

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

Muito obrigado ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, e confiança depositada. Pelo apoio, objetividade e clareza que foram determinantes no decorrer deste percurso.

Ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em especial ao serviço de Consulta Externa da Maternidade Bissaya Barreto pela colaboração no processo de colheita de dados.

A todas as participantes do estudo, pela sua colaboração, muito obrigado.

A todos os profissionais que deram o seu contributo nesta minha caminhada.

A todos os meus familiares e amigos, pelo apoio, incentivo, ajuda e compreensão.

À minha amiga Sandra Neves, com a qual caminhei lado a lado durante este percurso e que conquistou a minha admiração.

Aos meus pais, Nazaré e Armindo, pela confiança e apoio, sem os quais não poderia estar aqui e ao meu mano Micael em quem tenho tanto orgulho pela pessoa que se tornou.

Ao André, meu marido, companheiro e amigo que sempre esteve aqui para me apoiar, dando força e coragem para concluir esta caminhada e cuidou dos nossos meninos quando eu não estive presente.

Ao meu Dioguinho e, a quem se juntou a nós mais recentemente, o meu Pedrinho, sem vocês a nossa vida não seria a mesma, aos dois devo um pedido de desculpa pela minha ausência e um obrigado por estarem na minha vida!

A todos o meu sincero OBRIGADO.

Resumo

Introdução: A adoção de um estilo de vida saudável durante a gravidez é importante na prevenção de complicações gestacionais. O enfermeiro desempenha um papel relevante na vigilância da gravidez, o que lhe permite indagar o seu conhecimento, orientar a grávida, reforçar a sua motivação e antecipar as complicações, embora a escolha por um estilo de vida saudável seja sempre individual. O principal objetivo deste trabalho é conhecer a adesão das grávidas a hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação equilibrada e diversificada, não consumo de substâncias lícitas como o álcool e tabaco e prática regular de atividade física), e subsequentemente os seus determinantes.

Métodos: Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e transversal, com recurso a uma amostra não probabilística, acidental e por conveniência, composta por 131 grávidas seguidas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, maioritariamente casadas (61,07%), da classe média, residentes equitativamente em meio rural (50,38%) e urbano (49,62%) e com uma média de idades de 32,89 anos (Dp= 4,85). O instrumento de colheita de dados, incorporou seis secções destinadas à mensuração de variáveis de contexto sociodemográfico, laboral, antropométrico, dados clínicos inerentes à gravidez, prática de consumos e estilos comportamentais e ainda o Questionário sobre Atividade Física e Gravidez, aferido e validado para a população portuguesa.

Resultados: Relativamente à alimentação, a maioria das gestantes (59,54%) cumpre 3 ou 4 das 9 recomendações da Direção-Geral da Saúde analisadas. Verificámos uma tendência para a diminuição de comportamentos de risco ao longo da gestação, nomeadamente no consumo de álcool, tabaco e café. A intensidade da atividade física praticada pelas grávidas é, predominantemente, leve e do tipo doméstica. Do estudo dos determinantes inferiu-se que a adoção de estilos de vida mais saudáveis está sobretudo associada a grávidas mais novas, da classe I (classe socioeconómica superior alta), residentes em meio rural, empregadas e que se mantêm no ativo, obesas (segundo o IMC prévio à gravidez), primíparas, que vigiam a gravidez em várias instituições de saúde em simultâneo, com aconselhamento nutricional e para a prática de atividade física personalizado e que têm algum tipo de complicação decorrente da gravidez.

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo sugerem que a gravidez motiva a adesão a estilos de vida mais saudáveis, no entanto, a prática de atividade física e os hábitos alimentares encontram-se aquém do recomendado. Parece-nos importante promover e incentivar as gestantes a modificarem/adotarem estilos de vida mais saudáveis e persistentes no tempo, propondo que essa vigilância e monitorização seja realizada por equipas cada vez mais multidisciplinares, com a inclusão de um EEER.

Palavras-chave: Gravidez, Estilo de Vida Saudável, Promoção da Saúde

Abstract

Introduction: The adoption of a healthy lifestyle during pregnancy is important to prevent pregnancy complications. The nurse performs an important role in pregnancy surveillance, what enables the nurse to convey his knowledge, to guide the pregnant, to reinforce her motivation and anticipate problems, although a healthy lifestyle's choice is always the pregnant choice. This study's main goal is to know if the pregnant has healthy lifestyle and habits (balanced and diverse meals, the non-consumption of licit substances, like alcohol and tabaco and regular practice of physical activity), e subsequently, its determinants.

Methods: It has been made a quantitative study, descriptive-correlated and transversal, using a non-probabilistic, accidental and convenience sample and comprising 131 pregnant women, monitored in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mainly married (61,07%), middle-classed, equally from rural areas (50,38%) and urban areas (49,62%) and with an average age of 32,89 years (SD= 4,85). The data collection instrument included six sections aimed for quantification of several contexts: sociodemographic, laboral, anthropometric, clinical data associated to pregnancy, the practice of lifestyle habits and still Pregnancy Physical Activity Questionnaire, validated to Portuguese population.

Results: in what concerns food habits, the majority of pregnant women (59,54%) follows 3 or 4 of 9 analysed recommendations from Direção-Geral da Saúde. We verified a tendency for diminishing behaviour risks during gestation, namely in alcohol, tobacco and coffee consumption. Future mothers' physical activity intensity is mainly light and domestic type. From determinants study, it has been concluded that the adoption of healthier lifestyles is mostly associated to the following groups of pregnant: younger ones; from class I (upper socioeconomic class); from rural areas; employed pregnant; obese (according to previous pregnancy Body Mass Index); primiparous, who are followed in several health institutions simultaneously, with personal nutritional counselling and for physical activity practice and who have some type of problems due to pregnancy.

Conclusion: The evidence found in this study suggest that pregnancy motivates a choice for healthier lifestyles. However, the practice of physical activity and food habits are far behind what is recommended. We consider very important to promote and encourage pregnant women to modify / adopt healthier and more persistent lifestyles, proposing that this surveillance and monitoring be carried out by increasingly multidisciplinary teams, with the inclusion of a Rehabilitation Nurse Expert.

