

# Actividade física e qualidade de vida na gravidez

*IVA TENDAIS (\*)*

*BÁRBARA FIGUEIREDO (\*\*)*

*JORGE MOTA (\*\*\*)*

## INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período do ciclo de vida em que ocorrem grandes mudanças que ultrapassam largamente a componente física e abrangem a dimensão psicológica, social e cultural.

Uma das alterações mais recentemente documentadas verifica-se nos padrões de actividade física. Segundo a revisão de Poudevigne e O'Connor (2006), a actividade física no lazer e no trabalho diminui significativamente durante a gravidez, quer em relação ao período anterior à concepção, quer do 1.º para o 3.º trimestre de gestação. No entanto, alguns estudos têm vindo a mostrar que a actividade física nas tarefas domésticas não parece seguir o mesmo padrão da actividade física no lazer e no trabalho. Chasan-Taber et al. (2007) observaram numa amostra de 1231 mulheres latinas uma diminuição em todos os tipos de actividade física após

a concepção, sendo as alterações mais significativas no trabalho e no exercício/desporto e a menos significativa nas actividades domésticas. Também os estudos de van Raaij, Schonk, Vermaat-Miedema, Peek e Hauvast (1990) e Clarke, Rousham, Gross, Halligan e Bosio (2005) mostram que a actividade física nas tarefas domésticas pode não variar ao longo da gravidez ou mesmo aumentar na fase que antecede o parto. Uma explicação amplamente aceite para este efeito é a da preparação da casa para a chegada do bebé. Com o decurso da gravidez, o aumento do tempo em actividades domésticas condiciona o tempo disponível para a actividade física no lazer que, por si só, não se revela também muito apelativa, especialmente no último trimestre de gestação.

Independentemente do tipo de actividade física realizado, a associação entre maternidade e inactividade física está bem documentada (Brown, Brown, Miller, & Hansen, 2001; Brown, Stewart, & Trost, 2003; Sternfield, Ainsworth, & Quesenberry, 1999; Verhoef, & Love, 1992). Estudos longitudinais têm sugerido que gravidez e excesso de peso ou obesidade estão associados, apesar dos padrões serem complexos (Rössner & Ohlin, 1995). Surpreendentemente, poucos estudos têm examinado o

---

(\*) Universidade Lusíada do Porto, Porto.

(\*\*) Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

(\*\*\*) Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

papel da actividade física durante e após a gravidez na predição do aumento de peso (Linné, Barkeling, & Rössner, 2002). A actividade física realizada antes, durante e após a gravidez pode contribuir para a prevenção e tratamento de patologias como a pré-eclâmpsia, incontinência urinária, diabetes gestacional e diabetes tipo II, bem como na prevenção do parto pré-termo (Dempsey, Butler et al., 2004; Dempsey, Sorensen et al., 2004; Dye, Knox, Artal, Aubry, & Wojtowycz, 1997; Evenson, Savitz, & Huston, 2004; Saftlas, Logsdon-Sackett, Wang, Woolson, & Bracken, 2004; Solomon et al., 1997; Sorensen et al., 2003). As grávidas activas no lazer apresentam ainda estados de humor mais positivos, menor sintomatologia depressiva e ansiosa, menor stress relacionado com a gestação, maior auto-estima e maior satisfação com a imagem corporal do que as inactivas. A falta de exercício físico antes, durante e após a gravidez foi também associada a pior funcionamento físico e menos vitalidade num grupo educacional e etnicamente diversificado de 1809 grávidas (Haas et al., 2004).

Há, no entanto, alguma inconsistência no tipo de efeitos da actividade física no estado de saúde materno, sobretudo quando se considera a actividade física no trabalho. Ao contrário da actividade física no lazer, alguns estudos sugerem que a realização de tarefas fisicamente exigentes no trabalho durante a gravidez está associada a um aumento do risco de pré-eclâmpsia, parto pré-termo, reduzido tamanho para a idade gestacional e baixo peso à nascença (Croteau, Marcoux, & Brisson, 2006; Mamelle, Laumon, & Lazar, 1984; Henriksen, Hedegaard, Secher, & Wilcox, 1995; Spinillo et al., 1996; Spinillo et al., 1995). Por essa razão, apenas o exercício físico de intensidade ligeira a moderada é recomendado durante a gestação, na ausência de complicações obstétricas (ACOG, 2003; Davies, Wolfe, Mottola, & MacKinnon, 2003; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006).

Enquanto que para a população geral as recomendações de saúde pública são de realizar, pelo menos, trinta minutos de actividade física na maior parte dos dias da semana (Pate et al., 1995), as grávidas podem praticar, na mesma quantidade, apenas exercício físico – um tipo particular de actividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, realizada com o objectivo de melhorar um ou mais componentes da forma física (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

Estudos recentes têm também contribuído para

o conhecimento do impacto da gravidez na qualidade de vida e no bem-estar geral da mulher, analisando o seu funcionamento em vários domínios como o físico, psicológico e social (Haas et al., 2004; Haas, Meneses, & McCormick, 1999; Hueston, & Kasik-Miller, 1998; McKee, Cunningham, Jankowski, & Zayas, 2001; Otchet, Carey, & Adam, 1999). Os resultados obtidos sugerem uma diminuição significativa do funcionamento físico ao longo da gravidez, acompanhado do aumento de queixas físicas relacionadas com a gestação (e.g. fadiga, obstipação), verificando-se uma melhoria no pós-parto (Haas et al., 2004; Koniak-Griffin, 1994). A vitalidade tende também a diminuir, ainda que de forma menos acentuada, não se registando uma melhoria significativa até aos três meses após o parto (Haas et al., 2004). Numa amostra de 393 mulheres canadianas, Otchet et al. (1999) encontraram diferenças significativas em diversos domínios da qualidade de vida entre mulheres grávidas e não grávidas: as primeiras apresentavam mais limitações devido a problemas emocionais, menor funcionamento físico e social e menor vitalidade do que as segundas. A nível psicológico, a literatura mais recente tem, de facto, reportado maior sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez quando comparado com o período pós-parto (e.g. Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Gorman et al., 2004), ao contrário do que observaram os primeiros estudos. Num estudo multi-cêntrico conduzido em diversos países europeus, incluindo Portugal, e nos EUA, a prevalência estimada de depressão foi de 8.7% na gravidez e 6.6% no pós-parto (Gorman et al., 2004).

