escritos, 26% sentem-se mais ou menos perturbadas, enquanto que 4 % apenas têm pouca perturbação nas mesmas situações.

Com relação a um silêncio numa conversa (item 88), o resultado aponta que 52% das grávidas possuem muita perturbação nesta situação, 17% apresenta perturbação demais, 22% fica mais ou menos perturbada, enquanto que 9% apenas demonstram ter pouca perturbação quando presentes numa situação desta. Um estudo realizado por Rugolo (2004), onde se avaliou percepções e sentimentos de puérperas adultas e adolescentes, detectou pouca diferença entre os grupos quanto aos sentimentos antes e após parto, como ansiedade e medos frequentes. O item 105 do Inventário refere-se a “outros”, então, foi pedido a cada uma das gestantes que registrassem uma situação ou algo que as deixassem muito perturbadas, especialmente nessa fase que estão vivendo, ou seja, o período da gestação. Obtivemos as seguintes respostas dentre as gestantes: 74% registraram que o que mais as perturbam é o medo de acontecer alguma coisa que acarrete a perda do bebê, 13% responderam que complicações na hora do parto é o que mais as perturbam, e os outros 13% ficam mais perturbadas quando pensam na data prevista para o parto.

5.5 Avaliação do funcionamento biológico e dos sintomas emocionais/psicológicos das gestantes

5.5.1 Funcionamento Biológico

Para avaliarmos o funcionamento biológico das gestantes, como também os sintomas emocionais/psicológicos durante o período que as mesmas participavam do programa Educação Física para Gestantes, aplicamos a Lista de Avaliação da Depressão, pela qual nos possibilita verificar qual o quadro de depressão em que as mesmas estão classificadas.

Com relação ao funcionamento biológico o indicador *Problemas de Sono* (Tabela 21) registrou um percentual de 65% no item sem problemas de sono, 31% das gestantes enquadraram-se no item problemas de sono ocasionais, enquanto que 4% despertam freqüentemente 1 a 3 vezes durante a noite, sendo que nenhuma das gestantes despertam mais que 4 vezes na madrugada.

INDICADOR: <i>Problemas de sono</i>	PERCENTUAL
1. Sem problemas	65%
2. Problemas ocasionais	31%
3. Desperta frequentemente:	
1 a 3 vezes	4%
4 ou mais vezes	0%

Tabela 21- Referente ao item A do funcionamento biológico

Analisando o indicador *Problemas de apetite* (Tabela 22), o maior percentual registrado foi no item: alguma alteração mas sem aumento ou perda de peso, com 65%. No item sem alterações no apetite não houve marcação por parte das gestantes, confirmando que nesse período ocorre uma alteração alimentar, normalmente para maior na quantidade de alimentos ingeridos, já que a nutrição é necessária para o organismo da mãe e para o

desenvolvimento do bebê, 35% identificaram-se com o item alteração importante do apetite com aumento ou perda de peso.

Um dos objetivos do exercício físico na gestação é controlar o aumento do peso da mãe, para que a mesma não ultrapasse o recomendado, evitando muitas complicações, inclusive na hora do parto. Podemos confirmar o benefício gerado pelos exercícios pelo próprio depoimento das gestantes que estão enquadradas dentre os 65%:

“[...]quando eu comecei a fazer as atividades, eu estabilizei de peso, não engordei e me sentia muito leve” (R. N., 21 anos)

“ a professora que passava os exercícios pra gente disse que eles iam servir para a gente não engordar muito e eu realmente não engordei nessa gestação, como eu engordei na minha primeira”.(M. C., 25 anos)

Dentre os 35% das gestantes que afirmaram alteração importante do apetite com aumento ou perda de peso, relatam nos seus depoimentos:

“[...] e toda vez que eu saía dos exercícios sentia muita fome, aí eu comia muito quando chegava em casa” (C. S., 17 anos)

“Eu sempre tive facilidade pra engordar, mesmo quando fazia exercício perto da minha casa eu não consegui ficar bem magra como eu queria, agora grávida eu tenho que comer mais e é difícil pra mim ficar no peso”. (A. C., 23 anos)

INDICADOR: <i>Problemas de apetite</i>	PERCENTUAL
1. Sem alterações no apetite	0%
2. Alguma alteração, mas sem aumento ou perda de peso	65%
3. Alteração importante do apetite com aumento ou perda de peso	35%

Tabela 22- Referente ao item B do funcionamento biológico

Sobre o indicador **Cansaço** (Tabela 23), o item que refere-se ao cansaço diurno perceptível ou não, foi escolhido por 39% das gestantes, quando questionadas em relação a cansaço ou exaustão durante o dia, 26% opinaram por ocasionalmente, 35% afirmaram sentir cansaço por 1 a 3 dias no decorrer da última semana e a opção sentir cansaço 4 ou mais dias no decorrer da última semana obteve um percentual de 0% no resultado.

INDICADOR: Cansaço	PERCENTUAL
1. Cansaço diurno pouco perceptível ou não	39%
2. Cansaço ou exaustão durante o dia:	
Ocasionalmente	26%
1 a 3 dias na última semana	35%
4 ou mais na última semana	0%

Tabela 23- Referente ao item C do funcionamento biológico

O indicador **Interesse sexual** (Tabela 24), demonstrou que 56% das gestantes apresentaram nenhuma alteração no interesse sexual, em relação à diminuição do interesse sexual 9% opinaram pelo item que correspondia a uma leve diminuição, 22% escolheram o item correspondente a uma diminuição moderada, enquanto que o item enfatizando sem interesse sexual obteve um percentual de 13% das opiniões. Ressalta Ballone (2008) por inúmeras razões, de emocionais até práticas, a gestante pode começar a excluir progressivamente o parceiro de sua vida sexual, podendo até gerar no homem um sentimento de ciúmes do filho que vai nascer, mágoa ou repulsa por alguém que não lhe quer mais. Por outro lado, a sexualidade da mulher na gravidez, dependerá de como ela se percebe, se avalia e se valoriza nessa fase.

INDICADOR: <i>Interesse sexual</i>	PERCENTUAL
1. Nenhuma alteração no interesse sexual	56%
2. Diminuição do interesse sexual:	
Leve	9%
Moderada	22%
Sem interesse sexual	13%

Tabela 24- Referente ao item D do funcionamento biológico

A verificação do item *Anedonia* (Tabela 25) como indicador do funcionamento biológico demonstrou que 60% das gestantes entrevistadas são capazes de sentir satisfação ou prazer em certas ocasiões, apesar de períodos de tristeza; quando indagadas sobre a diminuição da capacidade de aproveitar a vida, 31% declararam uma leve diminuição no período em que se encontram, 9% opinaram por uma moderada diminuição, enquanto que no item que referia-se à absolutamente nenhuma satisfação na vida, resultou em 0% do percentual da amostra. Conforme Ballone (2007), a maioria não se enquadra numa representação de perda progressiva do prazer, ou seja, não se enquadram no *Estreitamento vivencial*, que é vivido por pessoas deprimidas.

INDICADOR: <i>Anedonia</i>	PERCENTUAL
1. Apesar de períodos de tristeza, sou capaz de sentir satisfação ou prazer	60%
2. Diminuição da capacidade de aproveitar a vida:	
Levemente	31%
Moderada	9%
Absolutamente nenhuma satisfação na vida	0%

Tabela 25- Referente ao item E do funcionamento biológico

Analisando os resultados obtidos com relação aos dados da lista que referem-se ao funcionamento biológico das gestantes, observa-se que 18% da amostra totalizaram sua pontuação com valores de 0 a 1, o que indica pela avaliação, que não há a necessidade de

tratamento, inclusive por medicamentos antidepressivos. Ao se interpretar as pontuações que apontam nos quadros depressivos, 61% enquadraram-se no item *Depressão biológica branda*, 39% das gestantes enquadraram-se no item *Depressão biológica moderada* e no item *Depressão biológica grave* não houve classificação por parte dos resultados obtidos. Vale ressaltar que os itens relacionados ao Funcionamento Biológico da Lista de Avaliação da Depressão foram coletados nas primeiras semanas de adesão das gestantes no Programa Educação Física para grávidas, portanto esses resultados referem-se ao estado em que as gestantes se encontravam antes de praticar as atividades do Programa.

5.5.2 Sintomas emocionais/psicológicos

Com relação aos sintomas emocionais/psicológicos das gestantes, coletamos os dados nas primeiras semanas de adesão ao programa, e para uma melhor análise dos resultados em relação ao progresso das grávidas em relação aos exercícios praticados no decorrer do Programa, reaplicamos essa parte da Lista de Avaliação, cerca de duas semanas antes da data prevista para o parto de cada uma.

O indicador *Tristeza e Desespero*, quando questionado no início do programa, constatou que 43% das gestantes sentiam tristeza ocasional, 31% sentiam ausência de tristeza acentuada, 17% identificaram-se com o item que menciona períodos de tristeza intensa, e sentimentos de tristeza intensa quase diariamente resultou num percentual de 9% da amostra. Ao reaplicarmos, detectamos uma mudança nos percentuais de cada item (tabela 26). Para o item Ausência de tristeza acentuada, antes com 31% das opiniões, observou-se um aumento significativo no percentual: 78% das grávidas confirmam ausência de tristeza acentuada, para os itens referentes ao período de tristeza intensa e tristeza intensa quase diariamente resultou em 0% das opiniões, e na questão Tristeza ocasional de 43%, observou-se no final da participação do programa, que apenas 22% optaram por esse item.