Keywords: Pregnancy, Healthy Lifestyle, Health Promotion

Sumário

| | Pág. |
|---|-------------|
| Lista de Tabelas..... | VI |
| Lista de Quadros..... | X |
| Lista de Figuras..... | XI |
| Lista de Abreviaturas e Siglas..... | XII |
| Introdução..... | 13 |
| 1ª PARTE – Enquadramento Teórico..... | 17 |
| 1. GRAVIDEZ: DA CONCEPÇÃO ÀS MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS..... | 19 |
| 1.1. GRAVIDEZ: UM ESTADO FISIOLÓGICO..... | 19 |
| 1.2. ESTILOS DE VIDA E A GRAVIDEZ..... | 20 |
| 1.3. CONTRIBUTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUCESSO DA GRAVIDEZ: INTERVENÇÃO DIFERENCIADA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO..... | 33 |
| 1.4. ESTADO DA ARTE..... | 35 |
| 2ª PARTE – Estudo Empírico..... | 39 |
| 2. METODOLOGIA..... | 41 |
| 2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA..... | 41 |
| 2.2. PARTICIPANTES..... | 43 |
| 2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS..... | 44 |
| 2.4. PROCEDIMENTOS..... | 47 |
| 3. RESULTADOS..... | 49 |
| 3.1. ANÁLISE DESCRITIVA..... | 49 |
| 3.2. ANÁLISE INFERENCIAL..... | 72 |
| 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 99 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 113 |
| Referências Bibliográficas..... | 119 |
| Anexos..... | 129 |
| Anexo I – Autorização da autora da adaptação e validação do questionário PPAQ para a população Portuguesa..... | 131 |
| Anexo II - Correspondência do número das questões do PPAQ com os MET's correspondentes..... | 135 |
| Anexo III – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra..... | 139 |
| Anexo IV – Instrumento de colheita de dados..... | 143 |

Lista de Tabelas

| | Pág. |
|--|------|
| Tabela 1 - Estatísticas descritivas da idade, segundo o grupo etário..... | 50 |
| Tabela 2 - Distribuição do estado civil em função do grupo etário..... | 50 |
| Tabela 3 - Distribuição das Classes Socioeconômicas em função do grupo etário..... | 51 |
| Tabela 4 - Distribuição da área de residência em função do grupo etário..... | 51 |
| Tabela 5 - Distribuição da situação laboral em função do grupo etário..... | 51 |
| Tabela 6 – Distribuição da carga horária semanal das empregadas ativas, segundo o grupo etário (N=56)..... | 52 |
| Tabela 7 - Distribuição do tipo de horário em função do grupo etário..... | 52 |
| Tabela 8 - Estatísticas descritivas do IMC antes da gravidez, segundo o grupo etário..... | 53 |
| Tabela 9 - Distribuição do IMC (em classes) em função do grupo etário..... | 53 |
| Tabela 10 - Estatísticas descritivas do peso atual, segundo o grupo etário..... | 54 |
| Tabela 11 - Estatísticas descritivas da diferença do peso atual para o peso antes da gravidez, segundo o grupo etário..... | 54 |
| Tabela 12 – Estatísticas descritivas da diferença do peso atual para o peso antes da gravidez, segundo o IMC (em classes)..... | 55 |
| Tabela 13 – Distribuição da idade gestacional, segundo o grupo etário..... | 56 |
| Tabela 14 – Distribuição do número de gravidezes prévias, segundo o grupo etário..... | 56 |
| Tabela 15 – Distribuição do número de partos prévios, segundo o grupo etário..... | 57 |
| Tabela 16 - Distribuição da presença de gravidez gemelar em função do grupo etário..... | 57 |
| Tabela 17 - Distribuição do local onde decorre a vigilância da gravidez em função do grupo etário..... | 57 |
| Tabela 18 - Distribuição da existência de aconselhamento nutricional em função do grupo etário..... | 58 |
| Tabela 19 - Distribuição dos profissionais que realizam o aconselhamento nutricional (N=19)..... | 58 |
| Tabela 20 - Distribuição da existência de aconselhamento da prática de exercício físico em função do grupo etário..... | 59 |
| Tabela 21 - Distribuição dos profissionais que realizam o aconselhamento da prática de exercício físico (N=19)..... | 59 |
| Tabela 22 - Distribuição da existência de doença prévia à gravidez em função do grupo etário..... | 59 |
| Tabela 23 - Distribuição do tipo de doenças prévias verificadas antes da gravidez em função do grupo etário (N=29)..... | 60 |
| Tabela 24 - Distribuição da existência de complicações decorrentes da gravidez em função do grupo etário..... | 60 |
| Tabela 25 - Distribuição do tipo de complicações decorrentes da gravidez em função do grupo etário (N=40)..... | 61 |
| Tabela 26 - Distribuição do aconselhamento a repouso absoluto em função do grupo etário..... | 61 |
| Tabela 27 – Distribuição do N° de refeições diárias, segundo o grupo etário..... | 62 |

| | |
|---|----|
| Tabela 28 – Distribuição do Nº de vezes que come sopa por semana, segundo o grupo etário..... | 62 |
| Tabela 29 - Estatísticas descritivas das vezes que ingere peixe gordo, carne magra e carne vermelha, por semana, segundo o grupo etário..... | 63 |
| Tabela 30 – Distribuição do número de vezes que come carne vermelha por semana, segundo o grupo etário..... | 64 |
| Tabela 31 – Distribuição do Nº de peças de fruta que ingere por dia, segundo o grupo etário..... | 64 |
| Tabela 32 – Distribuição das porções de lacticínios meio-gordos ou magros que consome por dia, segundo o grupo etário..... | 65 |
| Tabela 33 - Distribuição da resposta à questão “Considera o seu tipo de alimentação de acordo com a roda dos alimentos?” em função do grupo etário..... | 65 |
| Tabela 34 – Distribuição da quantidade de bebidas que ingere por dia, segundo o grupo etário..... | 65 |
| Tabela 35 – Distribuição do Nº de recomendações de alimentação cumpridos pelas gestantes, de acordo com a DGS, segundo o grupo etário..... | 66 |
| Tabela 36 - Distribuição dos hábitos tabágicos em função do grupo etário..... | 67 |
| Tabela 37 - Estatísticas descritivas do número de cigarros que fuma ou fumava por dia, segundo o grupo etário..... | 68 |
| Tabela 38 - Distribuição dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em função do grupo etário..... | 68 |
| Tabela 39 - Distribuição dos hábitos de consumo de café em função do grupo etário..... | 69 |
| Tabela 40 - Estatísticas descritivas do Nº de cafés que bebe ou bebia por dia, segundo o grupo etário..... | 70 |
| Tabela 41 – Distribuição do Nº de recomendações de consumo (café, tabaco e bebidas alcoólicas) cumpridos pelas gestantes, de acordo com a DGS, segundo o grupo etário..... | 70 |
| Tabela 42 - Distribuição da prática de atividade física regular em função do grupo etário... | 71 |
| Tabela 43 - Distribuição dos motivos de não praticar atividade física..... | 71 |
| Tabela 44 - Estatísticas descritivas do gasto energético semanal com a atividade física (N=131)..... | 72 |
| Tabela 45 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a idade (N=131)..... | 73 |
| Tabela 46 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a idade (N=131)..... | 73 |
| Tabela 47 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o estado civil (N=131)..... | 74 |
| Tabela 48 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o estado civil (N=131)..... | 74 |
| Tabela 49 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a classificação social das mulheres (N=131)... | 75 |
| Tabela 50 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a classificação social das mulheres (N=131)..... | 76 |
| Tabela 51 - Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a área de residência das mulheres (N=131).... | 76 |
| Tabela 52 - Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a área de residência das mulheres (N=131)..... | 77 |
| Tabela 53 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a situação laboral das mulheres (N=131)..... | 78 |