Em suma, a investigação sobre a actividade física na gravidez e a qualidade de vida é necessária dado que o número de estudos, sobretudo longitudinais, que analisou a relação entre ambas é reduzido, a evidência dos efeitos na saúde materna e fetal é inconsistente e a relação positiva no bem-estar psicológico e qualidade de vida encontrada em estudos anteriores necessita de ser melhor fundamentada. Este estudo teve assim como objectivos 1) caracterizar os padrões de actividade física antes e durante a gravidez, 2) avaliar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde durante os primeiros seis meses de gestação e 3) comparar a percepção de qualidade de vida entre mulheres activas e insuficientemente activas.

## MÉTODO

### *Amostra*

A amostra é constituída por 59 grávidas seleccionadas entre Maio de 2005 e Janeiro de 2006 em consultórios médicos privados da região do Grande Porto e Gaia. As participantes foram recrutadas por processo de amostragem não probabilístico, tratando-se de uma amostra de conveniência.

As grávidas foram convidadas a colaborar no estudo entre as dez e as quinze semanas de gestação. Definiram-se como elegíveis mulheres grávidas com idades compreendidas entre os dezoito e os quarenta anos; como critérios de exclusão foram estabelecidos: não saber ler e/ou escrever português; ser portadora de doença mental grave que prejudique seriamente o funcionamento mental; ser portadora de doença física, obstétrica ou não obstétrica, ou situação adversa de saúde condicionante de actividade física habitual; período gesta-

cional inferior a dez semanas e superior a quinze semanas.

Os dados socio-demográficos das 59 participantes são apresentados no Quadro 1. As idades estão compreendidas entre os 20 e os 39 anos, sendo a média de 30.2 anos. Mais de metade da amostra (63.8%) tem um nível de escolaridade superior ao 12.º ano e a maior parte encontra-se a trabalhar (93.2%). Em relação ao estatuto matrimonial, a grande maioria das participantes (94.9%) é casada ou coabita com o pai do bebé. Mais de metade das grávidas inquiridas são primíparas (62.7%) e as restantes já tiveram uma (27.1%), duas ou mais gravidezes (10.2%). No momento da primeira e da segunda avaliação, as grávidas tinham em média 12.21 e 21.31 semanas de gestação, respectivamente.

### *Instrumentos*

O *Questionário Socio-Demográfico e Médico* utilizado resultou de uma adaptação do questionário de Figueiredo, Pacheco e Magarinho (2005),

QUADRO 1  
*Caracterização social e demográfica da amostra (n=59)*

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
20 – 26	9	15.3
27 – 33	37	62.7
34 – 39	13	22.0
<b>Nível de escolaridade</b>		
<10.º Ano	12	20.3
10.º – 12.º Ano	9	15.3
>12.º Ano	38	64.4
<b>Estatuto matrimonial</b>		
Casada	54	91.5
Regime de coabitação	2	3.4
Solteira	2	3.4
Divorciada	1	1.7
<b>Estatuto profissional</b>		
A trabalhar	55	93.2
Empregada mas não a trabalhar	1	1.7
Estudante	2	3.4
Outro estatuto profissional	1	1.7

desenvolvido para a recolha de dados socio-demográficos e clínicos das grávidas atendidas na Maternidade Júlio Dinis (Porto). Nas 22 questões deste questionário foram avaliadas características demográficas, sociais e profissionais das grávidas participantes. A nível médico, foi recolhida informação sobre a actual gravidez, nomeadamente tipo de gravidez, planificação e aceitação inicial. Foi também avaliada a presença de doença mental diagnosticada, presente ou passada, consumo de medicação actual e frequência de comportamentos de risco passados e presentes, tais como tabaco, álcool, café e substâncias ilícitas.

O *Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey* (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000a, 2000b), desenvolvido pela *Rand Corporation*, é uma medida geral de avaliação da percepção do estado de saúde inicialmente utilizada para a monitorização dos resultados dos tratamentos médicos (Tarlov et al., 1989). A versão reduzida de 36 itens tem sido amplamente utilizada na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em populações com ou sem doença (e.g. Atlantis, Chow, Kirby, & Singh, 2004; Harkonmaki, Rahkonen, Martikainen, Silventoinen, & Lahelma, 2006; Ilburg, Rasmussen, & Avlund, 2006; Myles, Viira, & Hunt, 2006). Numa iniciativa alargada de adaptação do instrumento foi criado o Projecto *International Quality of Life Assessment* (IQOLA) no qual participaram catorze países (Ware & Gandek, 1998). O SF-36 avalia oito dimensões de saúde – Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Percepção Geral de Saúde, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental – que se agrupam em dois componentes – Componente Físico e Componente Mental. As quatro primeiras dimensões referidas anteriormente fazem parte do Componente Físico e as quatro últimas do Componente Mental. Para além das oito dimensões o questionário tem também um item de Transição de Saúde em que se compara o estado de saúde do momento com o do ano anterior.

Em Portugal, este instrumento foi aplicado numa amostra de 930 mulheres grávidas e no puerpério (Ferreira 2000b) e numa amostra não representativa da população portuguesa constituída por 2358 indivíduos “saudáveis” e “com doença crónica”, com idades entre os 16 e os 95 anos (Ribeiro, 2005). Estes dois estudos não permitem fazer a validação da versão portuguesa do SF-36, uma vez que em ambas as amostras utilizadas são de conveniência,

o que impede a generalização dos resultados para a população geral. Todavia, dado que um dos estudos utilizou uma amostra com características idênticas à do presente estudo assumimos que, para este efeito, os resultados obtidos podem, pelo menos, ser comparados. Na amostra de grávidas e mulheres no pós-parto (Ferreira, 2000b), a validade dos itens foi demonstrada, tendo todos os valores excedido o ponto de corte de 0.40 excepto os itens constituintes da dimensão “Funcionamento Social”. Do mesmo, na avaliação da fidelidade “todos os estimadores excedem os padrões aceitáveis usados” (Ferreira, 2000b, p. 122).

