



Estilo de vida na gravidez

- 1 Introdução
- 2 Orientação pré-gestacional
- 3 Atividade sexual
- 4 Tabagismo
- 5 Álcool
- 6 Maconha (cânabis)
- 7 Trabalho
- 8 Exercício aeróbico
- 9 Conclusões

1 Introdução

Uma gestante está sujeita a diversas prescrições e proibições para modificar seu estilo de vida habitual ou desejado, sob a forma de “conselhos”. Entretanto, ao contrário dos conselhos comuns, freqüentemente não há opção de recusa. Aqueles considerados autoridades na área de reprodução, como médicos, parteiras e educadores para o parto, podem dar conselhos que apelam fortemente para o desejo da gestante de uma gravidez perfeita e uma criança perfeita. A eficácia desse aconselhamento deve ser questionada e avaliada tão rigorosamente quanto todas as outras intervenções durante a gravidez.

2 Orientação pré-gestacional

É fácil compreender o apelo da orientação pré-gestacional. A formação normal ou a malformação de um feto geralmente é determinada no momento da primeira consulta pré-natal. A atenção pré-natal pode permitir detecção de uma anormalidade, mas as precauções pré-concepcionais podem ajudar a evitá-la. Outras importantes complicações da gravidez, como trabalho de parto pré-termo, difíceis de serem influenciadas durante a gravidez, também podem ser influenciadas por orientação pré-gestacional. Parece plausível que a atenção deva começar mais cedo, ainda antes da gravidez.

Algumas medidas foram consideradas eficazes e úteis. A mais importante é o uso de suplementação com ácido fólico para evitar defeitos do tubo neural e, possivelmente, defeitos conotrunciais e dos membros (ver Cap. 6). A avaliação e a orientação pré-gestacional podem ser fundamentais para mulhe-

res com problemas conhecidos, como diabetes (ver Cap. 20), história familiar ou predisposição genética a anormalidades congênitas (ver Cap. 9), ou para rastreamento de distúrbios que possam afetar a decisão de engravidar (por ex., infecção por HIV).

Com exceção desses, e assegurando que a mulher tenha sido imunizada contra rubéola e não tome quaisquer medicamentos desnecessários, que conselhos sensatos podem ser dados? As tabagistas necessitam de assistência prática para deixar de fumar, e não de conselhos. As sugestões para adotar uma dieta prudente, embora provavelmente sejam benéficas como diretrizes gerais de alimentação, não mostraram evitar malformações ou baixo peso ao nascimento. A suplementação com oligoelementos e vitaminas além do ácido fólico não pode ser justificada na situação atual de conhecimento. Os dados sobre os efeitos da atividade física, trabalho, exercício e viagens ainda são irregulares.

Os possíveis efeitos colaterais da orientação pré-gestacional incluem redução da segurança, redução da autoconfiança e aumento da ansiedade para as mulheres. Em relação aos orientadores, os efeitos colaterais podem ser uma redução da consciência dos fatores sociais subjacentes a comportamentos de saúde individuais associados a resultados adversos da gravidez e uma crença errada, mas sincera, de que possuem as respostas.

Seria errado fazer quaisquer julgamentos sobre a orientação pré-gestacional de rotina (com as exclusões citadas anteriormente), exceto para dizer que, com base no conhecimento atual, seus efeitos benéficos provavelmente são modestos, e que não pode ser automaticamente considerada como inofensiva.

3 Atividade sexual

A orientação sobre o tema de atividade sexual na gravidez freqüentemente é malfeita: inexata, confusa, eufemística, desnorteadora, não dá oportunidade para esclarecimento e discussão de opções. Além disso, existem poucos dados, ou nenhum, que apoiem as várias formas de orientação. Os muitos estudos descritos sobre os efeitos da atividade sexual na gravidez são infundados e contraditórios. De acordo com os dados disponíveis, qualquer proibição de atividade sexual é



imprópria. Durante a gravidez normalmente ocorrem muitas mudanças nos sentimentos sexuais, incluindo um aumento ou uma diminuição acentuados do desejo.

Em relação aos supostos benefícios da atividade sexual, a possibilidade de o coito próximo ao termo reduzir a incidência de gravidez pós-termo não foi adequadamente investigada.

4 Tabagismo

As indicações de que o tabagismo tenha efeitos prejudiciais sobre o feto são fortes. O tabagismo materno reduz o peso ao nascimento. O efeito do tabagismo sobre a pré-eclâmpsia, outros resultados perinatais e o subsequente desenvolvimento da criança é mais controverso.