| | |
|---|----|
| Tabela 54 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a situação laboral das mulheres (N=131)..... | 78 |
| Tabela 55 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a carga horária das mulheres (N=131)..... | 79 |
| Tabela 56 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a carga horária das mulheres (N=131)..... | 80 |
| Tabela 57 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o tipo de horário das mulheres (N=131)..... | 80 |
| Tabela 58 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o tipo de horário das mulheres (N=131)..... | 81 |
| Tabela 59 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o IMC das mulheres (N=131)..... | 82 |
| Tabela 60 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o IMC das mulheres (N=131)..... | 82 |
| Tabela 61 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o peso atual (N=131)..... | 83 |
| Tabela 62 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o peso atual (N=131)..... | 83 |
| Tabela 63 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a idade gestacional das mulheres (N=131)..... | 84 |
| Tabela 64 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a idade gestacional das mulheres (N=131)..... | 85 |
| Tabela 65 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o número de gravidezes prévias das mulheres (N=131)..... | 86 |
| Tabela 66 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o número de gravidezes prévias das mulheres (N=131)..... | 86 |
| Tabela 67 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o número de partos prévios das mulheres (N=131)..... | 87 |
| Tabela 68 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o número de partos prévios das mulheres (N=131).. | 88 |
| Tabela 69 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de gravidez gemelar (N=131)..... | 88 |
| Tabela 70 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de gravidez gemelar (N=131)..... | 89 |
| Tabela 71 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o local de vigilância da gravidez (N=131)..... | 90 |
| Tabela 72 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações cumpridas da DGS e o local de vigilância da gravidez (N=131)..... | 91 |
| Tabela 73 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de aconselhamento nutricional (N=131)..... | 92 |
| Tabela 74 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de aconselhamento nutricional (N=131) | 92 |

| | |
|--|----|
| Tabela 75 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de aconselhamento para a prática de exercício (N=131)..... | 93 |
| Tabela 76 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de aconselhamento para a prática de exercício (N=131)..... | 94 |
| Tabela 77 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de doença prévia à gravidez (N=131)..... | 94 |
| Tabela 78 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de doença prévia à gravidez (N=131).. | 95 |
| Tabela 79 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de complicações da gravidez (N=131)..... | 95 |
| Tabela 80 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de complicações da gravidez (N=131) | 96 |
| Tabela 81 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de indicação de repouso absoluto (N=131)..... | 96 |
| Tabela 82 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações cumpridas da DGS e a existência de indicação de repouso absoluto (N=131)..... | 97 |

Lista de Quadros

| | Pág. |
|---|-------------|
| Quadro 1 – Fontes de cafeína..... | 29 |
| Quadro 2 – Comparação das recomendações quanto à frequência e duração da atividade física em alguns países..... | 31 |
| Quadro 3 – Classificação do IMC..... | 45 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|---|-------------|
| Figura 1 - Progressão ponderal gestacional recomendada pela DGS..... | 25 |
| Figura 2 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica..... | 41 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

cf. - Conforme

DGS – Direção-Geral da Saúde

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

g - gramas

Hg - Hemoglobina

ICN - International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

kg - kilogramas

l - litros

m - metros

MET – Equivalente metabólico

mg – miligramas

MS – Ministério da Saúde

Nº - Número

PPAQ – Pregnancy Physical Activity Questionnaire

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RN – Recém-Nascido

SAF – Síndrome Alcoólico Fetal

OMS – Organização Mundial da Saúde

res - resíduos

vs - versus

WHO – World Health Organization

wk – week (semana)

Introdução

A gravidez é um processo biológico, natural, uma experiência do desenvolvimento humano vivenciado de uma maneira única e especial, que é influenciado na sua evolução e ocorrência, por dimensões emocionais, sociais, culturais, económicas e físicas (Dourado & Peloso, 2007; Petroni, Silva, Santos, Marcon & Mathias, 2012).

A forma como é vivenciada a gravidez tem-se vindo a modificar em função das exigências e dos valores que dominam uma determinada sociedade num determinado momento. O significado da gravidez pela mulher foi sofrendo alterações, consoante a época e a cultura em que está inserida, mas o objetivo e a preocupação fundamental são a conceção de uma criança saudável (Santo, 2015). Por isso, e talvez por influência da ligação materno-fetal, a gravidez pode representar um ponto de viragem na vida da mulher no que respeita ao sentido de coerência e aos comportamentos de saúde, com um bom começo na vida do bebé que irá nascer sob a influência dos mesmos (Carvalho, 2005).

Durante a gravidez, a mulher carrega consigo a responsabilidade de um novo ser, um filho, surgindo assim uma janela de oportunidade para a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Coutinho et al, 2014).

A evidência científica atual tem demonstrado que a saúde do filho é, em grande parte, programada durante a sua vida intrauterina, recomendando-se a adoção de um estilo de vida saudável, com início antes da gravidez, para otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações gestacionais e de algumas doenças no feto (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015).

A adoção de um estilo de vida saudável no período pré-concepcional torna-se determinante no crescimento e desenvolvimento fetal, portanto, uma alimentação equilibrada e diversificada, a adesão a uma prática regular de exercício físico e o não consumo de drogas lícitas neste período é fundamental para otimizar não só a saúde materna mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto e reduzir o risco de complicações peri e pós-natal (Santo, 2015).

De facto, ao longo da gestação as mulheres grávidas tendem a modificar os seus comportamentos de risco. Diminuem o consumo de álcool, café e tabaco e apresentam uma alimentação mais equilibrada, alterando os seus estilos de vida para comportamentos mais saudáveis. No entanto, essas mudanças comportamentais não se verificam nos níveis de

atividade física praticada, que diminuem significativamente ao longo da gestação (Borodulin, Eveson, Wen, Herring, & Benson, 2008; Cramp & Bray, 2009; Magalhães, 2011).

A prática de atividade física tem vindo a ser incentivada por vários organismos nacionais e internacionais, visando a promoção da saúde, estando cada vez mais o exercício físico integrado na rotina de muitas mulheres. No entanto, em estudos realizados em Portugal, verificou-se que os níveis de atividade física diminuem significativamente ao longo da gravidez (Gouveia et al, 2007; Magalhães, 2011). Pensa-se que a falta de informação ou conhecimento, aliada à reduzida disponibilidade de tempo por parte das mulheres poderão estar subjacentes a esta alteração de comportamento (Magalhães, 2011; Santos, 2014).