INDICADOR: <i>Tristeza e desespero</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
1. Ausência de tristeza acentuada	31%	78%
2. Tristeza ocasional	43%	22%
3. Períodos de tristeza intensa	17%	0%
4. Tristeza intensa quase diariamente	9%	0%

Tabela 26- Comparação do item A dos Sintomas Emocionais/Psicológicos

O segundo indicador dos sintomas emocionais/psicológicos da Lista de Avaliação da Depressão refere-se à *AutoEstima*, avaliando os resultados iniciais obtivemos um maior percentual (48%) no item: Dúvidas sobre minha própria capacidade, às vezes; Sentir-se confiante e bem consigo mesmo obteve 26% das respostas, 22% afirmaram ter sentimento freqüente de inadequação, inferioridade ou falta de autoconfiança, enquanto que 4% sentem-se completamente sem valor na maior parte do tempo. Para Ballone (2007), a auto-estima baixa é um sintoma básico da depressão e não de tristeza, muitas vezes a pessoa com baixa auto estima recorre a mecanismos de defesa que ofuscam seus verdadeiros sentimentos. Alterações nas opiniões ao reaplicarmos esse mesmo indicador no final do programa, foram detectadas (tabela 27): o maior percentual constatado observa-se na questão Sinto-me confiante e bem comigo mesmo, antes com 26% e depois com 65% das opiniões, para o item Dúvidas sobre minha própria capacidade, antes com 48% e depois com 31%, demonstrando um decréscimo positivo no percentual das respostas para os objetivos do programa; outro decréscimo observado de percentual foi na questão que se refere a sentimentos freqüente de inadequação, inferioridade ou falta de autoconfiança, inicialmente com 22% e no final com 4% apenas das opiniões; para o item Sinto-me completamente sem valor na maior parte do tempo a alteração foi de 4% antes para 0% depois.

INDICADOR: <i>Autoestima</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
1. Sinto-me confiante e bem comigo mesmo	26%	65%
2. Dúvidas sobre minha própria capacidade, às vezes	48%	31%
3. Sentimento freqüente de inadequação, inferioridade ou falta de autoconfiança	22%	4%
4. Sinto-me sem valor na maior parte do tempo	4%	0%

Tabela 27- Comparação do item B dos Sintomas Emocionais/Psicológicos.

Quando indagadas sobre o indicador *Apatia e Motivação*, a maioria das respostas (39%) convergiram para o item Frequentemente me sinto sem motivação e apático, 31% das opiniões foram para o item Às vezes sinto dificuldade de começar projetos, trabalhos, etc., para a questão facilmente me sinto motivado e entusiasmado com as coisas houve afirmação de 26% das gestantes e para o item É quase impossível dar início a projetos, trabalhos foi escolhido por 4% apenas das gestantes. Ao compararmos com a reaplicação deste indicador (tabela 28), pode-se verificar certas mudanças nos percentuais em especial para o item Facilmente me sinto motivado e entusiasmado com as coisas, no início com 26% das opiniões e no final com 70%, os 31% do item Às vezes sinto dificuldade de começar projetos, trabalhos diminuiu para 17% entre as opiniões das gestantes, o percentual de 39% diminuiu para 13% no item Frequentemente me sinto sem motivação e apático e os 4% de opinião no item É quase impossível dar início a projetos, trabalhos, etc., resultaram em 0% no final da realização do programa.

INDICADOR: <i>Apatia e Motivação</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
1. Facilmente me sinto motivado(a) e entusiasmado com as coisas.	26%	70%

2. Às vezes sinto dificuldade de começar projetos, trabalhos, etc.	31%	17%
3. Frequentemente me sinto sem motivação e apático	39%	13%
4. É quase impossível dar início a projetos, trabalhos, etc.	4%	0%

Tabela 28- Comparação do item C dos Sintomas Emocionais/Psicológicos.

Pelo depoimento de algumas das participantes foi possível detectar facilmente como as atividades e o próprio ambiente as quais estavam inseridas, influenciaram de certa maneira para essa alteração no indicador *Apatia e Motivação*:

“eu estou tão feliz de ter participado do Programa e por tudo que fizeram por nós, porque era tudo de graça, agora eu tenho vontade de ajudar as outras grávidas de lá, quero voltar para o Programa mas como doula. (R. D., 37 anos)

“...eu não tinha motivação pra nada só vivia em casa, meu marido me chamava pra sair eu nunca ía, foi só me envolver no Programa que tudo mudou, eu fiquei motivada pra tudo não ficava nem em casa, só queria passear. (H. S., 26 anos)

Sobre o indicador *Pensamento Negativo/Pessimismo*, o maior percentual foi para o item Penso de um modo relativamente positivo na minha vida e no meu futuro, com 43% das opiniões, 35% das gestantes às vezes sentem-se pessimistas, 13% afirmaram frequentemente sentirem-se pessimistas, enquanto que 9% identificaram-se com o item O mundo parece-me extremamente negativo; o futuro, desprovido de esperança. Quando comparamos com a nova coleta de dados aplicadas no final (tabela 29), deparamos com um percentual de 74% referente ao item Penso de um modo relativamente positivo na minha vida e no meu futuro, antes com uma porcentagem de 43% das respostas, para o item Às vezes sinto-me pessimista houve uma queda de 35% para 26% no resultado, de 13% o item Frequentemente me sinto pessimista decaiu para 0%, juntamente com o item que se refere ao futuro desprovido de esperança, que de 9% inicial passou para 0% na coleta final.

INDICADOR: <i>Pensamento Negativo/Pessimismo</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
1. Penso de um modo relativamente positivo na minha vida e no meu futuro.	43%	74%
2. Às vezes sinto-me pessimista	35%	26%
3. Frequentemente me sinto pessimista	13%	0%
4. O mundo parece-me extremamente negativo; o futuro, desprovido de esperança.	9%	0%

Tabela 29- Comparação do item D dos Sintomas Emocionais/Psicológicos.

Com relação ao último indicador da lista de avaliação o qual se refere ao **Controle Emocional**, na coleta inicial obteve-se um resultado apontando como maior percentual para o item 1: Quando tenho sentimentos desagradáveis, sei que eles foram produzidos por alguma condição eventual e tudo logo passará, registrando 35% das opiniões, 26% das gestantes afirmaram que ao terem sentimentos desagradáveis, estes podem causar sofrimento, mas não as dominam por inteiro (item 2), também 26% das entrevistadas afirmaram que às vezes se sentem dominadas por emoções íntimas (item 3), enquanto que 13% frequentemente se sentem dominadas por sentimentos íntimos ou absolutamente não vivenciam sentimentos íntimos (item 4). Um novo percentual foi verificado para as mesmas questões (tabela 30), quando reapplicamos novamente este indicador no final do programa, para o item 1 houve alteração para um percentual de 56% e que antes marcava 35%, em relação ao item 2 também o percentual alterou de 26% para 35%, referente ao item 3, as opiniões apontadas por 26% da amostra, na nova coleta apontaram uma diminuição para 9% e no item referente a dominação por sentimentos íntimos ou a não vivência de sentimentos íntimos detectou uma alteração de 13% para 0% no resultado posterior. Os níveis de endorfina tendem a aumentar durante a gravidez e são muito mais elevados por ocasião do parto, para Cooper (1982) essa endorfina talvez, tenha uma relação direta com o alívio de alguns problemas mentais.

INDICADOR: <i>Controle Emocional</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
1. Quando tenho sentimentos desagradáveis, sei que eles foram produzidos por alguma condição eventual e tudo logo passará.	35%	56%
2. Quando tenho sentimentos desagradáveis, estes podem causar sofrimento, mas não me dominam		

por inteiro.	26%	35%
3. Às vezes me sinto dominado por emoções íntimas.	26%	9%
4. Frequentemente me sinto dominado por sentimentos íntimos ou absolutamente não vivencio sentimentos íntimos.	13%	0%

Tabela 30- Comparação do item E dos Sintomas Emocionais/Psicológicos.

Analisando a pontuação somada para cada uma das gestantes, a própria Lista de Avaliação nos possibilita a classificação de acordo com os sintomas psicológicos. Para a primeira análise os resultados apontaram que 43% das gestantes possuíam *Sintomas Psicológicos Brandos*, 39% sentiam *Sintomas Psicológicos Moderados*, enquanto que 18% enquadraram-se em *Sintomas Psicológicos Graves*. Após a análise da coleta posterior e de acordo com as comparações apresentadas nas tabelas pelos novos resultados, certamente a classificação final obteve outro resultado (tabela 31): com 91% das gestantes apresentando *Sintomas Psicológicos Brandos*, apenas 9% enquadraram-se com *Sintomas Psicológicos Moderados* e 0% das gestantes apresentam *Sintomas Psicológicos Graves*. Foi verificado, num estudo, que um tempo mais prolongado de permanência da gestante na maternidade se acompanha de um maior bem-estar materno e menor ocorrência de depressão, confirmando, portanto, as comparações apresentadas.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
<i>Brandos</i>	43%	91%
<i>Moderados</i>	39%	9%
<i>Graves</i>	18%	0%

Tabela 31- Comparação da classificação dos sintomas psicológicos das gestantes.