Nos países desenvolvidos, entre uma em cada cinco e uma em cada três gestantes relatam fumar. Até um quarto das mulheres que fumam antes da gravidez pára de fumar antes de sua primeira consulta pré-natal. Nos Estados Unidos, o tabagismo é mais comum nas mulheres em desvantagem social, com elevada paridade, sem cônjuge, com baixa renda ou que recebem atendimento financiado pelo Medicaid. As mulheres com problemas psicossociais, como depressão, tensão no trabalho, carga excessiva de trabalho e baixos níveis de suporte prático, tendem a fumar mais que as mulheres sem essas desvantagens.

O tabagismo ainda é um dos poucos fatores potencialmente evitáveis associados a baixo peso ao nascimento, parto pré-termo e morte perinatal. Por essa razão, é uma questão de saúde pública importante na gravidez. O tabagismo também está associado a baixas taxas de início e duração reduzida da amamentação, embora ainda não se saiba ao certo se essa é uma relação causal.

Os programas de abandono do tabagismo têm lugar definido na atenção pré-natal. Podem ser efetivos para uma pequena minoria de tabagistas em termos de reduzir a quantidade de cigarros fumada, reduzir a proporção de mulheres que continuam a fumar, aumentar o peso médio ao nascimento e reduzir a proporção de bebês de baixo peso ao nascimento. De cada 100 mulheres que ainda fumam no momento do recrutamento para um programa (tipicamente o momento da primeira consulta pré-natal), cerca de 10 deixarão de fumar com a “atenção habitual” e outras seis ou sete deixarão de fumar em virtude de um programa formal de combate ao tabagismo. Nenhum estudo relatou qualquer avaliação do impacto dos programas de combate ao tabagismo sobre o método de parto, amamentação, bem-estar psicológico materno ou bem-estar dos familiares.

As estratégias comportamentais em especial reduzem significativamente a proporção de tabagistas que continuam a fumar durante a gravidez, em comparação com a atenção pré-natal padrão. São muito mais eficazes do que a orientação pessoal suplementada por material escrito, do que outras reuniões de grupo ou do que orientações e *feedback*.

A nicotina administrada sob a forma de adesivos transdérmicos, goma de mascar ou *spray* nasal, ou inalada, mostrou ser efetiva na redução do tabagismo fora da gravidez. Atualmente existem advertências na embalagem para não se usar esses preparados durante a gravidez, embora tenha sido questionada a pertinência dessa medida. Os únicos estudos realizados na gravidez até hoje são pequenos estudos “fisiológicos”. O uso de um adesivo de nicotina na gravidez resultou em níveis sanguíneos de nicotina semelhantes aos observados no tabagismo, e possivelmente em efeitos semelhantes sobre o índice de resistência da artéria cerebral média e o padrão de frequência cardíaca fetal. O uso de goma de mascar de nicotina por curto período foi associado a menores níveis séricos de nicotina do que a continuação do tabagismo. Não foi estabelecida a segurança ou eficácia de substitutos da nicotina na gravidez.

Um estudo mostrou que a simples modificação no formato da questão (de sim ou não para múltiplas opções, incluindo “Eu fumava”, e “Eu estou fumando menos”) aumentará as revelações de tabagismo.

Raramente os medos das mulheres sobre redução do tabagismo foram levados em conta. Elas podem ter medo de que, ao deixarem de fumar, o aumento do tamanho fetal eleve a probabilidade de um trabalho de parto difícil ou de um parto cirúrgico. Podem preocupar-se com os efeitos sobre seu bem-estar psicológico e sua capacidade de lidar com circunstâncias adversas, com efeitos prejudiciais sobre o bem-estar dos familiares.

Os possíveis efeitos adversos das intervenções de combate ao tabagismo não foram avaliados adequadamente. Algumas vezes, a campanha contra o tabagismo na gravidez tem efeitos colaterais indesejados. Muitas fumantes passam toda a gravidez sentindo-se culpadas e incompetentes. Não sabemos quais os efeitos desse estresse e ansiedade crônicos sobre a gravidez e o trabalho de parto, ou sobre o relacionamento final com a criança. Sabemos que mais da metade das mulheres fumantes preocupa-se com o tabagismo durante a gravidez e que 10% delas passam a fumar mais durante a gravidez. A natureza global de grande parte da exortação de combate ao tabagismo significa que qualquer problema na gravidez (incluindo malformações e retardo mental) pode ser retrospectivamente atribuído ao tabagismo, mesmo quando este pode não ter sido a

causa. Algumas vezes os profissionais de saúde involuntariamente reforçam a auto-acusação.