A nível internacional, não existe consenso sobre a influência e a intensidade ideal de prática de atividade física nas grávidas. Em Portugal, recomenda-se pelo menos 30 minutos por dia, 5 vezes por semana, na ausência de contraindicações (Portugal, MS, DGS, 2015). O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que mulheres com gravidezes de baixo risco participem em atividades de intensidade moderada durante a gravidez, no entanto, apenas 15,1% o fazem (Santos, 2014).

Então, a prática de atividade física durante a gravidez deve tornar-se um foco de atenção dos profissionais envolvidos no acompanhamento e vigilância das mulheres durante o período pré-natal, visando inverter esta tendência. É importante esclarecer as futuras mães e sensibilizar a equipa multidisciplinar que as acompanha para a importância da prática de atividade física.

O interesse dos investigadores pelo tema parece estar em crescendo, prova disso são as evidências científicas que têm emergido dos trabalhos de investigação. Inclusivamente, em 2015, surge a contribuição de Mesquita na adaptação e validação de um instrumento de colheita de dados para avaliar os níveis de atividade física praticados pelas gestantes, o Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ).

A multidisciplinaridade das equipas de saúde enriquece o acompanhamento, monitorização e vigilância das mulheres grávidas, contribuindo para melhor qualidade dos cuidados prestados às mesmas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), detentor de um conhecimento global da vigilância da gravidez como enfermeiro generalista, deve assumir um papel enriquecedor deste processo, acrescentando ao mesmo os conhecimentos e competências adquiridos no âmbito da sua especialidade. Assim, tornaria o aconselhamento para a prática de atividade física específico e singular.

Perante os pressupostos mencionados, consideramos que um estudo sobre a adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis na gravidez e seus determinantes torna-se pertinente e atual. Deste modo, com o objetivo de conhecer os níveis de adesão a hábitos e estilos de vida

saudáveis (alimentação equilibrada e diversificada, não consumo de substâncias lícitas como o álcool e tabaco e prática regular de atividade física) das grávidas, e subsequentemente os seus determinantes, desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, do tipo transversal, de carácter não experimental. A questão de investigação orientativa deste estudo delimitou-se na seguinte interrogação: “Quais os determinantes que influenciam a adesão a estilos de vida saudáveis da mulher grávida?”. Para o efeito, 131 mulheres grávidas, seguidas no Serviço de Consulta Externa da Maternidade Bissaya Barreto de Coimbra, consentiram participar no estudo, com conseqüente preenchimento de um instrumento de colheita de dados elaborado para essa finalidade.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte, denominada “enquadramento teórico”, procedeu-se à construção de um quadro conceptual, onde se procurou abranger de forma objetiva e sistematizada as áreas em estudo, de acordo com os objetivos da investigação. Na segunda parte, intitulada “estudo empírico”, desenvolveu-se todo o estudo em termos metodológicos, apresentação e análise de resultados obtidos e discussão dos mesmos. Por último, concluiu-se o estudo, com a exposição de algumas considerações.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1. GRAVIDEZ: DA CONCEPÇÃO ÀS MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS

A gravidez ou gestação representa o período de formação de um novo ser, em que a mulher tem o privilégio de abrigar no seu ventre uma vida. Decorre desde a concepção até ao parto, passando pela fertilização, nidação, desenvolvimento embrionário e termina no nascimento. A duração aproximada é de nove meses ou 40 semanas, sendo ainda dividida em períodos de três meses, ou trimestres. O primeiro trimestre vai desde a primeira semana à 13^a, o segundo da 14^a à 26^a e o terceiro, desde a 27^a até ao término da gestação (Lowdermilk & Perry, 2006).

1.1. GRAVIDEZ: UM ESTADO FISIOLÓGICO

A gravidez é um estado fisiológico, durante o qual se observam no organismo da mulher profundas alterações anatómicas e fisiológicas, que se iniciam logo após a concepção. Em resposta às hormonas gestacionais, o organismo sofre mudanças na anatomia, no controlo de funções metabólicas, cardiopulmonares e as diversas alterações no sistema reprodutor precisam ser apoiadas por ajustes de outros sistemas. Além do aumento progressivo do tamanho do útero, modificações importantes ocorrem ao nível do aparelho locomotor, da circulação, da respiração, e estão estreitamente ligadas às modificações do metabolismo, das trocas hídricas e minerais, à progressão da forma, função dos órgãos da cavidade abdomino-pélvica e dos órgãos torácicos (Santo, 2015).

No entanto, estas mudanças ultrapassam largamente a componente física e abrangem a dimensão psicológica, social e cultural (Cardoso, Silva & Marín, 2015; Tendais, Figueiredo & Mota, 2007). A forma como se vivem estas transições e transformações é individual e de acordo com as necessidades, crenças, modo de vida e experiência pessoal (Petroni, Silva, Santos, Marcon & Mathias, 2012). É, além disso, única, porque todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher (Teixeira, Pestana, Calhau, Vicente & Graça, 2015). Neste pressuposto, a gravidez deve ser reconhecida como um estado fisiológico e não patológico. É uma fase de adaptação a uma nova situação e uma modificação fisiológica corporal e emocional que necessita de vigilância, orientação, monitorização e aconselhamento. Constitui uma fase de preparação física e psicológica para o nascimento e para a parentalidade (Coutinho et al, 2014).

Durante a gravidez cruzam-se fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural, em que a grávida deseja o melhor para si e para o seu bebê. Surge, então, uma ótima janela de oportunidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho e refere-se à modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar. Exemplo disso é a modificação de hábitos alimentares, de exercício físico, de cessação tabágica ou de consumo de substâncias psicoativas. Neste período, devem-se identificar e modificar situações de risco de patologia futura, tais como a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a pré-eclâmpsia. Atualmente, sabe-se que a ocorrência destas situações durante a gestação aumenta o risco futuro de diabetes e doença cardiovascular na mulher (Portugal, MS, DGS, 2015).

O período da gravidez deve então ser encarado como um momento oportuno para identificarem e, sobretudo, se modificarem/se adotarem determinados estilos de vida pela mulher grávida, com intuito de os tornar o mais saudáveis possível e persistentes no tempo.

1.2. ESTILOS DE VIDA E A GRAVIDEZ

O conceito de estilo de vida tem vindo a ser modificado ao longo do tempo, tendo se verificado um aumento de complexidade na sua definição (Ferreira, 2008), passando de uma abordagem individual para social. Em 1974, Lalonde foca uma perspectiva mais individualizada, centrada no comportamento individual. Com o passar dos anos, outros autores foram acrescentando e modificando esta definição, até que em 2004, o Ministério da Saúde (Despacho nº 1916/2004), integra para além das características pessoais de cada indivíduo, o processo de socialização, bem como a capacidade da pessoa testar e reinterpretar os comportamentos ao longo da vida.