5.6 Avaliação do nível de ansiedade das gestantes do Programa Educação Física para Grávidas

O Inventário Beck de Ansiedade, proposto por Beck como um instrumento confiável na medição dos sintomas comuns de ansiedade, contém 21 questões todas expressas em sintomas comuns de ansiedade, com quatro alternativas distribuídas em ordem crescente do nível de ansiedade e nos permite medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. Para o objetivo da pesquisa, esse instrumento foi aplicado no início, ou seja, por volta da primeira ou segunda semana da participação das gestantes no Programa, e reaplicado no final, cerca de duas semanas antes da data prevista para o parto. Os percentuais apresentados a seguir demonstram o quanto as gestantes foram incomodadas em relação aos sintomas de ansiedade.

Para o primeiro sintoma: *Dormência ou formigamento*, 61% das gestantes não sentiram incômodo no início, 22% sentiram pouco incomodadas, 13% afirmaram um desagrado, mas conseguiram agüentar, enquanto que 4% quase não conseguiram agüentar. Ao reaplicarmos o inventário, antes da semana do parto, os resultados apontaram uma alteração para este sintoma (Tabela 32), agora 65% não sentiam incomodadas por dormências ou formigamentos, porém no item Incomodou um pouco, o percentual aumentou de 22% para 31%, o item Foi desagradável mais consegui agüentar de 13% caiu para 4% das opiniões e para o item Quase não consegui agüentar, inicialmente com 4 % e depois com 0% das respostas.

INDICADOR: <i>Dormência ou formigamento</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	61%	65%
<i>Fraco</i>	22%	31%
<i>Moderado</i>	13%	4%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 32- Comparação do grau de incômodo referente ao item 1 do Inventário.

Quando questionadas sobre o segundo indicador **Calores**, as comparações entre os percentuais apontaram algumas alterações (tabela 33), no início do Programa 26% das gestantes não sentiam incômodos por calores e depois apenas 9% afirmaram não terem incômodos, 35% no início opinaram pelo item Incomodou pouco e no final, esse percentual aumentou para 43%, também verificou-se aumento no percentual final para o item Foi desagradável, mas consegui agüentar, antes com 26% e depois com 35%, contudo o mesmo percentual manteve-se no item Quase não consegui agüentar com 13% inicial e final. Consta na literatura que pelas modificações no sistema endócrino da gestante, ocorre um aumento à intolerância ao calor.

INDICADOR: <i>Calores</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	26%	9%
<i>Fraco</i>	35%	43%
<i>Moderado</i>	26%	35%
<i>Muito forte</i>	13%	13%

Tabela 33- Comparação do grau de incômodo referente ao item 2 do Inventário.

O sintoma **Pernas bambas** refere-se ao terceiro item, no início, ao serem indagadas 43% das grávidas afirmaram não sentir incômodo em relação a este sintoma, 31% afirmaram sentir um pouco incomodadas, para 22% das entrevistadas esse sintoma foi desagradável, mas conseguiram agüentar e 4% declararam quase não conseguir agüentar. Ao reaplicarmos o Inventário, analisando este sintoma observamos uma alteração significativa nos percentuais de cada item (tabela 34), 96% afirmaram não sentir incômodos, o item Incomodou um pouco registrou 0% das opiniões, igualmente registrou 0% das opiniões, o item Quase não consegui agüentar, de 22% inicial passou para 4% o percentual da questão Foi desagradável, mas consegui agüentar.

INDICADOR: <i>Pernas bambas</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	43%	96%
<i>Fraco</i>	31%	0%
<i>Moderado</i>	22%	4%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 34- Comparação do grau de incômodo referente ao item 3 do Inventário.

Sobre o indicador *Incapaz de relaxar*, as opiniões das gestantes apontaram para uma alteração nos percentuais iniciais e finais (Tabela 35), com um aumento expressivo do percentual final para o item Não incomodou nada, antes com 13% e depois registrando 83%, para o item Incomodou-me um pouco o percentual alterou de 39% para 13%, do registro inicial 22% das gestantes sentiram-se desagradável mas conseguiram agüentar e depois este percentual passou para 4%, e para os 26% que declararam quase não conseguir agüentar no início, o registro final demonstrou 0% das opiniões neste item.

INDICADOR: <i>Incapaz de relaxar</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	13%	83%
<i>Fraco</i>	39%	13%
<i>Moderado</i>	22%	4%
<i>Muito forte</i>	26%	0%

Tabela 35- Comparação do grau de incômodo referente ao item 4 do Inventário.

Com relação ao indicador *Medo do pior acontecer*, 39% das gestantes afirmaram, no início, não sentir incômodo, registrando para esse mesmo item, 70% das opiniões no final do programa (tabela 36); 31% das gestantes declararam sentir um pouco incomodadas inicialmente, quando indagadas novamente, no final apenas 26% ainda sentiam um pouco de incômodo; 26% relataram que foi desagradável, mas conseguiram agüentar no início, mas

depois apenas 4% ainda tinha essa opinião e com relação ao item Quase não consegui 4% das gestantes opinaram neste campo, registrando 0% das opiniões no final. Muitos médicos acreditam que o exercício, de acordo com o tipo e intensidade, seja o melhor tranquilizante natural, pois além de beneficiar no controle da depressão, os psiquiatras empregam exercícios específicos como forma de aliviar tipos de estresse e ansiedade emocional.

INDICADOR: <i>Medo do pior acontecer</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	39%	70%
<i>Fraco</i>	31%	26%
<i>Moderado</i>	26%	4%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 36- Comparação do grau de incômodo referente ao item 5 do Inventário.

Um percentual de 91% foi registrado no final do Programa para o item Não incomodou nada, referente ao indicador *Tonteira ou cabeça leve* (tabela 37), antes marcado por 22% das opiniões, 39% das gestantes, no início, afirmaram sentir um pouco incomodadas, já no final do programa esse percentual baixou para 9%, para o item Foi desagradável mas consegui agüentar, houve registro, inicialmente, de 26% e posteriormente, 0% das opiniões, enquanto que os 13% registrados, no início, para o item Quase não consegui agüentar, decaíram para 0%.

INDICADOR: <i>Tonteira ou cabeça leve</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	22%	91%
<i>Fraco</i>	39%	9%
<i>Moderado</i>	26%	0%
<i>Muito forte</i>	13%	0%

Tabela 37- Comparação do grau de incômodo referente ao item 6 do Inventário.

Referente ao indicador *Coração batendo forte ou acelerado* (tabela 38), 39% das gestantes, no início do Programa afirmaram que este sintoma não incomodou nada, sendo que, posteriormente este percentual passou para 65%, sentiam um pouco incomodadas por este sintoma, inicialmente 35% das gestantes, mas no final, 26% apenas afirmaram ainda incomodar um pouco; tanto o item Foi desagradável, mas consegui agüentar, como o item Quase não consegui agüentar, no começo, obtive 13% das opiniões entre as grávidas, ao reaplicarmos, 9% das gestantes afirmaram que este sintoma foi desagradável, mas que conseguiram agüentar e 0% das opiniões marcaram o item Quase não consegui agüentar. Para Cooper (1982), uma pessoa bem condicionada, além de possuir um ritmo cardíaco mais baixo quando em repouso, tende a manter um ritmo reduzido ou a aumentá-lo mais devagar quando atacada pela ansiedade.

INDICADOR: <i>Coração batendo forte ou acelerado</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	39%	65%
<i>Fraco</i>	35%	26%
<i>Moderado</i>	13%	9%
<i>Muito forte</i>	13%	0%

Tabela 38- Comparação do grau de incômodo referente ao item 7 do Inventário.

Quando questionadas sobre o oitavo item do Inventário *Inquieto(a)*, no início, as porcentagens apontaram que 22% das gestantes não sentiam incômodo, 39% sentiam um pouco incomodadas, 13% afirmaram que foi desagradável, mas conseguiram agüentar e 26% quase não conseguiram agüentar. Ao compararmos com o percentual da coleta final (tabela 39), podemos observar um aumento das opiniões de 22% para 52% no item Não incomodou nada; 35% ainda sentem-se um pouco incomodadas, 9% ao sentir inquietação ainda sentiam-se desagradável, mas conseguiam agüentar e um percentual de 4% foi registrado no item Quase não consegui agüentar.

INDICADOR: <i>Inquieto(a)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	22%	52%
<i>Fraco</i>	39%	35%
<i>Moderado</i>	13%	9%
<i>Muito forte</i>	26%	4%

Tabela 39- Comparação do grau de incômodo referente ao item 8 do Inventário.

Para o indicador *Aterrorizado(a)*, os percentuais apontaram no início que, para 43% das gestantes este sintoma não incomodou nada, para 26% incomodou um pouco, Foi desagradável, mas conseguiu agüentar registrou 22% das opiniões, enquanto que 9% afirmaram que quase não conseguiram agüentar (tabela 40). No final, ao analisarmos o mesmo indicador, observou-se um aumento expressivo no item Não incomodou nada, de 43% para 96%; este sintoma incomodou um pouco, apenas 4% das gestantes, pois nos itens Foi desagradável, mas consegui agüentar e Quase não consegui agüentar registraram um percentual de 0% para cada um.