O *Questionário de Actividade Física Global* (QAFG) foi utilizado para estimar a actividade física diária habitual antes da gravidez, nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez. Inclui dezoito itens que avaliam a frequência e o tempo dispendido na realização de actividade física moderada a vigorosa no 1) trabalho, remunerado e não remunerado (e.g. tarefas domésticas), 2) nas deslocações e no 3) lazer e 4) tempo diário de inactividade física (excluindo o tempo a dormir). Além disso, é avaliada a duração de um dia normal de trabalho. Para obter o tempo de actividade física moderada a vigorosa em cada uma das áreas – trabalho, lazer e deslocações – foi multiplicado o tempo passado em cada tipo de actividade com a frequência semanal reportada. A partir destes dados foi quantificado o tempo total semanal de actividade física moderada a vigorosa e estimado o tempo médio diário em cada tipo de actividade. Em função do tempo semanal total, os sujeitos foram categorizados como “insuficientemente activos”, caso a actividade física semanal fosse inferior ao tempo de actividade física recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* e pelo *American College of Sports Medicine* (Pate et al., 1995) que é, pelo menos, trinta minutos de actividade física moderada na maior parte, se não em todos, os dias da semana, ou “activos” se o nível de actividade física recomendado fosse atingido ou superado. A recomendação do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2002) quanto ao nível de actividade física na gravidez é semelhante ao da população geral, excepto no que se refere à actividade física vigorosa, na ausência de complicações médicas e obstétricas. Este instrumento foi desenvolvido a partir das versões curta e longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, Craig et al., 2003), um questionário de auto-relato criado para ser utilizado

na avaliação e monitorização da actividade física das populações de diferentes países. Durante o ano de 2000, vinte países testaram a validade por referência a critério (concorrente) e a fidelidade pelo método teste-reteste com a mesma forma do teste e com formas paralelas. Pelo método teste-reteste, a versão longa do IPAQ apresentou coeficientes de correlação entre 0.46 e 0.96, embora a maior parte apresentasse um valor próximo de 0.8. Os coeficientes de correlação entre a versão curta e longa mostraram um razoável acordo entre as duas versões. Quando comparados com o acelerómetro, os resultados indicam um acordo suficiente a moderado entre as duas medidas, tanto com a versão curta ( $r_s=0.30$ , IC 95% 0.23-0.36) como com a versão longa ( $r_s=0.33$ , IC 95% 0.26-0.39).

### *Procedimento*

As grávidas foram convidadas a participar pelo médico, que informou sobre os objectivos e âmbito do estudo, os procedimentos da investigação, bem como da natureza voluntária da participação. Após garantia de confidencialidade e obtenção do consentimento informado, foi iniciado o processo de recolha de dados. O mesmo procedimento foi adoptado na recolha de dados entre as dez e as quinze semanas e entre as dezanove e as vinte e quatro semanas.

No primeiro momento de avaliação, foi recolhida informação sobre: 1) características socio-demográficas e clínicas pelo Questionário Socio-Demográfico e Médico; 2) a actividade física três meses antes e depois da gravidez, através da versão auto-administrada do Questionário de Actividade Física Global (QAFG); e 3) qualidade de vida nas quatro semanas anteriores ao preenchimento da versão auto-administrada do Questionário de Estado de Saúde (SF-36).

No segundo momento de avaliação, foram administrados novamente todos os questionários já utilizados na primeira avaliação, com excepção do Questionário Socio-Demográfico e Médico. Foi, assim, recolhida informação sobre a actividade física habitual no 2.º trimestre de gravidez e qualidade de vida nas quatro semanas antecedentes ao preenchimento do SF-36.

Os questionários com informação omissa foram completados por telefone, excepto por falta de contacto telefónico ou recusa da continuação da participação.

### *Análise Estatística*

O teste do Qui-Quadrado serviu para examinar a associação entre o estatuto de actividade física no 2.º trimestre e antes da gravidez.

Para comparar os resultados médios nas dimensões e componentes do SF-36 na amostra recolhida com dados normativos (Ferreira & Santana, 2003) foram realizados testes t-Student para uma amostra.

O teste não-paramétrico de Friedman foi usado para testar as diferenças ao longo do tempo (período anterior à gestação, 1.º e 2.º trimestres de gravidez) nos diferentes tipos de actividade física, uma vez que os dados não seguiam uma distribuição normal. Foram realizadas análises *post hoc*, através dos testes de Wilcoxon com aplicação da correcção de Bonferroni, de modo a verificar se alguma das comparações entre os três momentos de avaliação era significativa. Todos os efeitos são, por isso, reportados com um nível de significância de 0.0167. Para estes testes foram calculados o tamanho de efeito (*effect size*) de cada uma das análises estatísticas realizadas. Trata-se de uma medida standardizada da magnitude do efeito observado.

Por igual motivo foi utilizado o teste de Wilcoxon para comparar os resultados médios das várias dimensões e componentes qualidade de vida do 1.º com o 2.º trimestre.

Para comparar os resultados médios das mulheres activas e insuficientemente activas nas dimensões e componentes do SF-36 foi realizado o teste de Mann-Whitney, tanto para o 1.º como para o 2.º trimestre de gestação.

As participantes com actividade física total igual ou superior a 150 minutos por semana foram classificadas como “activas” no período referente aos três meses antes da concepção, dado que a recomendação de saúde pública para a população geral é de realizar, pelo menos, trinta minutos de actividade física na maior parte dos dias da semana (no trabalho, lazer e deslocações) (Pate et al., 1995). No que se refere ao período de gravidez, foram classificadas como “activas” as participantes que cumprem a recomendação de acumular 150 minutos ou mais de actividade física semanal que apenas considera o lazer. Antes e durante a gravidez foram categorizadas como “insuficientemente activas” as participantes que não atingiam os níveis de actividade física recomendados em cada um dos períodos.

Na análise estatística dos dados foi utilizado o

programa SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) (versão 13.0). Foram considerados como estatisticamente significativos resultados com valor de prova inferior a 0.05.