A eficácia dos programas de combate ao tabagismo, particularmente aqueles que usam estratégias comportamentais, foi claramente demonstrada. Entretanto, esses programas devem ser usados com compreensão, sensibilidade e compaixão. Grande parte das “recomendações” e propagandas antitabagistas ignora o problema de dependência física e psicológica, o significado do tabagismo para as mulheres envolvidas e a culpa e a ansiedade sentidas por aquelas que continuam a fumar apesar das exortações para abandonar o cigarro. Grande parte do material promocional de saúde usado na gravidez é caracterizado por seu caráter particularmente estridente.

O reconhecimento dos contextos social e ambiental nos quais os indivíduos adquirem ou mantêm determinados comportamentos levou algumas pessoas a condenar atividades de educação em saúde dirigidas sob a forma de “acusação da vítima”. É menos provável que intervenções concentradas em estratégias de auto-ajuda e comportamentais sejam percebidas dessa forma, e, em relação ao abandono do tabagismo, são bem fundamentadas. São mais eficazes que a orientação.

Obstetras, médicos de família ou clínicos gerais e parteiras devem apoiar as estratégias da população para uma redução progressiva do tabagismo em toda a sociedade: aumentar os impostos sobre cigarros; banir todas as formas de publicidade do tabaco; proibir o tabagismo em áreas públicas; e desenvolver políticas de combate ao tabagismo para instituições e locais de trabalho. O objetivo deve ser facilitar as escolhas saudáveis.

5 Álcool

Os efeitos prejudiciais do consumo excessivo de álcool na gravidez são bem conhecidos. Eles incluem: restrição do crescimento fetal; retardo mental e uma síndrome dismórfica com características variáveis (no caso de altos níveis de consumo); e alteração do comportamento neonatal. As anormalidades do desenvolvimento estão associadas apenas ao consumo regular de pelo menos 28,5 ml de álcool (dois drinques comuns) por dia, embora tenha sido descrito um caso após uma única grande exposição ao álcool nas primeiras semanas de gravidez. O consumo moderado de álcool não foi associado a resultados adversos perinatais e para o lactente.

As campanhas para aumentar a consciência pública dos perigos do álcool durante a gravidez correm o risco de causar ansiedade em algumas mulheres já grávidas, em parte devido à incerteza quanto ao limite seguro para consumo de álcool e tam-

bém devido à possibilidade de que o período mais perigoso para efeitos dismórficos seja o primeiro trimestre, algumas vezes antes de as mulheres saberem que estão grávidas. As primeiras semanas de gravidez freqüentemente são descritas como um período de grande ansiedade e depressão que podem levar ao aumento do consumo de álcool para aliviar a tensão.

O desenvolvimento de uma política de combate ao consumo de álcool na gravidez requer, antes de tudo, esclarecimento quanto ao grau de risco do consumo regular de pequenas quantidades de álcool (menos de dois drinques por dia) e das “bebedeiras” regulares mas pouco freqüentes por volta do período da concepção. As taxas de abandono do uso de álcool durante a gravidez são muito maiores que do tabagismo, e podem ser aumentadas ainda mais por intervenções específicas, embora em um estudo um programa de visitas domiciliares para aconselhamento, incluindo orientação sobre o consumo de álcool, não tenha afetado o uso de álcool. A prioridade pode ser a melhor detecção das mulheres que consomem grande quantidade de álcool.

6 Maconha (cânabis)

As informações sobre os efeitos do uso de maconha na gravidez são limitadas. A avaliação imparcial do significado do uso da maconha em saúde pública foi prejudicada pelas opiniões polarizadas a respeito de seus efeitos sobre a saúde expressos por partidários dos dois lados da discussão sobre sua situação legal. Uma metanálise dos 10 estudos publicados nos quais os resultados foram ajustados para o tabagismo não constatou evidências de que a maconha, na quantidade que costuma ser consumida por mulheres grávidas, cause baixo peso ao nascimento. Em recém-nascidos, o uso materno de maconha foi associado a sintomas de abstinência leves. Contudo, entre 6 meses e 3 anos de idade não foram observadas conseqüências comportamentais da exposição à maconha.

Não foram identificados efeitos sobre o desenvolvimento motor, incluindo equilíbrio e detalhes de manuseio de uma bola aos 3 anos. Estudos mais prolongados também não demonstraram efeitos adversos importantes da exposição pré-natal à maconha, que não foi significativamente relacionada aos desempenhos de leitura ou linguagem em crianças de 9 a 12 anos.

Entretanto, esse insucesso geral em demonstrar efeitos adversos importantes não deve levar à complacência. Foram sugeridos distúrbios do sono na prole. Outros estudos de longo prazo sugerem que, à medida que as crianças crescem, alguns aspectos da função neuropsicológica, como aumento dos problemas comportamentais e diminuição do desempenho em ta-

refas de percepção visual, podem discriminar crianças expostas e não-expostas no útero.