INDICADOR: <i>Aterrorizado(a)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	43%	96%
<i>Fraco</i>	26%	4%
<i>Moderado</i>	22%	0%
<i>Muito forte</i>	9%	0%

Tabela 40- Comparação do grau de incômodo referente ao item 9 do Inventário.

Ao serem indagadas sobre o indicador referente ao sintoma *Nervoso(a)*, os registros iniciais apontaram que 22% das grávidas não se sentiam nada incomodadas, 39% afirmaram se sentir um pouco incomodadas, quando nervosas 26% declararam que é desagradável, mas conseguem agüentar e 13% afirmaram que, quase não conseguem agüentar ao se sentirem

nervosas. Comparando os resultados com os percentuais da nova coleta (tabela 41), verificamos que, de 22%, agora 74% afirmaram nenhum incômodo ao se sentirem nervosas, 26% ainda se sentem um pouco incomodadas, porém 0% das opiniões foram registradas para os itens Foi desagradável, mas quase consegui agüentar e quase não consegui agüentar. Um estudo realizado por Costa (2004), com 30 gestantes múltiparas e 30 primíparas detectou a não existência significativa entre os grupos em relação à influência de irritabilidade.

INDICADOR: <i>Nervoso(a)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	22%	74%
<i>Fraco</i>	39%	26%
<i>Moderado</i>	26%	0%
<i>Muito forte</i>	13%	0%

Tabela 41- Comparação do grau de incômodo referente ao item 10 do Inventário.

Para o indicador *Sensação de sufocamento* (tabela 42), foram analisados os resultados no início e no final, as porcentagens apontaram que essa sensação não incomodou nada 56% das gestantes no início, e no final, 83% confirmaram nada de incômodo; 26% sentiam um pouco incomodadas antes e depois apenas 13%; 9% relataram que foi desagradável, mas conseguiram agüentar e depois para este mesmo item observou-se um percentual de 4%; no item Quase não consegui agüentar registrado com 9% no início, depois apontou 0% das opiniões.

INDICADOR: <i>Sensação de sufocamento</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	56%	83%
<i>Fraco</i>	26%	13%
<i>Moderado</i>	9%	4%
<i>Muito forte</i>	9%	0%

Tabela 42- Comparação do grau de incômodo referente ao item 11 do Inventário.

Quando questionadas sobre o sintoma **Mãos tremendo**, os resultados, no início, demonstraram que 43% das grávidas não sentiam esse incômodo, 31% sentiam um pouco, 22% quando sentiam era desagradável, mas conseguiam agüentar e 4% afirmaram que quase não conseguiam agüentar. Outro resultado foi obtido quando o inventário foi reaplicado (tabela 43), agora 96% das gestantes afirmaram que este sintoma não incomodou nada, apenas para 4% da amostra se sentiu um pouco incomodada. Para os itens Foi desagradável, mas consegui agüentar e Quase não consegui agüentar, o percentual registrado foi de 0% para ambos.

INDICADOR: <i>Mãos tremendo</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	43%	96%
<i>Fraco</i>	31%	4%
<i>Moderado</i>	22%	0%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 43- Comparação do grau de incômodo referente ao item 12 do Inventário.

Referente ao sintoma **Trêmulo(a)** (Tabela 44), 39% das gestantes no início afirmaram que esse sintoma não as incomodou, já na coleta final, esse resultado disparou para 78% das opiniões; 35% afirmaram sentir um pouco incomodadas, depois esse percentual caiu para 22%; este sintoma foi desagradável para 22% das gestantes, no início, e para 0% no final; 4% afirmaram que quase não conseguiram agüentar e depois para esse mesmo item o registro foi de 0%.

INDICADOR: <i>Trêmulo(a)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL

GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	39%	78%
<i>Fraco</i>	35%	22%
<i>Moderado</i>	22%	0%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 44- Comparação do grau de incômodo referente ao item 13 do Inventário.

Com relação ao indicador *Medo de perder o controle*, apenas 9% das grávidas não apresentavam incômodo no início, 39% sentiam um pouco incomodadas, os itens foi desagradável, mas consegui aguentar e quase não consegui agüentar, teve um empate entre as opiniões, registrando 26% para cada. Ao compararmos com os novos dados (tabela 45), o item Não incomodou nada foi o que mais apresentou alteração no percentual, de 9% para 65% das opiniões afirmando que este sintoma não incomoda nada, 26% das gestantes afirmaram que este sintoma incomodou-as um pouco, apenas 9% afirmaram que foi desagradável, mas conseguiram aguentar e 0% das opiniões foram observadas no item Quase não consegui aguentar. Estudos relacionados com aptidão física e controle do estresse, demonstram que um programa regular de atividades físicas bem orientadas para um objetivo específico, é realmente capaz de surtir efeito benéfico no equilíbrio emocional e psicológico das pessoas. Observa-se uma resposta positiva no grupo estudado, já que as gestantes tendem a apresentar uma instabilidade emocional pelas modificações do sistema endócrino.

INDICADOR: <i>Medo de perder o controle</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	9%	65%
<i>Fraco</i>	39%	26%
<i>Moderado</i>	26%	9%
<i>Muito forte</i>	26%	0%

Tabela 45- Comparação do grau de incômodo referente ao item 14 do Inventário.

Ao serem questionadas sobre o sintoma ***Dificuldade de respirar*** (tabela 46), 48% das gestantes, no início, afirmaram não sentir incômodo, no final, este percentual passou para 78% das opiniões; 26% da mostra sentiam um pouco incomodadas por este sintoma no início, o registro final apontou 22% para este mesmo item; 13% opinaram pelo item Foi desagradável, mas consegui aguentar, caindo para 0% no final, e igualmente foi registrado para o item Quase não consegui aguentar, 13% no início e 0% das opiniões no final. Segundo Cooper (1982), um dos muitos efeitos físicos benéficos que resultam do exercício físico é a capacidade pulmonar aumentada e pesquisas ligam esse aumento de capacidade vital a uma longevidade maior.

INDICADOR: <i>Dificuldade de respirar</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	48%	78%
<i>Fraco</i>	26%	22%
<i>Moderado</i>	13%	0%
<i>Muito forte</i>	13%	0%

Tabela 46- Comparação do grau de incômodo referente ao item 15 do Inventário.

Para o indicador ***Medo de morrer*** (tabela 47), 17% das grávidas, no início afirmaram que este sintoma não incomodou nada, e no final este percentual aumentou para 65% no mesmo item; 31% foram incomodadas um pouco, no início, já no final, este sintoma incomodou um pouco 26% da amostra; no início 39% das grávidas afirmaram que foi desagradável mas conseguiram aguentar e para este item, no final, o percentual caiu para 9%; 13% quase não conseguiram aguentar ao sentir este sintoma no início, e no final este mesmo item registrou um percentual de 0% das opiniões. Se a pessoa se encontra tensa por causa de um alto nível do hormônio adrenalina (característica do medo), seu corpo torna-se

quimicamente desequilibrado. Para Cooper (1982), o exercício com intensidades adequadas, atua como um processo natural de limpeza e ajuda o corpo a voltar a um estado mais calmo de equilíbrio.

INDICADOR: <i>Medo de morrer</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	17%	65%
<i>Fraco</i>	31%	26%
<i>Moderado</i>	39%	9%
<i>Muito forte</i>	13%	0%

Tabela 47- Comparação do grau de incômodo referente ao item 16 do Inventário.

Com relação ao indicador *Assustado(a)* (Tabela 48), os resultados iniciais apontaram que 43% das gestantes não sentiam incômodo referente a este sintoma; 31% afirmaram sentir um pouco incomodadas, enquanto que para 22% da amostra este sintoma foi desagradável, mas conseguiram aguentar e para 4% quase não conseguiram aguentar. Quando reaplicado o inventário, os resultados indicaram que este sintoma não incomodou 70% das gestantes, incomodou um pouco apenas 26%, 4% da amostra afirmaram que o sintoma ainda foi desagradável, mas que consegui aguentar e 0% foi registrado no item Quase não consegui aguentar.

INDICADOR: <i>Assustado(a)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	43%	70%
<i>Fraco</i>	31%	26%
<i>Moderado</i>	22%	4%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 48- Comparação do grau de incômodo referente ao item 17 do Inventário.

Indigestão ou desconforto no abdômen (tabela 49) refere-se ao sintoma dezoito do Inventário, no início, este sintoma não incomodou nada 39% das grávidas, no final, registrou um percentual de 48%; para 35% da amostra este sintoma incomodou um pouco no início, e depois, foi registrado um percentual superior de 48%; no item Foi desagradável, mas consegui aguentar apontou um percentual de 22% inicial, e 4% final; no item Quase não consegui aguentar o percentual inicial era de 4% e o final foi de 0% das opiniões.

INDICADOR: <i>Indigestão ou desconforto no abdômen</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	39%	48%
<i>Fraco</i>	35%	48%
<i>Moderado</i>	22%	4%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 49- Comparação do grau de incômodo referente ao item 18 do Inventário.