## RESULTADOS

### *Actividade física antes e durante a gravidez*

Tal como apresentamos no Quadro 2, antes da gravidez 49.2% da amostra realizava actividade física (no trabalho, lazer e deslocações) durante 150 ou mais minutos por semana, enquanto que 35.6% não reporta qualquer tipo de actividade física. Verifica-se que a prevalência de grávidas com níveis recomendados de actividade física no lazer é de 16.9% no 1.º trimestre e 15.3% no 2.º trimestre. A prevalência de inactividade física no lazer, ou seja zero minutos de actividade física semanal, nos mesmos períodos é de 61.0% e 66.1%, respectivamente. No que se refere à actividade física total, encontra-se uma associação significativa entre ser activa antes da gravidez e ser activa no 2.º trimestre ( $\chi^2(1)=9.54$ ,  $p=0.003$ ). O mesmo se verifica em relação à actividade física no lazer ( $\chi^2(1)=12.41$ ,  $p=0.001$ ).

Como se pode verificar no Quadro 3, com a gravidez não se verificam alterações significativas no tempo médio de actividade física realizada no trabalho, deslocações ou total. No lazer, o tempo médio dispendido em actividade física sofre todavia alterações significativas, registando-

-se uma diminuição acentuada do período anterior à concepção para o 1.º trimestre de gestação ( $T=21.50$ ,  $r=-0.24$ ;  $z=-2.62$ ,  $p=0.01$ ) e para o 2.º trimestre ( $T=94.50$ ,  $r=-0.25$ ;  $z=2.67$ ,  $p=0.01$ ), mas não do 1.º para o 2.º trimestre ( $T=124.50$ ,  $r=-0.07$ ;  $z=-0.73$ ,  $p=0.48$ ).

### *Qualidade de vida durante a gravidez*

A comparação dos resultados médios nas dimensões do SF-36 obtidos nesta amostra nos 1.º e 2.º trimestres de gestação com os valores normativos de uma amostra representativa da população feminina portuguesa (Ferreira & Santana, 2003) encontra-se apresentada no Quadro 4. Tanto no 1.º trimestre como no 2.º trimestre de gestação, as grávidas apresentaram, em média e em todas as dimensões avaliadas, uma percepção de qualidade de vida significativamente mais satisfatória do que as mulheres em idade activa, à excepção da Vitalidade no 1.º trimestre e do Funcionamento Físico no 2.º trimestre.

No Quadro 5 são apresentados os valores médios em cada uma das dimensões e componentes do SF-36 nos dois momentos de avaliação considerados. Tanto no Componente Físico como nas dimensões de Funcionamento Físico, Desempenho Físico e Saúde Geral verifica-se uma diminuição significativa dos resultados médios do 1.º para o 2.º trimestre de gravidez. Pelo contrário, as mudanças verificadas no Componente Mental indicam uma melhoria substancial da qualidade de vida percebida com o decurso da gestação.

QUADRO 2

*Prevalência de actividade física total e no lazer 3 meses antes, nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez (n=59)*

	Antes gravidez %	1.º trimestre %	2.º trimestre %
<b>Tempo AF semanal total</b>			
0 minutos	35.6	39.0	47.5
1-149 minutos	15.3	20.3	16.9
≥150 minutos	49.2	40.7	35.6
<b>Tempo AF semanal lazer</b>			
0 minutos	50.8	61.0	66.1
1-149 minutos	20.3	22.0	18.6
≥150 minutos	28.8	16.9	15.3

QUADRO 3

*Frequência e valores médios de actividade física semanal total, no lazer, no trabalho e nas deslocações antes e nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez (n=59)*

	Antes gravidez	1.º trimestre	2.º trimestre	$\chi^2(2)$	p
	média (d.p.)	média (d.p.)	média (d.p.)		
<b>Tempo AF semanal</b>					
Total	361.4 (768.5)	281.0 (649.3)	274.6 (635.8)	3.82	0.15
Lazer	<b>102.4 (182.4)</b>	<b>59.2 (90.7)</b>		<b>9.78</b>	<b>0.01</b>
Trabalho	175.1 (726.8)	146.4(652.4)	<b>47.1 (82.3)</b>	1.82	0.40
Deslocações	84.0 (173.1)	75.5(164.8)	128.9(563.6) 98.5 (267.3)	0.44	0.80

QUADRO 4

*Valores médios nas dimensões do SF-36 nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez e valores normativos portugueses*

	Dados normativos média (d.p.)	1.º trimestre média (d.p.)	t	p	2.º trimestre média (d.p.)	t	p
Funcionamento Físico	70.25 (27.98)	85.4 (11.3)	10.3	<0.001	73.3 (15.7)	1.4	0.155
Desempenho Físico	68.74 (25.46)	83.9 (16.5)	7.0	<0.001	77.8 (20.8)	3.3	<b>0.002</b>
Dor Corporal	56.33 (24.82)	82.0 (19.2)	10.2	<0.001	77.5 (21.6)	7.3	<0.001
Saúde Geral	51.57 (19.28)	82.0 (15.4)	15.2	<0.001	64.5 (10.4)	12.1	<0.001
Vitalidade	50.84 (22.04)	55.3 (18.8)	1.8	0.08	58.5 (18.2)	3.1	<b>0.03</b>
Funcionamento Social	71.62 (23.83)	84.7 (14.6)	6.8	<0.001	86.6 (15.2)	7.4	<0.001
Desempenho Emocional	70.80 (24.97)	88.6 (17.3)	7.9	<0.001	87.6 (16.4)	7.7	<0.001
Saúde Mental	59.31 (22.74)	75.6 (18.5)	6.7	<0.001	77.6 (18.0)	7.6	<0.001

QUADRO 5

*Valores médios nas dimensões e componentes do SF-36 nos 1.º e 2.º trimestres de gravidez (n=59)*