Pode-se definir os estilos de vida como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais (Diário da República, Despacho nº 1916/2004). Não se trata de um conceito estático, mas sim dinâmico, que vai mudando com o desenvolvimento do indivíduo, construído com base nas vivências, passadas e presentes, e expectativas para o futuro. É condicionado em fases precoces da vida e tende a continuar como organizador de comportamentos complexos, incluindo as atitudes, os valores e os comportamentos (Ferreira, 2008).

Na área da saúde, o estilo de vida assume grande importância, surgindo definições que o consideram essencial na promoção da saúde e proteção da doença, como a do International Council of Nurses (ICN) que define o estilo de vida como “ação relacionada com

o próprio, com as seguintes características específicas: padrão repetido de actividades que se sabe que, com o tempo, influenciam a saúde e que se tornam habituais como padrão de estilo de vida” (ICN, 2000). A forma de viver está diretamente relacionada com muitos aspetos da saúde e a análise dos estilos de vida tem vindo a suscitar um interesse crescente para as ciências sociais aplicadas à saúde (Belo, 2012).

Parece existir consenso, entre os especialistas da área da saúde, de que o estilo de vida constitui um dos principais responsáveis pelas alterações relacionadas com o perfil de morbimortalidade nas últimas décadas (Ferreira, 2008). Ou seja, o estado de saúde da pessoa reflete, em grande medida, os seus estilos de vida.

A qualidade da saúde é fortemente influenciada pelos estilos de vida e estes permitem que as pessoas tenham algum controlo sobre a sua saúde. Ao cuidarem dos seus próprios hábitos, as pessoas podem viver mais e mais saudáveis, retardando o processo de envelhecimento (Bandura, 2004).

Então, estilos de vida saudáveis contribuem para uma redução de comportamentos prejudiciais e caracterizam-se por comportamentos e hábitos que têm relação estreita com a saúde em sentido amplo, ou seja, tudo o que contribui para o bem-estar e desenvolvimento do indivíduo a nível bio-psico-social (Rodrigo et al, 2004). Contrariamente, estilos de vida não saudáveis compreendem um conjunto de condutas que ameaçam o bem-estar físico e psíquico e o desenvolvimento do indivíduo (Gasquez, Gallego, Vargas & Londoño, 2004). Também a OMS considera um estilo de vida saudável uma forma de viver que diminui o risco de se contrair uma doença grave ou de morrer precocemente (WHO, 1999).

Os estilos de vida apresentam uma estreita ligação aos valores, às motivações e às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspetos culturais, sociais e económicos. São influenciados pelos efeitos da interação entre os indivíduos e pela aprendizagem social, mas também por limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respetivos meios financeiros (Belo, 2012). Não há por isso um, mas vários “estilos de vida saudáveis”, sendo que a sua compreensão assenta em fatores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em fatores ambientais como grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho ou escola, comunidade onde se vive, ainda entre outros fatores mais sistémicos do envolvimento, como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado, as características do nicho ecológico e geográfico. A permanente interação destes fatores molda os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco.

Contudo, não existe um estilo de vida “ótimo” a ser prescrito a todas as pessoas. Isto porque, certos estilos de vida podem tornar-se mais atrativos tendo em conta a cultura, o estatuto socioeconómico, a estrutura familiar, a idade, a habilidade física, o envolvimento em

casa e no trabalho. É, por isso, necessário reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam certas escolhas (Matos et al, 2006).

Promover um estilo de vida saudável prende-se com medidas do dia-a-dia, que tornem a opção por estes estilos de vida mais fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social (Matos et al, 2006).

Durante o período da gravidez, a responsabilidade de trazer no seu ventre o seu filho parece abrir uma janela de oportunidade para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Ocorrendo alterações profundas no que respeita ao estilo de vida, refletem-se também mudanças não apenas na vida pessoal, mas também na vida do casal e de todo o agregado familiar (Coutinho et al, 2014).

A evidência científica atual tem revelado que a saúde do filho é, em grande parte, programada durante a sua vida intrauterina, pelo que uma gravidez planeada, monitorizada e pautada por um processo de desenvolvimento gravídico saudável, trará vantagens para a mãe e para a saúde futura do filho. Recomenda-se a adoção de um estilo de vida saudável, com início antes mesmo da conceção, otimizando a saúde da mãe e reduzindo o risco de complicações durante a gravidez e de algumas doenças no feto (Portugal, MS, DGS, 2015).

Talvez por influência da ligação materno-fetal, a gravidez pode representar um ponto de viragem na vida da mulher no que respeita aos comportamentos de saúde e um bom começo na vida do bebé que irá nascer sob a influência dos mesmos (Carvalho, 2005).

Por outro lado, é crescente a evidência de que a doença crónica do adulto reflete exposições cumulativas a ambientes físicos e sociais prejudiciais em diferentes momentos da vida, que se iniciam desde a vida fetal. A sobrenutrição intrauterina está entre os cinco fatores apontados pela OMS relevantes na vida fetal para o desenvolvimento de doenças crónicas na vida adulta (WHO, 2003).

Existem situações que se correlacionam com um aumento da probabilidade de mortalidade e morbidade materna e infantil, entre eles as deficiências nutricionais e distúrbios do comportamento alimentar, o consumo de tabaco e de álcool, integrados no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco de 2015.

Então, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, define várias etapas do ciclo de vida e entre elas encontra-se “Nascer com Saúde” que engloba a saúde da grávida desde a conceção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e Recém-Nascido (RN) até aos 28 dias de vida. Incluídos nesta etapa do ciclo vital estão os benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Planeamento e acompanhamento da gravidez; ii) Preparação para a parentalidade; iii) Estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); iv) Preparação para o parto; v) Amamentação; vi)

Imunização. Assim, verificamos que o Ministério da Saúde salienta a importância de promover estilos de vida saudáveis na mulher grávida (Portugal, Ministério da Saúde, 2011).

➤ **Alimentação na gravidez**

A obesidade é hoje uma realidade mundial que se encontra em evidente crescimento, sendo considerada um grave problema de saúde pública, motivo pelo qual a rotularam de epidemia do século XXI. Contribui para as taxas de morbidade e mortalidade na população e é definida pela OMS como uma condição de acumulação excessiva ou anormal de gordura no tecido adiposo, comprometendo o estado de saúde (WHO, 2000).

Esta doença caracteriza-se por um distúrbio metabólico que conduz ao aumento de peso quando a ingestão calórica é desproporcional à energia despendida (Andreto, Souza, Figueiroa & Cabral-Filho, 2006). Surge como consequência da industrialização, alterações na composição das dietas e estilos de vida dos indivíduos, levando à proliferação de doenças crónicas, como a diabetes e hipertensão e à morte prematura (Gonçalves, Mendoza-Sassi, Cesar, Castro & Bortolomedi, 2012; Crane, White, Murphy, Burrage & Hutchens, 2009).