Quando questionadas sobre o indicador ***Desmaio*** (Tabela 50), 61% das grávidas afirmaram não terem sido incomodadas, no início, e 83% das opiniões apontaram para este item quando reaplicamos o inventário; 26% sentiam um pouco incomodadas por este sintoma no início, já no final, 13% afirmaram, ainda, sentirem um pouco incomodadas; para 13% das gestantes, no início, foi desagradável, mas conseguiram aguentar e para este item, no final, observou-se um percentual de 4%; um percentual de 0% foi registrado no item Quase não consegui aguentar, tanto no início como no final.

INDICADOR: <i>Desmaio</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	61%	83%

<i>Fraco</i>	26%	13%
<i>Moderado</i>	13%	4%
<i>Muito forte</i>	0%	0%

Tabela 50- Comparação do grau de incômodo referente ao item 19 do Inventário.

Para o indicador ***Face ruborizada*** (tabela 51), inicialmente os percentuais apontaram que 65% das entrevistadas afirmaram que este sintoma não as incomodou nada, 26% afirmaram que as incomodou um pouco, 9% opinaram pelo item Foi desagradável, mas consegui aguentar e 0% da amostra opinou pelo item Quase não consegui aguentar. Quando reaplicamos o inventário, os resultados demonstraram que o mesmo percentual (65%) para o item Não incomodou nada, foi mantido; o item Incomodou-me um pouco registrou 35% das respostas; 0% das opiniões foi registrado no item Foi desagradável, mas consegui aguentar e no item Quase não consegui agüentar.

INDICADOR: <i>Face ruborizada</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	65%	65%
<i>Fraco</i>	26%	35%
<i>Moderado</i>	9%	0%
<i>Muito forte</i>	0%	0%

Tabela 51- Comparação do grau de incômodo referente ao item 20 do Inventário.

Ao serem questionadas sobre o sintoma ***Suores (não devido ao calor)***, 39% das gestantes afirmaram que este sintoma não as incomodou nada, 35% relataram que incomodou um pouco, 22% das opiniões foram para o item Foi desagradável, mas consegui aguentar e 4% declararam que quase não conseguiram aguentar. Posteriormente, os percentuais comparados apontam outro resultado (tabela 52): este sintoma não incomodou nada 70% das gestantes, apenas 17% afirmaram que ficaram um pouco incomodadas, 13% das opiniões

foram registradas no item Foi desagradável, mas consegui aguentar e 0% da amostra optou pelo item Quase não consegui aguentar.

INDICADOR: <i>Suores (não devido ao calor)</i>	PERCENTUAL	
	INICIAL	FINAL
GRAU DE INCOMODAÇÃO		
<i>Nada</i>	39%	70%
<i>Fraco</i>	35%	17%
<i>Moderado</i>	22%	13%
<i>Muito forte</i>	4%	0%

Tabela 52- Comparação do grau de incômodo referente ao item 21 do Inventário.

Segundo Lipp (2005), um dos sentimentos que mais concorrem com a tranquilidade da gestante é a ansiedade. Com relação aos percentuais coletados no início do programa, o nível de ansiedade, por um escore geral, expressou-se de acordo com o seguinte resultado: 37% das entrevistadas demonstravam que os sintomas não as incomodaram em nada; 31% sentiam-se um pouco incomodadas; 20% se sentiam desagradáveis, mas conseguiam agüentar e 12% da amostra apontaram que quase não conseguiam agüentar. Ao compararmos com os dados coletados posteriormente, verificamos uma alteração nos percentuais, apontando para um novo nível de ansiedade nas gestantes: em relação aos mesmos sintomas, de 37% agora 70% das gestantes não se sentiam mais incomodadas, dos 31% apenas 24% ainda se sentiam um pouco incômodas, enquanto que 6% relataram que sentiam um pouco de desagrado, mas conseguiam agüentar e apenas 1% apontou não conseguir agüentar. O gráfico (5.6) demonstra, portanto, a comparação do nível de ansiedade das gestantes da amostra, referindo-se ao início e ao final do Programa ao qual foram submetidas.

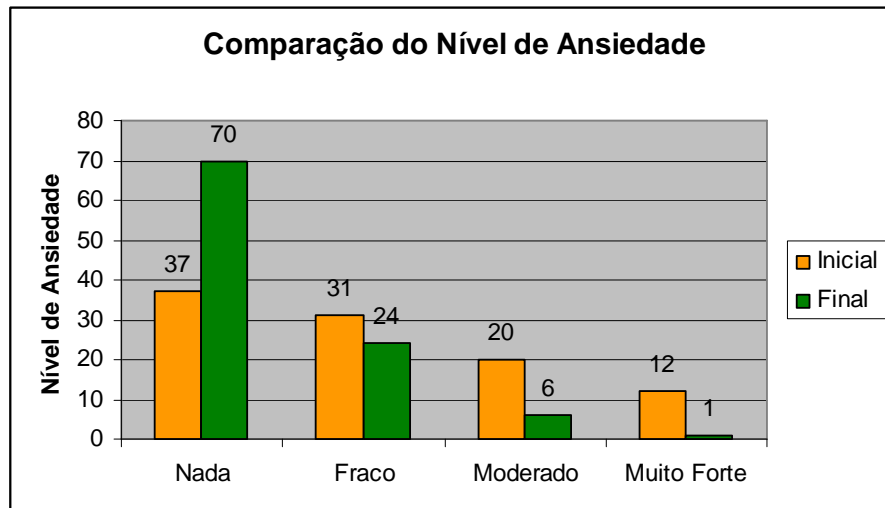


Gráfico 5.6 - Comparação do Nível de Ansiedade

5.7 Mudanças apresentadas a partir da aderência ao Programa Educação Física para Grávidas

O objetivo principal do programa Educação Física para Grávidas é realizar exercícios específicos com o intuito de preparar as gestantes para a evolução de um parto normal, com menores intercorrências, promovendo assim, uma boa recuperação no pós-parto. O exercício físico destinado a esse público contribui para evitar o ganho de peso exagerado durante os meses gestacionais, promove o enrijecimento da musculatura, especialmente dos músculos perineais (do assoalho pélvico), como também dos costais e peitorais preparando a estrutura física e a coordenação respiratória da gestante, comenta Verderi (2006). No decorrer do programa, além dos exercícios físicos e das aulas de relaxamento, todas as gestantes aprendem os códigos médicos, especialmente os que irão escutar no momento do pré-parto, aprendem as técnicas de posição possíveis para parir, participam de comemorações em dias festivos promovidos pela própria Maternidade, como: Festa Natalina, Festa dos Pais, Festa das Mães entre outras, e para tais, ensaiam apresentações com coreografias, gestos e músicas. Um dia na semana, é reservado para o atendimento com os outros profissionais que fazem parte do programa: enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, entre outros, como também é

realizado palestras sobre assuntos indispensáveis às gestantes, reforçando um processo de educação permanente durante todo o período de participação do programa.

Para melhor analisarmos as mudanças apresentadas pelas grávidas no decorrer da realização do programa, faz-se necessário abordar o estado civil que as mesmas se encontravam, pois segundo Ballone (2008), o parceiro não apresenta as mesmas alterações da gestante, mas podem ser afetados por questões emocionais, tais como: ansiedade em relação ao parto, a criação do filho, a responsabilidade de ser pai, entre outras. Das entrevistadas 39% eram casadas, 31% moravam junto com seu parceiro, porém não eram casadas, 26% engravidaram de seus namorados, todas citadas anteriormente receberam total apoio da família e de seus parceiros, apenas 4% não recebeu apoio de seu parceiro, contou somente com o apoio familiar. Dentre o percentual das grávidas que eram casadas e que moravam com seus parceiros, destaca-se o depoimento de três, enfatizando mudanças positivas no seu cotidiano:

“Eu era muito ansiosa, ficava todo tempo preocupada com a hora do parto, e isso deixava meu marido também nervoso, porque ele vivia estressado. Quando passei a fazer as aulas, eu mudei muito, até meu marido ficou surpreso, porque eu não estava como antes, e ele passou a se interessar pelas atividades, perguntando tudo o que eu fazia” (E. B., 22 anos)

“O primeiro que notou a diferença em mim foi meu marido, até me sentia mais bonita e mais relaxada com as atividades, meu relacionamento se estabilizou muito” (R. C., 29 anos)

“Meu parceiro, na minha primeira gestação, sofreu muito comigo, porque eu não tinha ânimo pra nada. Esse programa foi uma benção na minha vida, pois nessa segunda gestação tudo mudou lá em casa, eu fiquei mais disposta pra tudo, até meu “namorado” mostrou mais interesse em mim e nem passou por todos os apereios como na primeira vez.” (V. O., 26 anos)

Em relação à hierarquia das mudanças apresentadas (tabela 53) citadas no depoimento de cada gestante, 100% relataram mais disposição física, mais capacidade para relaxar, ótima convivência em casa e mais amizades no Programa. Os indicadores de manutenção de peso corporal, maior confiança em si mesmo, maior controle da ansiedade e estabilidade no

relacionamento, foram citados por 96% da amostra. De acordo com Miranda (2000), as necessidades de carinho, atenção e proteção intensificam-se, cabendo ao marido supri-las. Para 91%, o indicador não inchei e não engordei ficou em 3º lugar relacionado aos fatores físicos. O autor faz referência a data provável do parto, quando surge um sentimento de insegurança e ansiedade, relatando que a participação através das respirações específicas e do relaxamento tornam-se um comportamento indicado nesta fase. Dos dados analisados os indicadores psicológicos/comportamentais: não fiquei tão preocupada e não tive medo de ir ao hospital, foram citadas por 83% das gestantes, portanto, há uma resposta significativa relacionada à prática regular das aulas e dos exercícios de relaxamento. Referente aos indicadores dormia muito bem e não fiquei nervosa foram considerados por 78% da amostra, 74% relataram se sentir mais feliz, com ótima auto-estima e com mais vontade de sair, um dos resultados positivos do programa, pois conforme relata Miranda, há uma tendência à passividade e à introversão podendo acentuar-se com o correr da gravidez. O item não sentia dor, dos fatores físicos, foi considerado por 70% das entrevistadas.