	1.º trimestre média (d.p.)	2.º trimestre média (d.p.)	z	p
<b>Componente Físico</b>	<b>80.5 (11.4)</b>	<b>67.4 (15.0)</b>	-5.48	<0.001
Funcionamento Físico	<b>85.4 (11.3)</b>	<b>73.3 (15.7)</b>	-4.5	<0.001
Desempenho Físico	<b>83.9 (16.5)</b>	<b>77.8 (20.8)</b>	-2.1	<b>0.04</b>
Dor Corporal	82.0 (19.2)	77.5 (21.6)	-1.8	0.07
Saúde Geral	<b>82.0 (15.4)</b>	<b>64.5 (10.4)</b>	-5.5	<0.001
<b>Componente Mental</b>	<b>63.0 (16.0)</b>	<b>71.4 (15.8)</b>	-3.64	<0.001
Vitalidade	55.3 (18.8)	58.5 (18.2)	-1.0	0.32
Funcionamento Social	84.7 (14.6)	86.6 (15.2)	-0.6	0.53
Desempenho Emocional	88.6 (17.3)	87.6 (16.4)	-0.44	0.66
Saúde Mental	75.6 (18.5)	77.6 (18.0)	-1.19	0.24

### *Actividade física e qualidade de vida durante a gravidez*

Tendo como referência os 150 minutos de actividade física semanal no lazer recomendados para o período da gravidez, foram comparados os resultados médios nas várias dimensões de qualidade de vida das mulheres que cumpriam a recomendação (activas) com os resultados das mulheres com um nível de actividade física semanal inferior ao nível recomendado (insuficientemente activas).

Tal como se pode verificar no Quadro 6, no 1.º trimestre de gravidez, verificou-se que as mulheres activas apresentam resultados significativamente superiores às insuficientemente activas no Componente Físico ( $U=127.00$ ,  $p=0.02$ ), sendo a diferença marginalmente significativa no Componente Mental ( $U=146.00$ ,  $p=0.05$ ). Nas dimensões físicas da qualidade de vida, as grávidas activas mostram resultados superiores às insuficientemente activas na dimensão de Saúde Geral ( $U=246.50$ ,  $p=0.02$ ). Nas dimensões de Funcionamento Físico, Desempenho Físico e Dor Corporal não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos. As grávidas activas obtêm igualmente valores superiores às insuficientemente activas na dimensão de Saúde Mental ( $U=122.50$ ,  $p=0.02$ ), não se verificando diferenças nas restantes dimensões mentais

(Vitalidade, Funcionamento Social e Desempenho Emocional).

Em termos médios, as mulheres activas no 2.º trimestre não apresentam resultados significativamente diferentes das mulheres inactivas em qualquer uma das dimensões e respectivos componentes da qualidade de vida considerados (Quadro 7).

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo documenta importantes diferenças na percepção de qualidade de vida e nos padrões de actividade física durante os primeiros seis meses de gestação. Os resultados obtidos indicam que as grávidas avaliadas apresentam, em média, uma percepção de qualidade de vida mais positiva do que a reportada por um grupo alargado de mulheres portuguesas em idade activa (Ferreira & Santana, 2003). Nas dimensões de Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental os resultados médios são superiores aos da amostra de referência, em qualquer um dos momentos de avaliação considerados, enquanto que nas dimensões de Funcionamento Físico e Vitalidade são superiores nos 1.º e 2.º trimestres, respectivamente. Estes resultados são inconsistentes com os de outros estudos

QUADRO 6

*Valores médios nas dimensões e componentes do SF-36 no grupo das mulheres activas e das insuficientemente activas no 1.º trimestre*

1.º trimestre				
	Activas média (IC 95%)	Insuficientemente activas média (IC 95%)	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>Componente Físico</b>	<b>88.9 (83.8-94.1)</b>	<b>82.4 (79.7-85.0)</b>	<b>127.00</b>	<b>0.02</b>
Funcionamento Físico	87.5 (80.1-94.9)	85.3 (82.0-88.7)	219.50	0.61
Desempenho Físico	85.6 (74.2-96.9)	80.0 (75.5-84.4)	199.50	0.40
Dor Corporal	88.6 (78.8-98.4)	80.6 (74.8-86.4)	191.50	0.30
Saúde Geral	<b>91.7 (85.7-97.7)</b>	<b>79.6 (75.1-84.2)</b>	<b>128.00</b>	<b>0.02</b>
<b>Componente Mental</b>	<b>82.1 (76.9-85.4)</b>	<b>72.2 (68.1-76.2)</b>	<b>146.00</b>	<b>0.05</b>
Vitalidade	65.0 (52.1-77.9)	53.3 (47.9-58.6)	153.50	0.07
Funcionamento Social	82.5 (75.0-90.0)	85.2 (80.7-89.6)	186.00	0.28
Desempenho Emocional	95.8 (89.4 -102.3)	87.2 (81.8-92.4)	171.50	0.13
Saúde Mental	<b>87.5 (81.6-93.4)</b>	<b>73.1 (67.6-78.7)</b>	<b>122.50</b>	<b>0.02</b>



QUADRO 7

Valores médios nas dimensões e componentes do SF-36 no grupo das mulheres activas e das insuficientemente activas no 2.º trimestre

	2.º trimestre		U	p
	Activas média (IC 95%)	Insuficientemente activas média (IC 95%)		
<b>Componente Físico</b>	80.3 (75.0-85.5)	77.1 (73.2-81.1)	209.50	0.97
Funcionamento Físico	70.0 (57.2-82.8)	73.9 (69.2-78.6)	162.50	0.61
Desempenho Físico	78.9 (64.7-93.1)	78.5 (72.2-84.9)	196.50	0.74
Dor Corporal	86.8 (72.3-101.2)	77.2 (71.0-83.5)	163.00	0.28
Saúde Geral	72.8 (68.8-76.7)	68.3 (65.1-71.4)	175.50	0.43
<b>Componente Mental</b>	78.3 (67.0-89.7)	76.1 (72.3-80.0)	196.00	0.74
Vitalidade	64.1 (51.3-76.8)	58.6 (53.5-63.6)	170.50	0.37
Funcionamento Social	92.2 (81.1-103.3)	86.4 (81.9-91.0)	178.50	0.46
Desempenho Emocional	87.5 (72.6-102.4)	88.4 (83.6-93.2)	197.00	0.74
Saúde Mental	78.8 (63.0-94.5)	78.8 (74.1-83.5)	200.50	0.81

(Haas et al., 2004; Hueston, & Kasik-Miller, 1998; McKee, Cunningham, Jankowski, & Zayas, 2001; Otchet, Carey, & Adam, 1999) que sugerem uma menor qualidade de vida durante a gravidez e o pós-parto.