A obesidade é uma doença que representa encargos elevados, quer para os indivíduos, quer para os sistemas de saúde e os seus números já se tornaram alarmantes. Veja-se que, em 2014, em Portugal, mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) tinha excesso de peso (36,4%) ou era obesa (16,4%) (Instituto Nacional de Estatística, 2016). A gravidez é descrita na literatura como um período do ciclo reprodutivo associado ao excesso de peso, sendo que nos últimos 15 anos a prevalência da obesidade nas mulheres em idade reprodutiva aumentou entre 19 e 38% (Flick et al., 2010). Assim, verificam-se cada vez mais casos de obesidade em mulheres quando engravidam, a par do ganho ponderal excessivo durante a gravidez (Rasmussen & Yaktine, 2009).

Face a estas taxas, várias políticas de saúde pública têm sido implementadas para lidar com o problema. Desde 2005 que existe um Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade, programa específico criado no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Em 2008, criou-se a Plataforma Contra a Obesidade e, desde 2012, os assuntos relacionados com a estratégia da saúde pública para combater a obesidade são tratados no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Todos estes programas encontram-se sob a égide da Direção Geral da Saúde (DGS) (Mateus & Sousa, 2014).

Existem várias medidas para avaliar a obesidade, sendo o Índice de Massa Corporal (IMC) o mais usado. Trata-se de uma medida antropométrica que classifica diferentes tipos corporais, calculado de acordo com a equação: $\text{peso}/\text{altura}^2$ (kg/m^2). Teixeira et al (2015) usa o IMC para classificar as pessoas em: baixo peso (IMC menor que $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), normoponderal

(IMC de 18,5 a 24,9 kg/ m²), excesso de peso (IMC de 25,0 a 29,9 kg/ m²) e obesidade (IMC maior que 30kg/m²).

Importa falar sobre obesidade pois esta resulta da interação de fatores genéticos, ambientais, sociais e comportamentais. Apesar dos fatores genéticos ajudarem a explicar as diferenças interindividuais no ganho de peso, o recente aumento na prevalência da obesidade evidencia que os fatores comportamentais são determinantes importantes na etiologia da obesidade (Valle, Durce & Ferreira, 2008; Filipe, Godinho & Graça, 2016), sendo estes fatores modificáveis, ao contrário dos genéticos.

Por outro lado, existe grande evidência de que o perfil de morbidade das gestantes se caracteriza pela dualidade do estado de saúde e nutrição, em que consumos alimentares extremos durante a gravidez podem levar a diferentes distúrbios no desenvolvimento e crescimento fetal, complicações no parto, e saúde precária da mãe e da criança no futuro (Henriksen, 2006). O baixo peso materno e as carências específicas de micronutrientes, pode resultar em baixo peso ao nascer. Por outro lado, as mães obesas estão mais suscetíveis a DMG, Síndrome de Hipertensão na gravidez, Pré-Eclâmpsia, parto cirúrgico, e os seus filhos a apresentarem macrossomia, defeitos do tubo neural, riscos de malformação fetal e maior mortalidade perinatal (Santo, 2015; Gonçalves et al, 2012).

Neste sentido, as recomendações de ganho de peso durante a gravidez de acordo o IMC pré-gestacional, visam otimizar o crescimento e o desenvolvimento fetal bem como a promoção da saúde materna. De acordo com Institute Of Medicine (IOM) as mulheres identificadas com excesso de peso devem ser consideradas como gestantes de risco e devem receber atenção diferenciada, ou seja, uma avaliação clínica e laboratorial específica, assim como a sua referenciação para avaliação especializada por um dietista (Rasmussen & Yaktine, 2009). Devido à crescente tendência de aumento ponderal gestacional excessivo, o acompanhamento nutricional da gestante revela-se uma prioridade na vigilância da gravidez, pois quando realizado precocemente pode evitar complicações maternas e fetais (Silva 2013).

A nutrição tem despertado o interesse da comunidade científica no geral, e durante a gravidez em particular, com grandes avanços em diversas áreas (socioeconómicos e de saúde), pela sua importância tanto para a saúde fetal como materna (Silva, 2013).

Assim, em 2015 a DGS dedicou um separador específico sobre “A Alimentação e Nutrição na Gravidez” inserido no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o qual integra várias recomendações de comportamentos alimentares para as mulheres durante o período da gravidez.

As necessidades nutricionais aumentam durante a gravidez, de forma a apoiar o crescimento e desenvolvimento do feto bem como o metabolismo materno. Por isso, as

recomendações alimentares e nutricionais devem adaptar-se a cada mulher, à luz das suas diferenças individuais. Então recomenda-se a adoção de um estilo de vida saudável, que deve ter início antes mesmo da gravidez.

A importância de todas as mulheres em idade fértil e que planeiem engravidar, adotarem estilos de vida saudáveis prende-se pelo facto da maioria dos órgãos do feto se formarem entre a 3ª e 7ª semanas após a última menstruação e quaisquer efeitos teratogénicos ocorridos nesse período podem ser fatais. Por outro lado, o crescimento fetal e placentar estão dependentes do estado nutricional maternos no período que antecede a implantação. O período de desenvolvimento rápido placentar ocorre nas primeiras semanas de gravidez, pelo que se aconselham as grávidas a adquirirem e/ou corrigirem determinados hábitos alimentares e de consumo, e práticas comportamentais, como a atividade física. Assim, pretende-se otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações gestacionais e de doenças no bebé (Santo, 2015; Teixeira et al, 2015).

Neste sentido, Teixeira et al (2015) apresentam recomendações para o ganho de peso durante a gravidez, ilustradas na figura 1, formuladas de acordo com o reconhecimento da necessidade de equilibrar os benefícios de um crescimento fetal saudável, contra os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e bebé.

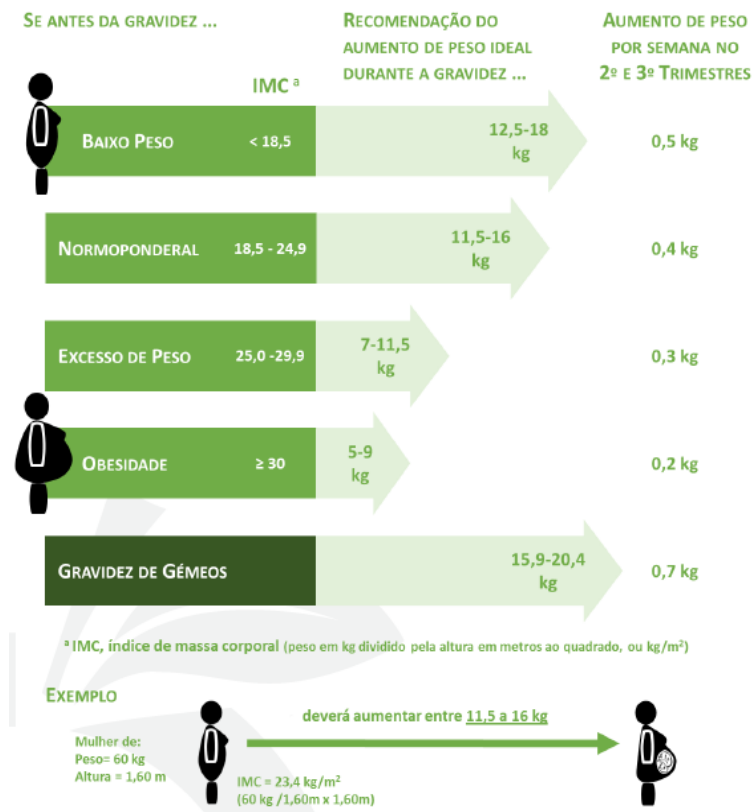


Figura 1 - Progressão ponderal gestacional recomendada pela DGS
Fonte: Teixeira et al, 2015.