Na Tabela a seguir podemos verificar os fatores que mais foram citados, referente às mudanças a partir da aderência ao programa:

FATORES	ORDEM EM QUE ERAM CITADOS	PERCENTUAL
Fatores Físicos	1º Fiquei mais disposta fisicamente	100%
	2º Mantive meu peso corporal	96%
	3º Não inchei e não engordei	91%
	4º Dormia muito bem	78%
	5º Não sentia dor	70%
Fatores Psicológico/comportamentais	1º Sentia muito relaxada	100%
	2º Fiquei mais confiante	96%

	3° Controlava minha ansiedade	96%
	4° Não fiquei tão preocupada	83%
	5° Não tive medo de ir ao hospital	83%
	6° Não fiquei nervosa	78%
	7° Me sentia feliz e com ótima auto-estima	74%
Fatores Sociais	1° Ótima convivência em casa	100%
	2° Mais amigas no programa	100%
	3° Relacionamento se estabilizou	96%
	4° Curti mais minha gestação	83%
	5° Sentia mais vontade de sair	74%

Tabela 53- Hierarquia das mudanças comportamentais de acordo com fatores físicos, psicológico/comportamental e sociais.

5.8 Influência dos exercícios de relaxamento na hora do pré-parto/parto no comportamento das gestantes do Programa Educação Física para grávidas

Para analisarmos o comportamento das gestantes, aplicamos as Fichas de registro, ABC#1 que corresponde ao comportamento da gestante e ABC#2 que corresponde ao comportamento de outrem, que pode ser neste caso, um médico ou uma enfermeira presente no momento do evento. As fichas contêm perguntas relacionadas a um determinado momento da vida de uma pessoa, no caso das gestantes, o momento do trabalho de parto, as letras ABC são classificadas da seguinte maneira: A refere-se ao que aconteceu antes, B refere-se como agi e C, o que aconteceu depois. O próprio depoimento das gestantes nos revelou informações relevantes para a pesquisa.

Na ida para a maternidade 91% das gestantes relataram não se sentirem nervosas e nem preocupadas, apenas 9% demonstraram certa preocupação, devido a bolsa ter estourado. Com relação ao atendimento, 96% da amostra afirmaram que foram bem atendidas, apenas 4% relatou que ficou um pouco triste quando escutou do médico que era para voltar para casa, pois não estava na hora de nascer.

No ambiente do pré-parto, a preparação física e emocional/psicológica das gestantes foram detectadas pelos seguintes eventos:

1. Observar a enfermeira estourando a bolsa de outra gestante.

“eu tenho pavor de instrumentos médicos, ainda mais os que parecem pontiagudos, tipo de dentista(...), quando eu vi a enfermeira pegando tipo um ferro enorme para estourar a bolsa da gestante do meu lado, e ela não queria deixar, os exercícios me deixou menos nervosa, se eu não tivesse me preparado tenho certeza que aquela cena pra mim ia ser um terror, mas eu não fiquei nervosa e senti pena dela porque ela tava com muito medo”. (B. S., 15 anos)

2. Presenciar um episódio de sangramento.

“(...) quando entrei no pré-parto, dei de cara com uma senhora que sangrava muito e ela tava deitada parecia que tava morta, eu só lembrei das coisas que a professora falava na hora do relaxamento: pensem em coisas positivas, vai dar tudo certo, deixem o medo de lado, e isso me tranqüilizou muito nessa hora, porque eu olhava para as outras grávidas que estavam na sala e algumas tavam até chorando, eu acho que era de medo”. (T. V., 23 anos)

3. Assistir um parto na sala de pré-parto.

“Eu assisti uma grávida tendo filho na sala de pré-parto, ela gritava muito chamando pelos médicos e pelas enfermeiras, dizendo que o neném dela tava nascendo, quando as enfermeiras foram lá, o bebê já estava saindo mesmo, uma gestante começou a passar mal perto de mim, vendo aquilo, eu consegui me controlar, os exercícios me preparou muito, eu só pensava que tudo ia dar certo

comigo, eu fiquei normal e consegui ficar tranqüila apesar de tudo isso que aconteceu.” (V. O., 26 anos)

4. Ser transportada para o centro cirúrgico.

“Tava tudo certo pra ter normal, mas o bebê na hora parece que virou e ficou sentado aí as enfermeiras me levaram para o centro cirúrgico, mas na hora não me falaram nada, eu percebi quando entrei na sala de cirurgia, aí me deu um pouco de medo por causa da anestesia que leva, mas eu lembrei do que a professora passava pra gente mentalizar coisas positivas e eu mentalizei, ela dizia pra gente manter baixa nossa ansiedade e eu lembrava disso, foi o que me ajudou a me acalmar”. (N. B., 18 anos)

5. Ver outras gestantes gritando e chorando.

“As enfermeiras ficaram surpresas comigo porque eu ia ter meu primeiro filho, e eu não demonstrava medo, eu não chorei e nem fiz escândalo, lá tinha umas grávidas fazendo o maior escândalo, elas gritavam chamando pela mãe e pelos médicos, eu até soube que nem era o primeiro filho delas, parece que era um sofrimento pra elas, e eu ainda tive neném antes delas, eu tava com dor mais não fazia alarme nenhum. (S. B., 17 anos)

6. Acalmar outras grávidas que estavam nervosas.

“Eu ajudei umas mãezinhas que estavam no pré-parto a relaxar, elas estavam muito nervosas e com medo, aí eu fiquei perto delas e comecei a falar muitas coisas que a professora/enfermeira falava pra gente nas aulas: pensa que vai dar tudo certo, tenta manter a tranqüilidade, pensa no rostinho do teu bebê e sintoniza com ele, esse era o momento da gente ser mãe,..., mas elas tavam muito tensa e era difícil pra elas relaxarem”. (L. N., 21 anos)

“Eu disse pra uma menina bem novinha que tava no pré-parto junto comigo, fazer os exercícios que eu tava fazendo, eu segurava na cabeceira da cama e agachava como a professora/enfermeira ensinou, eu fazia a respiração direitinho, até a enfermeira perguntou o que eu tava fazendo, mandou eu ir deitar, mas eu disse que eu fui preparada pra fazer daquele jeito, porque ia

ajudar melhor o bebê a nascer, aí ela ficou surpresa, mas a menina não fez, ela ficou com vergonha de fazer”. (E. B., 22 anos)

Vale ressaltar que a Maternidade “Ana Braga” não atende apenas as gestantes que fazem parte do Programa e sim todas as parturientes daquela zona e de outras que procuram pelo atendimento. Esclarecemos também que, as gestantes que fazem parte do Programa não recebem atendimento diferenciado no momento do pré-parto/parto, mesmo porque as enfermeiras de plantão que atuam neste setor, não fazem parte do Programa e, em sua maioria, nem tem o conhecimento do mesmo.

5.9 Comparação do parto atual com o parto anterior das gestantes múltíparas da amostra.

Para uma melhor avaliação da influência do Programa em relação aos benefícios gerados pela prática das atividades oferecidas pelo mesmo, em especial, as atividades de relaxamento, recolhemos os depoimentos das gestantes múltíparas a fim de compararmos a experiência vivida em seu parto anterior, no qual as mesmas não haviam passado por nenhum tipo de preparação física e nem psicológica, como esta experiência recente. A alteração no comportamento está explícita nos próprios relatos das gestantes:

“Meu primeiro parto foi traumático, primeiro que eu não queria ir pra maternidade, morria de medo, depois eu não conseguia parar de pensar como ia ser o parto, eu não relaxava, vivia tensa, na hora senti muitas dores,..., eu gritava aí as enfermeiras diziam é assim mesmo, eu sofri muito pra ter minha filha, eu cheguei numa terça na maternidade só consegui ter na quinta(....). O segundo foi totalmente diferente, tive boa dilatação e meu trabalho de parto foi rápido, eu não fiquei nervosa e fiquei todo tempo tranqüila, as enfermeiras gostaram de mim porque eu era a única que não gemia e nem gritava, elas me levaram pra sala de parto com todo cuidado”. (H. P., 25 anos)