Ao contrário de outros estudos (e.g. Haas et al., 2004), a amostra de comparação inclui mulheres com características muito heterogéneas, nomeadamente no que se refere à idade, local de residência e nível de escolaridade, e não apenas mulheres em idade reprodutiva, o que poderá ajudar a explicar as diferenças encontradas. Não é possível, assim, concluir que a qualidade de vida percebida das mulheres portuguesas é significativamente maior durante a gravidez quando comparada com a de outros momentos no ciclo de vida, até porque a amostra de grávidas analisada neste estudo não pode ser considerada representativa deste grupo da população portuguesa.

No que se refere à percepção de qualidade de vida nos dois primeiros trimestres, os nossos resultados são consistentes com os de investigações anteriores (Haas et al., 2004; Haas et al., 1999; Hueston, & Kasik-Miller, 1998), demonstrando uma diminuição no funcionamento físico com o aumento do tempo gestacional. Mas ao contrário do reportado por Haas e colaboradores (2004), não se verificaram mudanças significativas na vitalidade, funcionamento social e funcionamento emocional do 1.º

para o 2.º trimestre de gravidez. Surpreendentemente, os nossos resultados sugerem um aumento da qualidade de vida no Componente Mental das 10-15 semanas para as 19-24 semanas de gestação. Este resultado poderá reflectir uma melhor adaptação à gravidez conseguida após um período inicial marcado por insegurança quanto à assumpção de um novo papel de vida, dúvidas quanto à viabilidade do feto e balanço de competências identificadas como necessárias para corresponder às expectativas formuladas, em conformidade com o indicado em mais estudos.

Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a avaliar os padrões de actividade física durante a gravidez numa amostra portuguesa. Antes da gravidez, quase metade da amostra estudada acumulava mais de 150 minutos de actividade física por semana, cumprindo os valores recomendados de actividade física no conjunto das actividades diárias (trabalho, lazer e deslocações). Neste período, 29% das mulheres despendiam o mesmo tempo a realizar actividade física no lazer, uma prevalência comparável à encontrada por Evenson et al. (2004) numa grande amostra de mulheres em idade reprodutiva (n=44657). No grupo de grávidas estudado por Evenson et al. (2004), 16% realizava os 150 minutos recomendados de actividade física no lazer, enquanto que na amostra estudada a prevalência foi de 17% e 15% nos 1.º e 2.º trimestres, respectivamente.

Ao comparar a qualidade de vida entre mulheres grávidas que realizam os níveis recomendados de actividade física no lazer ( $\geq 150$  minutos por semana) com as insuficientemente activas são encontradas diferenças significativas no 1.º trimestre de gravidez. Os resultados médios das mulheres activas nos Componentes Físicos e nas dimensões de Saúde Geral e Saúde Mental no 1.º trimestre são significativamente superiores aos das mulheres com níveis insuficientes de actividade física no lazer, indicando que as primeiras se percebem como mais saudáveis e com estados de humor mais positivos do que as segundas. Ainda que não tenham sido feitas comparações em relação ao nível recomendado de actividade física na gravidez, os resultados de Haas et al. (2004) indicam que a ausência de exercício físico durante a gravidez está associada a pior estado de saúde, menor vitalidade e mais limitações no tipo e quantidade de trabalho realizado devido a problemas de saúde físicos. Por outro lado, as mulheres com níveis inferiores de exercício físico ( $\leq 2$  horas por semana) não apresentaram um risco significativamente superior às mais activas (2 horas por semana) no que se refere aos indicadores previamente referidos. Estes dados podem ajudar a explicar a ausência de diferenças, neste estudo, entre as mulheres activas no lazer ( $\geq 150$  minutos por semana) e as insuficientemente activas em várias dimensões da qualidade de vida no 2.º trimestre. O limiar de actividade física necessária para ter impacto na qualidade de vida durante a gravidez pode ser inferior ao considerado neste estudo. Além disso, é plausível supor que a quantidade de actividade física relevante para a saúde seja diferente consoante os diferentes períodos da gravidez. Algumas investigações (e.g. Clapp et al., 2002; Campbell & Mottola, 2001; Magann, Evans, Weitz, & Newnham, 2002) sugerem que a actividade física vigorosa realizada no fim da gestação pode ter efeitos prejudiciais no feto, enquanto que a realizada durante a gravidez não parece exercer um efeito nocivo na saúde e bem-estar nem da mãe nem do feto (e.g. Larsson & Linqvist, 2005; Marquez-Sterling, Perry, Kaplan, Halberstein, & Signorile, 2000). A comparação de valores médios de qualidade de vida entre activas e insuficientemente activas não tem, no entanto, em consideração todos os restantes factores que podem influenciar a qualidade de vida na gravidez além da actividade física.

A comparação dos resultados obtidos com os

de estudos anteriores é limitada, no caso da qualidade de vida, por falta de dados normativos exclusivos das mulheres portuguesas em idade reprodutiva, e, no caso da actividade física, pela existência de múltiplos critérios na definição dos grupos “activo”, “insuficientemente activo” e “inactivo”.

A amostra de grávidas estudada, além de ser pequena, não é representativa da população de grávidas, dado que mais de metade tem um nível de escolaridade superior e não tem patologia diagnosticada, seja obstétrica ou não, que implique limitações na realização de actividade física. Ainda assim, estes resultados podem dar um contributo inicial para o conhecimento dos padrões de actividade física e percepção de qualidade de vida durante a gravidez num grupo populacional tradicionalmente pouco estudado.