7 Trabalho

As diretrizes profissionais sobre o trabalho durante a gravidez freqüentemente não fazem qualquer menção ao trabalho doméstico e ao cuidado com filhos como trabalho, seja em relação à exposição a substâncias tóxicas (por ex., pesticidas, limpadores domésticos) ou ao levantamento de objetos pesados (por ex., uma criança pequena mais um carrinho dobrável). Por exemplo, embora as mulheres que deram à luz anteriormente lactentes pesando menos de 2 kg freqüentemente sejam aconselhadas a não trabalhar, não vimos quaisquer recomendações oficiais de que essas mulheres tenham direito a ajuda gratuita para cuidar das crianças e da casa durante toda a gravidez. Igualmente, em geral as discussões sobre a conveniência de gestantes trabalharem dão pouca atenção às implicações da redução da renda familiar na saúde e no bem-estar da família. Na verdade, raramente são mencionados os benefícios do emprego remunerado.

A principal causa de confusão decorre da consideração do emprego pago como uma categoria única, reunindo mulheres que trabalham com muito menos esforço físico ou estresse do que teriam em casa com mulheres cujo trabalho envolve ficar de pé o dia todo, carregar pesos ou exposição a extremos de temperatura ou umidade.

A orientação geral sobre emprego na gravidez é claramente imprópria. Quando as condições de trabalho envolvem fadiga ocupacional, as solicitações das mulheres de uma mudança de trabalho durante a gravidez devem ser apoiadas por aqueles que prestam atendimento pré-natal. Além dessa situação, é extremamente difícil ponderar os benefícios e os riscos reais.

8 Exercício aeróbico

O exercício aeróbico na gravidez melhora ou mantém o preparo físico. Os possíveis benefícios ou riscos em relação ao resultado da gravidez não foram avaliados adequadamente, embora dados relativos a um suposto encurtamento da gravidez sejam tranquilizadamente negativos.

9 Conclusões

O aconselhamento pré-gestacional por indicações específicas tem lugar definido, mas não há dados atualmente para indicar consultas pré-concepcionais de rotina. A orientação pré-gestacional sobre suplementação rotineira de folato pode ser importante, por reduzir o risco de defeitos do tubo neural.

Não há evidências para indicar qualquer restrição à atividade sexual durante a gravidez.

Programas de combate ao tabagismo devem ser oferecidos rotineiramente a gestantes que fumam, mas devem ser usados com sensibilidade e considerando-se as circunstâncias individuais de cada mulher.

Os riscos do uso moderado de bebidas alcoólicas durante a gravidez foram exagerados. As mulheres devem ser advertidas contra o uso excessivo de álcool.

Com a promessa implícita de que isso a ajudará a ter um parto perfeito, um bebê perfeito e a tornar-se uma mãe perfeita, a gestante é convencida a levar uma vida saudável, altruísta, não-contaminada por sexo, cigarros, álcool, emprego ou ansiedade. As evidências para a maioria dessas exortações são pequenas. Quando as evidências são mais fortes, houve falha na forma como a pesquisa e a prescrição deixam de levar em conta as vidas e responsabilidades reais das mulheres.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Lumley, J. and Astbury, J. Advice for pregnancy.

Biblioteca Cochrane

Kramer, M., Regular aerobic exercise during pregnancy.

Lumley, J., Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.

Lumley, J., Watson, L., Watson, M. and Bower, C., Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects.

Silagy, C., Nicotine replacement therapy.

Physician advice for smoking cessation.

Outras fontes

Belizan, J.M., Barros, F., Langer, A., Farnot, U., Victora, C. and Villar, J. (1995). Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 173, 894-9.

Benowitz, N.L. (1991). Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA*, 266, 3174-7.

Borrelli, B., Bock, B., King, T., Pinto, B. and Marcus, B.H. (1996). The impact of depression on smoking cessation in women. *Am. J. Prev. Med.*, 12, 378-87.

Campion, P., Owen, L., McNeill, A. and McGuire, C. (1994). Evaluation of a mass media campaign on smoking and pregnancy. *Addiction*, 89, 1245-54.

Mullen, P.D., Carbonari, J.P. and Glenday, M.C. (1991). Identifying pregnant women who drink alcoholic beverages. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 165, 1429-30.

Reynolds, K.D., Coombs, D.W., Lowe, J.B., Peterson, P.L. and Gayoso, E. (1995). Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int. J. Addict.*, 30, 427-43.