“Quando tive meu primeiro filho a sala de pré-parto me deixou meio perturbada, porque as mulheres gritavam tipo: doutor me tira daqui, mãe eu quero sair daqui, eu não agüento mais, as enfermeiras nem ligavam(...) Tudo aquilo me deixou nervosa, aí eu comecei a chorar, eu fiquei com muito medo, também queria sair logo dali. Agora não, os exercícios me preparou bastante, eu não fiquei com medo, eu consegui relaxar, eu conseguia fazer as respirações, eu sabia o momento certo pra fazer a força, uma enfermeira viu que eu tava bem tranqüila,

fazendo os movimentos que a professora/enfermeira ensinou e perguntou aonde eu tinha aprendido, aí eu falei do programa, a maioria delas não sabem do programa, tudo foi bem melhor até minha recuperação depois do parto”. (A. X., 21 anos)

“Na minha primeira gestação eu engordei muito, tive problema de pressão alta e eu ficava muito ansiosa e piorava minha pressão, antes do nono mês eu fiquei internada em observação, minha filha ficou hospitalizada depois do parto, eu tive cesárea minha recuperação foi muito ruim. O segundo parto também foi cesárea porque não tive passagem, mas minha recuperação foi muito melhor, não tive problemas de pressão alta e eu conseguia relaxar, os exercícios de relaxamento, principalmente, fizeram muito bem pra mim, porque sou muito ansiosa. (M. C., 25 anos)

“No primeiro parto, eu chorava demais na sala do pré-parto, eu tinha medo de ter normal, eu ficava mais nervosa ainda quando eu escutava as outras gestantes gritarem, aí é que eu chorava mesmo, acho que é porque eu era muito novinha,(...) eu sentia muita dor também, meu parto foi muito dolorido. No segundo parto pra ter minha filha, eu fui outra pessoa literalmente, eu me sentia totalmente preparada, os exercícios me fizeram muito bem, a dor que eu sentia eu sabia controlar com as contrações pra ter o neném mais rápido e melhor, como a professora/enfermeira ensinou, tinha grávida que gritava e eu nem fiquei nervosa, e nem tava com medo de ter normal, pelo contrário era o que eu queria e consegui, correu tudo bem, a médica me tratou bem e até me elogiou”. (K. T., 19 anos)

“Meu primeiro filho eu tive normal, só não gostei como o médico me deu o toque, acho que ele foi um pouco bruto, mas não fiquei nervosa, só tinha medo, também de não saber o sinal que vinha, pra poder ir pra Maternidade. No segundo, foi normal também, eu me senti mais preparada, aprendi os sinais de parto, porque foi ensinado pra gente no Programa e tudo foi muito tranquilo, meu parto foi ótimo, as dores que senti eu consegui agüentar, consegui ficar tranquila e relaxada o médico que fez meu parto não teve muito trabalho,... antes no pré-parto eu fazia os exercícios, eu agachava, eu respirava, andava, pensava no relaxamento, acariciava minha barriga e tudo isso me deixou muito tranquila, as enfermeiras se admiravam e elas ficavam conversando comigo,(...)as outras grávidas ficavam me olhando.”(J. A., 27 anos)

Analisando o depoimento das gestantes múltíparas em relação às experiências vividas no momento do parto, verifica-se que mudanças foram apresentadas por parte das gestantes em relação seu próprio estado comportamental, demonstrando com clareza uma relação de proporcionalidade do aspecto comportamental das parturientes, com a qualidade da assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

6. CONCLUSÕES

Pela análise dos resultados apresentados mediante a metodologia utilizada e empregada na amostra composta pelas gestantes do Programa Educação Física para Grávidas, realizado na maternidade “Ana Braga”, com plena consciência de que os resultados desta análise deverão ser estendidos exclusivamente para a classe de casos que apresentam as mesmas características do público estudado e não para todos os casos em geral, concluimos que:

- O perfil inicial da amostra estudada, apresentou uma menor intensidade de suas crenças, diretamente relacionada, em sua maioria, com situações referentes a ataques de pânico com conseqüências e danos morais. Para situações de ataques de pânico, propriamente dito e suas conseqüências fisiológicas, os dados apontam para uma maior intensidade de suas crenças, assim como para todas as situações de pânico relacionadas a sentimentos de emoção, ansiedade, controle de ansiedade, perda de controle, raiva, tristeza ou solidão.

- Os estímulos identificados que mais causam temores e ansiedade nas gestantes do Programa foram novamente relacionados a perda de controle, sentimentos de perda, falta de companhia, relacionamentos conturbados, como também situações relacionadas a ambiente hospitalar e acidentes. Sobre fracasso e responsabilidade por decisões, as gestantes somaram um percentual altíssimo, confirmando novamente o caráter dos temores expressos na gravidez, ou seja, de autopunição.

- Identificou-se no início da pesquisa que não houve classificação da amostra para o quadro dos sintomas de depressão biológica grave, no funcionamento biológico. Com relação aos sintomas emocionais/psicológicos, no final da pesquisa, apontou alteração para menos no percentual do quadro dos *Sintomas Psicológicos Moderados* e certamente alterando para mais o percentual do quadro *Sintomas Psicológicos Brandos* e nenhuma classificação para o

quadro de *Sintomas psicológicos Graves*, confirmando a influência (durante o programa) dos benefícios das atividades do programa, em especial as sessões de relaxamento, que tinham por objetivo proporcionar a diminuição do ciclo medo-tensão-dor, promovendo um equilíbrio, para preparação psicológica das gestantes.

- O nível de ansiedade das gestantes também sofreu alteração, durante o processo, pelos benefícios da prática dos exercícios do programa, pois ao compararmos o grau de ansiedade inicial com o grau de ansiedade final, o resultado nos mostra uma mudança significativa para uma diminuição no nível de ansiedade das mesmas.

- Ao aderirem ao Programa, as gestantes apresentaram mudanças nos aspectos físicos, psicológicos/emocionais e sociais, sendo os fatores psicológicos/emocionais de extrema relevância (porém não mais importante que os outros) , principalmente, por se tratar dessa fase na vida da mulher, no qual se faz presente com maior ou menor intensidade, alterações na esfera emocional, podendo agravar sintomas que geram altos níveis de ansiedade.

- Pelo comportamento apresentado pelas gestantes diante das diversas situações ocorridos no momento do trabalho de parto, podemos confirmar que de fato, o preparo psicológico influencia diretamente no equilíbrio emocional de uma pessoa, fazendo com que a mesma aprenda a lidar com suas emoções, controlando sentimentos e sensações, que antes eram incontroláveis ou que pareciam de difícil controle. O exercício físico as preparou fisicamente, sua capacidade respiratória, sua resistência muscular, evitou o aumento do peso corporal exagerado, entre outros benefícios, porém o controle da ansiedade, do medo, a presença da tranquilidade e da capacidade de lidar com as situações imprevisíveis, no momento do pré-parto/parto, foram promovidos acima de tudo, pela prática dos exercícios de relaxamento físico e mental.

- Corroborando o que foi dito, em relação às experiências das gestantes múltíparas, vividas no momento do parto, verifica-se que de fato, há uma relação tanto no aspecto

comportamental das gestantes, como na qualidade da assistência prestada por parte dos profissionais de saúde. Constatou-se que, quanto menos trabalho a parturiente requeria dos profissionais, maior era a qualidade dos serviços prestados, e quanto maior o controle emocional demonstrado pela parturiente, maior, também a aproximação desses profissionais junto às mesmas.

- Não houve relatos de ocorrência de depressão pós-parto por parte das gestantes que participaram do programa.

Pelas conclusões obtidas é de grande valia considerarmos a aderência, por gestantes, a um programa de exercícios físicos que envolvam atividades de relaxamento, pois os benefícios, como foram vistos, oferecem um suporte tanto no aspecto físico, como e principalmente no aspecto emocional das mesmas, já que se trata de um período onde os sentimentos se exacerbam, especialmente a ansiedade. É importante salientar que as atividades para esse público devem ser especialmente programadas e devidamente orientadas para que os resultados sejam alcançados e que de fato, possam atingir positivamente para a melhoria do estado psicoemocional no qual a gestante se encontra, mesmo porque os benefícios não serão somente para ela, ou para o bebê, mas irá atingir direta ou indiretamente todos à sua volta, seja no ambiente familiar, como também no hospitalar. O recurso está ao alcance de profissionais da área da saúde, em especial aos educadores físicos, e a necessidade de aplicá-lo no referido público é indiscutível, uma vez que gera inúmeros benefícios. Portanto, é relevante a difusão de programas como este, para que todas ou pelo menos uma maioria das mulheres grávidas possam viver sua gravidez e o momento do parto de maneira positivamente inesquecível. Não podemos deixar de mencionar a importância de se desenvolver outros estudos que incluam atividades físicas e gestação, para que outros aspectos sejam investigados gerando, com isso, dados ainda não descobertos.

REFERÊNCIAS

ALLSEN, Philipe. *Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada*. São Paulo-SP, 2001.

ANDRADE, L. & GORENSTEIN, C. (2000) *Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade*. Em GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. & ZUARDI, A. W. (orgs) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 139-144.

Ansiedade e Sintomas de Depressão em Gestantes: um Desafio a Ser Enfrentado. Por: Solange Rodrigues da Costa Nascimento. Defendida em: 13/10/2006

ARTAL, R.; WISWELL, R. A. e DRINKWATER, B. L. *O exercício físico na gravidez*. São Paulo: Editora Manole, 1999.