No que se refere à avaliação de actividade física, apesar de o instrumento utilizado estar baseado no *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), não permite obter medidas independentes da actividade física nas tarefas domésticas e no trabalho remunerado. Por estudos anteriores, esta distinção é fundamental dado que estes dois tipos de actividade parecem seguir evoluções distintas com o curso da gestação. Além disso, não se conhecem estudos sobre a sua administração em grávidas. A avaliação retrospectiva da actividade física relativa ao período anterior à gravidez não permite excluir a possibilidade de um viés de memória, apesar de o lapso temporal não ser grande (em média, seis meses). O possível viés associado à obtenção de informação através de um instrumento de auto-relato foi, neste caso, minimizado pela utilização de um questionário validado cujos dados se correlacionam bem com medidas mais objectivas de avaliação. Estas são as mais importantes limitações deste estudo.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG Committee Opinion (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int Journal Gynaecol Obstet.*, 77, 79-81.
- (2003). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Clin Obstet Gynecol*, 46 (2), 496-499.

- Atlantis, E., Chow, C., Kirby, A., & Singh, M. F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 39*, 424-434.
- Brown, P., Brown, W., Miller, Y., & Hansen, V. (2001). Perceived constraints and social support for active leisure among mothers with young children. *Leisure Science, 23*, 131-144.
- Brown, W., Stewart, G., & Trost, S. (2003). Life transitions and changing physical activity patterns in young women. *American Journal of Preventive Medicine, 25* (2), 140-143.
- Campbell, M., & Mottola, M. (2001). Recreational exercise and occupational activity during pregnancy and birth weight: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol, 184* (3), 403-408.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep, 100* (2), 126-131.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M. D., Pekow, P., Sternfeld, B., Manson, J., & Markenson, G. (2007). Correlates of physical activity among Latina women. *Maternal Child Health, 11*, 353-363.
- Clapp, J. F. 3rd, Kim, H., Burciu, B., Schmidt, S., Petry, K., & Lopez, B. (2002). Continuing regular exercise during pregnancy: effect of exercise volume on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol, 186* (1), 142-147.
- Clarke, P., Rousham, E., Groos, H., Halligan, A., & Bosio, P. (2005). Activity patterns and time allocation during pregnancy: a longitudinal study of British women. *Ann Hum Biol, 32* (3), 247-258.
- Craig, C., Marshall, A., Sjoström, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B. et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 35* (8), 1381-1395.
- Croteau, A., Marcoux, S., & Brisson, C. (2006). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Public Health, 96* (5), 846-855.
- Davies, G., Wolfe, L., Mottola, M., & MacKinnon, C. (2003). Joint SOGC/CSEP clinical practice guidelines: exercise in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Applied Physiology, 28* (3), 330-341.
- Dempsey, J. C., Butler, C. L., Sorensen, T. K., Lee, I. M., Thompson, M. L., Miller, R. S. et al. (2004). A case-control study of maternal recreational physical activity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract, 66* (2), 203-215.
- Dempsey, J. C., Butler, C. L., Sorensen, T. K., Lee, I. M., Thompson, M. L., Miller, R. S. et al. (2004). Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy. *Am J Epidemiol, 159* (7), 663-670.
- Dye, T. D., Knox, K. L., Artal, R., Aubry, R. H., & Wojtowycz, M. A. (1997). Physical activity, obesity, and diabetes in pregnancy. *Am J Epidemiol, 146* (11), 961-965.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ, 323* (7307), 257-260.
- Evenson, K., Savitz, D., & Huston, S. (2004). Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 18*, 400-407.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 119-127.
- Figueiredo, B. A., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa, 18* (2), 97-105.
- Gorman, L., O'Hara, M., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, Kammerer, M. et al. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry, 184* (s46), 17-23.
- Haas, J., Jackson, R., Fuentes-Afflick, E., Stewart, A., Dean, M., Brawarsky, P. et al. (2004). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med, 20* (1), 45-51.
- Haas, J., Meneses, V., & McCormick, M. (1999). Outcomes and health status of socially disadvantaged women during pregnancy. *J Womens Health Gend Based Med, 8* (4), 547-553.
- Harkonmaki, K., Rahkonen, O., Martikainen, P., Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2006). Associations of SF-36 mental health functioning and work and family related factors with intentions to retire early among employees. *Occup Environ Med, 63* (8), 558-563.
- Henriksen, T., Hedegaard, M., Secher, N., & Wilcox, A. (1995). Standing at work and preterm delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 102*, 198-206.
- Hueston, W., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract, 47* (3), 209-212.
- Iburg, K., Rasmussen, N., & Avlund, K. (2006). Severity of self-reported diseases and symptoms in Denmark. *Popul Health Metr, 18* (4), 3.
- Koniak-Griffin, D. (1994). Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Res Nurs Health, 17* (4), 253-263.
- Larsson, L., & Lindqvist, P. (2005). Low-impact exercise during pregnancy—a study of safety. *Acta Obstet Gynecol Scand, 84* (1), 34-38.