As recomendações alimentares para o período da gravidez não diferem muito daquelas para a população em geral – uma alimentação equilibrada e diversificada. É certo que a grávida tem necessidades aumentadas de energia e de nutrientes, dependendo do trimestre em que se encontra, mas não deve seguir a velha máxima de que deverá comer “por dois”, mas sim “para dois”.

Não é objetivo deste trabalho abordar exaustivamente a alimentação e nutrição na gravidez, detalhando cada nutriente e alimento (embora existam recomendações neste sentido). Por isso iremos apenas transpor as recomendações gerais para uma alimentação saudável, ou seja, completa, equilibrada, variada e segura, de acordo com a roda dos alimentos, adaptada às necessidades da mulher e fases de gestação (Teixeira et al, 2015):

- Fazer 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 a 3 pequenos lanches;
- Privilegiar o consumo de hortícolas, iniciar as refeições com uma sopa de legumes;
- Preferir o peixe gordo (salmão, atum, sardinha) e as carnes brancas, como as aves e o coelho;
- Limitar o consumo de carne vermelha a 2 ou 3 vezes por semana;
- Consumir cerca de metade dos cereais, como pão, arroz e massa, sob a forma integral;
- Comer 3 a 4 porções de fruta por dia;
- Comer 3 porções de laticínios meio-gordos ou magros por dia;
- Preferir sempre os óleos vegetais, como azeite;
- Moderar o consumo de sal, utilizando pouco sal para cozinhar, não adicionando sal no prato e evitando produtos e alimentos com excesso de sal;
- Beber água suficiente para satisfazer a sede. Cerca de 2,3 L pode ser uma referência.

Para uma gravidez saudável é fundamental uma adequada hidratação, pois a grávida acumula cerca de 6 a 9 L de água durante a gestação. Recomenda-se a ingestão hídrica de 3L/dia durante a gravidez, que inclui a ingestão de água e de outras bebidas como leite, sumos naturais e infusões, e alimentos ricos em água (sopas, saladas e fruta) (Teixeira et al, 2015).

Para além disso, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Portugal, MS, DGS, 2015), salienta que no período gravídico torna-se importante refletir sobre o estilo de vida, hábitos alimentares e sensibilizar as mulheres sobre os benefícios que traz uma alimentação equilibrada e diversificada para ela e seu bebé. Não se quer com isto dizer que não se deva respeitar as opções alimentares de cada grávida e poder, em conjunto, adequar a alimentação a esta fase. Nunca é tarde para fazer as escolhas certas.

➤ **Consumo do tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez**

O fumo do tabaco é um aerossol, constituído por uma mistura complexa e dinâmica de mais de 7000 químicos, sob a forma de gases, vapores e partículas, entre os quais: nicotina, monóxido de carbono, chumbo, entre muitos outros. Cerca de 70 destes químicos foram classificados como cancerígenos para o ser humano (Nunes & Narigão, 2015).

A maior causa evitável de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos é o tabagismo. Tem-se notado ao longo dos últimos anos um aumento da sua prevalência no sexo feminino, o que se torna preocupante pelas implicações que tem na progressão de uma gravidez saudável. No tabaco, existem diversos componentes tóxicos, mas o que mais interfere na gravidez é o monóxido de carbono (Silva, 2011).

Fumar constitui uma das principais causas evitáveis de redução da fertilidade, bem como de morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Nunes & Narigão, 2015).

O consumo de tabaco na gravidez não é prejudicial apenas à mãe, mas também ao feto, em que os malefícios sobre a saúde deste são de tal ordem que justifica afirmar que o feto é um verdadeiro fumador passivo (Machado & Lopes, 2009).

Sabe-se que a exposição do feto ao fumo de tabaco ambiental acarreta várias consequências negativas ao seu desenvolvimento, entre as quais o risco de prematuridade, o risco de mortes perinatais, a incidência de baixo peso ao nascer, a incidência de Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU), a redução do perímetro cefálico e do comprimento, a incidência de baixo Índice de Apgar ao 5º minutos de vida do RN, a alterações no desenvolvimento do sistema nervoso central e a síndrome da morte súbita no lactente (Correia et al, 2007; Machado & Lopes, 2009; Nunes & Narigão, 2015; Silva, 2011). Tem-se verificado que, mesmo para consumos baixos (inferior a 5 cigarros/dia), estas repercussões são significativas (Silva, 2011).

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, desde há muitos séculos, são consumidas por homens e mulheres em diversas ocasiões, tais como cerimónias religiosas, celebrações e outros eventos públicos. No entanto, desde os tempos bíblicos que se estabelece uma relação entre o consumo de álcool durante a gravidez e efeitos nefastos no bebé. Por exemplo, em antigas civilizações proibiam as noivas de se embriagarem na celebração do seu casamento para que uma possível gravidez sofresse os efeitos das bebidas alcoólicas (Rodrigues, 2014).

Ultimamente, o tema do consumo de álcool durante a gravidez e as suas consequências nos RN, tem sido foco de estudos científicos. A teratogenia do álcool está amplamente demonstrada em numerosos estudos experimentais e constitui uma causa evitável de riscos para os seus filhos. Nas mulheres grávidas que consomem bebidas

alcoólicas, a placenta é totalmente permeável à passagem deste teratígeno para o feto, isto é, a alcoolémia fetal é bastante similar à materna (Santo, 2015; Grinfeld, 2009).

Embora não se saiba em concreto qual é a dose de álcool que poderia causar danos fetais, podendo estes ocorrer desde o início da gravidez ou até mesmo antes da mulher saber que está grávida, evidências recentes sugerem que mesmo uma dose por semana está associada à possibilidade de dificuldades mentais (Grinfeld, 2009). São muitas as complicações que podem advir do consumo do álcool, podendo delimitá-las de acordo com os trimestres da gravidez sendo que: no 1º trimestre, há risco de malformações e dismorfismo facial, pois trata-se de uma fase crítica para a organogénese; no 2º trimestre, há aumento da incidência de abortos espontâneos; e no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do sistema nervoso, como o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal, além de causar atraso do crescimento intrauterino e comprometer o parto, aumentando o risco de infeções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecónio no líquido amniótico, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal. Os défices cognitivos e os problemas comportamentais causados ao feto podem ser irreversíveis (Santo, 2015; Grinfeld, 2009).