BALLONE GJ - *Sintomas da Depressão* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2007

_____. GJ, Moura EC - *Gravidez e Sexualidade* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br , revisto em 2008

BARLOW, D.H. (org.) – *Transtorno do Pânico e Agorafobia*, In: Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Artmed, Porto Alegre, 1998.

BEECH, H. R. *Como alterar o comportamento humano: técnicas baseadas na Reflexologia e no Aprendizado*. São Paulo, IBRASA, 1976.

BECK, A.T.; EMERY, G. – *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York, 1985.

BONN, J.A.; REDHEAD, C.P.A.; TIMMONS, B.H. *Enhanced Adaptive Behavioral Response in Agoraphobic Patients Pretreated With Breathing Retraining*. *Lancet* 2: 665-9, 1984.

CAMPOS. Luís Fernando de Lara. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. 2ª ed. Campinas: Alínea, 2001.

CASTRO, Eliane Mauerberg de. *Atividade física: adaptada*. Ribeirão Preto, SP: Tecmed, 2005.

CAMBIAGUI, A. S. *Manual da gestante*. São Paulo, SP: MADRAS LTDA, 2001.

CAPARROZ, S. C. *O Resgate do parto normal*. Joinville – SC: UNIVILLE, 2003.

CERVO, Amando L. & BERVIAN, Pedro A. *Metodologia científica*. São Paulo. Prentice may, 2002.

CLARK, D.M. *A Cognitive Approach to Panic*. *Beh Res & Ther* 24: 461-70, 1986.

CLUM, G..A.; KNOWLES, S.L. – *Why do Some People With Panic Disorders Become Avoidant?: A review. Clin Psychol Rev 11: 295-313, 1991.*

COOPER, Kenneth H. *O programa aeróbico para o bem-estar total.* Rio de Janeiro: Nórdica. 4 ed. 1982.

DANTAS, Estélio H. M. *Pensando o corpo e o movimento.* Rio de Janeiro: Shape Editora, 2005.

DRYDEN, Windy & NEENAN, Michael. *Dictionary of rational emotive behavior therapy.* London: Whurr publishers, 1996

ELLIS, A. – *Reason and Emotion in Psychotherapy.* Lyle Stuart, New York, 1962.

EVANS J.; Heron J.; FRANCOMB H.; OKE S. e GOLDING J - *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.* - BMJ 2001 Aug 4;323(7307):257-60

CARVALHO, Geraldo Mota de; et al. *Ser gestante:Refletindo o cuidado da gestação ao nascimento.*Brochura: Laurette Boulos, 2005.

COSTA, Célia Cristina de Oliveira et al. *Ansiedade na gravidez.* B – Digital _ Universidade Fernando Pessoa> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais> FCHS (DCPC) – Monografias. 2004.

HALL, Calvin Springer. *Teorias da personalidade.* São Paulo: E.P.U., 1984.

JORGE, M. R. (2000) Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. Em Gorestein, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (orgs) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. *Relaxamento para todos: controle o seu stress.* Campinas, SP: Papyrus, 2005.

LUCK, Heloísa. *Metodologia de projetos: uma ferramenta de planejamento e gestão.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARGRAF, J.; BARLOW, D.H.; CLARK, D.; TELCH, M.J. – *Psychological Treatment of Panic: Work in Progress and Outcome, Active Ingredients, and Follow-up. Beh Res & Ther 31: 1-8, 1993.*

MALDONATO, M. T. P. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério.* Petrópolis – RJ: Vozes, 1985.

MATOS, Margarida Gaspar de. *Corpo, Movimento e socialização.* Rio de Janeiro – RJ: SPRINT LTDA, 1994.

MEDINA, João Paulo Subirá. *A educação física cuida do corpo... e “mente”: bases para a renovação e transformação da educação física.* Campinas: Papyrus, 1985.

MIRANDA, Sérgio Roberto Amaral e ABRANTES, Fernanda. *Ginástica para gestante*. Rio de Janeiro: Sprint, 1986.

MYERS, J.K.; WEISSMAN, M.M.; TISCHLER, G.L.; HOLZER, C.E.; LEAF, P. J.; ORVASCHEL, H; ANTHONY, J.C.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D.; KRAMEr Jr. M. & STOLZMAN, R. – *Six-month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities: 1980 to 1982*. *Arch Gen l Psych* 41: 959-67, 1984.

MOTTA. Valter T. *Normas técnicas para apresentação de trabalhos científicos*. Caxias do Sul: Educs, 2004.

National Institutes of Health – (1991, September 25-27). *Treatment of panic disorder*. NIH Consensus Development Conference Consensus Statement, Bethesda, MD.

ÖST, L.-G. – *Applied Relaxation vs Progressive Relaxation in the Treatment of Panic Disorder*. *Beh Res & Ther* 26: 13-22, 1991.

PAVLOV IP - *Reflexos Condicionados, Inibição e Outros Textos*. Lisboa: Editorial Estampa, 1971.

Parry BL, Newton RP - Chronobiological basis of female-specific mood disorders. - *Neuropsychopharmacology*. 2001 Nov;25(5 Suppl 1):S102-8.

RAPPAPORT, Clara Regina. *Psicologia do desenvolvimento. A infância inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: EPU, 1981.

RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza et al. *Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário*. Ver. Brás. Saúde Mater. Infantil [on line]. 2004, vol.4, n.4, PP. 423-433. 155N 1519-3829. doi: 10.1590/S1519

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 22.^a ed. rev. e ampl. de acordo com a ABNT – São Paulo: Cortez, 2002.

SKINNER, B. F. *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix, 1974.

TAKITO, M. Y.; BENÌCIO, M. H. e LATORRE, M. R. D. O. *Postura materna durante a gestação e sua influência sobre o peso ao nascer*. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 325-332. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102005000300001.

TULKU, Tarthang. *Kum Nye técnicas de relaxamento 1.^a parte: teoria, preparação, massagem*. Editora Pensamento. São Paulo, SP: 1999.

_____. *Kum Nye técnicas de relaxamento 2.^a parte: exercícios de movimento*. Editora Pensamento. São Paulo, SP: 1999.

VERDERI, E. *Gestante. Elaboração de programa de exercícios*. São Paulo: SP, Editora Ph, 2006.

WILLIAMS, Melvin H. *Nutrição para saúde, condicionamento físico e desempenho esportivo*. Tradução: Sonia Bidutte. São Paulo, SP: Manole, 2002.

http://www2.uol.com.br/vyaestelar/gravidez_panico.htm. Acessado em 27.04.10 às 13:47h

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 1076.0.000.115-09, intitulado: **“INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO NO COMPORTAMENTO DE GESTANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO NA MATERNIDADE ANA BRAGA”**, tendo como Pesquisador Responsável Thomaz Décio Abdalla Siqueira .

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 19 de maio de 2009.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "David Lopes Neto", written over a horizontal line.

Prof. Dr. David Lopes Neto
Coordenador do CEP/UFAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA/ FEFF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Projeto de Pesquisa “Influência dos exercícios de relaxamento no comportamento de gestantes durante o trabalho de parto na Maternidade Ana Braga”, dos pesquisadores Pós-doutor Thomaz Décio Abdalla Siqueira e acadêmica Nívea Alves Tavares Pessoa. O objetivo deste estudo será analisar a influência dos exercícios de relaxamento no comportamento de gestantes durante seu trabalho de parto. Conjuntamente, poderá colaborar para otimizar as relações interpessoais dos profissionais da saúde para com as parturientes, visando promover um clima mais harmonioso e menos tenso durante todo o momento do trabalho de parto. Com este estudo, espero contribuir incentivando gestantes à aderência à prática de exercícios relaxantes, com intuito de amenizar a ansiedade que se encontra presente durante todo o período gestacional em algumas delas, e de alguma forma facilitar a relação das mesmas com todos à sua volta. Para coleta de dados serão aplicados questionários e inventários, como também, recolhido por meio de áudio o depoimento das participantes. Em qualquer momento o sujeito poderá obter esclarecimentos sobre os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Também a liberdade e o direito de recuar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum. Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o(s) pesquisador(es) pelo telefone (92)3647-4083 do Departamento de Fundamentação Teórica (DFT) da Universidade Federal do Amazonas, localizada na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Aleixo – Manaus, ou pelo e-mail: thomazabdalla@ufam.edu.br.

Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

_____ ou		_____ - _____ - _____
Assinatura do participante		Data
_____		_____ - _____ - _____
Pesquisador Responsável		Data

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela coragem em todos os momentos, produzindo forças para que eu não esmorecesse. Sou grata imensamente ao meu Orientador, Prof. Pós-Doutor Thomaz Décio Abdalla Siqueira, por ter despertado em mim o espírito de pesquisadora e ter oportunizado tão grande e inesquecível experiência, por todos os momentos em que me orientou, me atendeu e me ajudou sempre quando eu precisava. A todas as pessoas que contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho, em especial: Evandro Martiniano, Lurdiane Cardoso e todos os demais que me ajudaram indiretamente. A minha família, pelo apoio e compreensão, em especial, minha filha, Amanda Alves. A todos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e aos funcionários do Departamento de Apoio a Pesquisa (DAP) pelo ótimo atendimento.