- Linné, Y., Barkeling, B., & Rössner, S. (2002). Long-term weight development after pregnancy. *Obes Rev*, 3 (2), 75-83.
- Magann, E., Evans, S., Weitz, B., & Newnham, J. (2002). Antepartum, intrapartum, and neonatal significance of exercise on healthy low-risk pregnant working women. *Obstet Gynecol*, 99 (3), 466-472.
- Mamelle, N., Laumon, B., & Lazar, P. (1984). Prematurity and occupational activity during pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 119, 309-322.
- Marquez-Sterling, S., Perry, A., Kaplan, T., Halberstein, R., & Signorile, J. (2000). Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. *Med Sci Sports Exerc*, 32 (1), 58-62.
- Mckee, M., Cunningham, M., Jankowski, K., & Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*, 97 (6), 988-993.
- Myles, P., Viira, D., & Hunt, J. & . (2006). Quality of life at three years after cardiac surgery: relationship with preoperative status and quality of recovery. *Anaesth Intensive Care* 34 (2), 176-183.
- Otchet, F., Carey, M., & Adam, L. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol*, 94 (6), 935-941.
- Pate, R., Pratt, M., Blair, S., Haskell, W., Macera, C., Bouchard, C. et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273 (5), 402-407.
- Poudevigne, M., & O'Connor, P. (2006). A review of physical activity patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. *Sports Medicine*, 36 (1), 19-38.
- Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Rössner, S., & Ohlin, A. (1995). Pregnancy as a risk factor for obesity: lessons from the Stockholm Pregnancy and Weight Development Study. *Obes Res*, 3 Suppl 2, 267s-275s.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006). *Exercise in pregnancy*. (Statement No. 4, January 2006). Acedido Julho, 9, 2006, de [http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/exercise\\_pregnancy\\_rcog\\_statement4.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/exercise_pregnancy_rcog_statement4.pdf)
- Saftlas, A., Logsdon-Sackett, N., Wang, W., Woolson, R., & Bracken, M. (2004). Work, leisure-time physical activity, and risk of preeclampsia and gestational hypertension. *Am J Epidemiol*, 160 (8), 758-765.
- Solomon, C. G., Willett, W. C., Carey, V. J., Rich-Edwards, J., Hunter, D. J., Colditz, G. A. et al. (1997). A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. *JAMA*, 278 (13), 1078-1083.
- Sorensen, T., Williams, M., Lee, I., Dashow, E., Thompson, M., & Luthy, D. (2003). Recreational physical activity during pregnancy and risk of preeclampsia. *Hypertension*, 41 (6), 1273-1280.
- Spinillo, A., Capuzzo, E., Baltaro, F., Piazza, G., Nicola, S., & Iasci, A. (1996). The effect of work activity in pregnancy on the risk of fetal growth retardation. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 75 (6), 531-536.
- Spinillo, A., Capuzzo, E., Colonna, L., Piazzzi, G., Nicola, S., & Baltaro, F. (1995). The effect of work activity in pregnancy on the risk of severe preeclampsia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 35 (4), 380-385.
- Sternfeld, B., Ainsworth, B., & Quesenberry, C. (1999). Physical activity patterns in a diverse population of women. *Prev Med*, 28 (3), 313-323.
- Tarlov, A., Ware, J., Greenfield, S., Nelson, E., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: An application of methods of monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association*, 262, 925-930.
- Van Raaij, J., Schonk, C., Vermaat-Miedema, S., Peek, M., & Hautvast, J. (1990). Energy cost of physical activity throughout pregnancy and the first year postpartum in Dutch women with sedentary lifestyles. *Am J Clin Nutr*, 52 (2), 234-239.
- Verhoef, M., & Love, E. (1992). Women's exercise participation: the relevance of social roles compared to non-role related determinants. *Canadian Journal of Public Health*, 83, 367-370.
- Ware, J., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 903-912.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

## RESUMO

Pouco se conhece acerca da actividade física e qualidade de vida da mulher na gravidez. Este estudo teve como objectivos 1) comparar os padrões de actividade física antes e durante a gravidez, 2) avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde durante os primeiros seis meses de gestação, e 3) comparar a percepção da qualidade de vida nas mulheres activas e insuficientemente activas considerando as recomendações de saúde pública.

Método: Estudo longitudinal com 59 grávidas seleccionadas em consultórios médicos privados. Às 10-15 semanas foi recolhida informação socio-demográfica e médica, bem como informação sobre a actividade física três meses antes da concepção. Medidas de auto-relato foram administradas entre as 10-15 semanas e as 19-24 semanas de gestação para avaliar o tempo de actividade física (QAFG) (no trabalho, lazer, deslocações) e a qualidade de vida (SF-36).

Resultados: A prevalência de actividade física recomendada é menor durante do que antes da gravidez (16.7% e 17.5% nos 1.º e 2.º trimestres, respectivamente vs. 47.4% antes da gravidez). Com a gravidez, não se verificaram alterações no tempo médio em diferentes tipos de actividade física, mas a actividade física no lazer registou uma diminuição significativa no 1.º trimestre face ao período anterior à concepção. Em comparação com uma amostra normativa de mulheres portuguesas, as grávidas apresentam, nos dois primeiros trimestres de gestação, uma percepção de qualidade da vida mais positiva na generalidade das dimensões do SF-36. No 2.º trimestre, o nível de limitação é significativamente maior nas dimensões físicas, à excepção da Dor Corporal, e nos resultados sumários do Componentes Físico e Mental. As mulheres que no 1.º trimestre atingem os níveis recomendados de actividade física no lazer ( $\geq 150$  minutos por semana) apresentam melhor estado de saúde geral e estados de humor mais positivos do que as menos activas.

Conclusão: A actividade física no lazer, embora diminua após a concepção, tem um impacto positivo na percepção do estado saúde geral e estados de humor da grávida, o que sugere a sua importância para a saúde da mulher também durante este período da vida.

*Palavras-chave:* Actividade física, gravidez, qualidade de vida, depressão.

#### ABSTRACT

Background: Little is know about the impact of pregnancy in health-related quality of life (HRQoL) and in physical activity patterns. The objectives of this study were 1) to compare physical activity patterns before and during pregnancy, 2) to evaluate HRQoL among

pregnant women until six months pregnancy and 3) to compare HRQoL between sufficiently and insufficiently active women considering the public health recommendations.

Methods: Longitudinal study with 59 pregnant women (20-39 years of age) recruited in private obstetric clinics. At 10-15 weeks gestation, socio-demographic and medical information was collected, as well as physical activity levels three months prior to conception. Self-report measures were administered at 10-15 weeks and 19-24 weeks gestation to assess work, leisure and transportation-time physical activity and HRQoL.

Results: The prevalence of recommended activity is lower during pregnancy than prepregnancy (16.7% and 17.5% in 1st and 2nd trimesters, respectively, vs. 47.4% prepregnancy). After conception, there were no changes in physical activity time, but leisure-time physical activity showed a decrease from prepregnancy to 1st trimester of gestation. Compared to Portuguese normative data, pregnant women demonstrate a more positive HRQoL on almost every domains of SF-36 in the first two trimesters of pregnancy. In the 2nd trimester of pregnancy, the level of impairment is significantly higher in physical HRQoL, with the exception of *Bodily Pain*, as well as on the SF-36 physical and mental component summary score. Women meeting recommended levels of leisure physical activity at 10-15 weeks ( $\geq 150$  minutes per week) reported better general health and more positive mood states compared to less active women.

Conclusions: In spite of the decline observed during pregnancy, leisure-time physical activity has a positive impact in pregnant's general health status and mood states suggesting its importance for women's health also during this life period.

*Key words:* Physical activity, pregnancy, quality of life, depression.