De todas as complicações que o feto pode sofrer com a exposição ao álcool durante a gravidez, a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é a principal consequência deste consumo e também a mais devastadora e resulta em défices no desenvolvimento físico e neurológico do feto que permanecem ao longo da vida (Rodrigues, 2014). Os restantes tipos de consequências integram-se em Desordens do Espectro Alcoólico Fetal, originárias do inglês Fetal Alcohol Spectrum Disorder, que engloba uma série de perturbações que podem ser definidas como, atraso de crescimento pré e pós-natal e anomalias do sistema nervoso central (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Belden, 2010). O RN de uma alcoolista grave apresenta diversos sinais e sintomas, entre eles, mamar pouco, estar irritável, hiperexcitado e hipersensível, tremores, hipotonia muscular, alteração do padrão de sono, sudorese intensa e pode apresentar apneias (Grinfeld, 2009).

Nesta sequência, uma das recomendações de Teixeira et al (2015) no separador “A Alimentação e Nutrição na Gravidez” do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da DGS é precisamente evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Quanto ao consumo de cafeína durante a gravidez, a posição atual do ACOG (2010), é que as gestantes devem evitar a ingestão de cafeína acima de 200 mg/dia. Isto porque quantidades acima destes valores podem acarretar complicações para o feto, apesar de que os efeitos da cafeína sobre o bebé ainda não estarem bem estabelecidos (Teixeira et al, 2015).

Evidências científicas alertam para a associação da ingestão de cafeína acima de 300mg com o baixo peso ao nascer e aborto espontâneo (Santo, 2015). A Organização dos Serviços de Informação e a OMS lembram que grandes quantidades de cafeína podem afetar os bebês da mesma maneira que afetam os adultos, tendo alguns estudos demonstrado que filhos de mães com consumo superior a 500 mg de cafeína por dia durante a gravidez eram mais suscetíveis a tremores, taquicardia, aumento do índice respiratório, insónias e morte súbita (Carvalho, 2005).

O chá, o cacau e os refrigerantes com cafeína contêm aproximadamente a mesma quantidade de cafeína, enquanto que o café contém cerca de duas vezes mais cafeína que os anteriores. No Quadro 1 estão refletidas as quantidades de cafeína presentes em vários produtos alimentares (Teixeira et al, 2015).

Quadro 1 - Fontes de cafeína

| Produto Alimentar | Cafeína (em mg) |
|---|------------------------|
| Café instantâneo (uma chávena) | 60-70 |
| Café expresso (uma chávena) | 100-150 |
| Chá (folhas/saquetas) (uma chávena) | 20-60 |
| Refrigerante tipo Cola (1 lata de 33ml) | 35-65 |
| Bebida energética | 90 |

Fonte: Teixeira et al, 2015.

➤ **Atividade física na gravidez**

O tema da atividade física durante a gravidez tem despertado o interesse da comunidade científica, dos profissionais de saúde que acompanham mulheres grávidas e da população em geral. Trata-se de um tema pouco consensual e que gera alguma controvérsia no domínio do conhecimento científico.

Primeiramente, torna-se importante definir atividade física, uma vez que esta é muitas vezes confundida com exercício físico e, erroneamente, considerados sinónimos. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso. Inclui uma grande variedade de atividades, entre elas, as atividades cotidianas, laborais e de recreação e lazer. O exercício físico é uma dimensão da atividade física e compreende toda a atividade realizada de forma planeada, estruturada e repetida, com o objetivo de melhorar ou manter uma ou mais componentes da aptidão física (Artal & O'Toole, 2003; Henriques, 2013; Pereira, 2013).

Relativamente à prática de atividade física pelas mulheres grávidas, pensa-se que o fator cultural teve e, provavelmente, continua a ter grande preponderância nas condutas clínicas relativas a esta temática em detrimento das evidências científicas. Contudo, com o avanço do conhecimento, associado ao aumento da procura da população por este tipo de informação, tem-se questionado a relação risco/benefício da prática de atividade física durante a gravidez, tornando imprescindível a criação de consensos relativamente às suas recomendações (Carvalho, 2011; Gouveia et al, 2007).

Outrora as gestantes eram aconselhadas a reduzir as suas atividades e, até mesmo, interromper o trabalho, especialmente durante as fases finais da gestação (Dumcombe, Wertheim, Skouteris, Paxton & Kelly, 2009; Paisley, Joy & Prince, 2003). Atualmente tem-se verificado uma grande mudança de atitude face à atividade física durante a gravidez, derivado a estudos recentes evidenciarem que, na maioria dos casos, esta prática durante a gestação é segura para a mãe e feto, apoiando a recomendação de lhe dar início ou continuidade na maioria das gravidezes (Paisley et al, 2003).

Vejam, então, a evolução das recomendações face à prática de atividade física durante a gravidez das últimas três décadas. O ACOG, em 1985, publicou recomendações para a atividade física durante a gravidez estabelecendo a frequência cardíaca máxima de 140 batimentos por minuto e a duração do exercício intenso inferior a 15 minutos. Em 1994, reformulou as suas recomendações removendo as limitações anteriores pela falta de evidência científica, aconselhando as grávidas a evitar a exaustão física, não fazendo referência a atletas de alta competição. Mais tarde, em 2002, o ACOG recomenda as grávidas sedentárias ou com prática desportiva, na ausência de contraindicações, realizem 30 minutos ou mais de exercício físico moderado diário ou pelo menos cinco dias da semana. Em 2007, vem o American College of Sports Medicine e a American Heart Association, recomendar exercício físico moderado e intenso e apresentar indicações para o treino de resistência muscular. Por fim, em 2011, são publicadas orientações na Sports Medicine onde evidenciam que os programas de exercício físico de intensidade progressiva fornecem os melhores *outcomes* maternos e fetais (Azevedo, Mota, Silva & Dantas, 2011; Carvalho, 2011; Magalhães, 2011; Santo, 2015; Santos, 2014; Surita, Nascimento & Pinto e Silva 2014).

Existem inúmeras publicações sobre recomendações para a prática de atividade física durante a gravidez, o que levou Evenson et al (2014) a realizarem uma revisão sistemática sobre as mesmas. Assim, pretenderam resumir e partilhar as diferentes políticas e orientações de saúde pública existentes, facilitando o desenvolvimento de uma recomendação universal. Identificaram 11 *guidelines*, de 9 países diferentes, em que a maioria recomenda a prática de atividade física de intensidade moderada. Em relação à frequência e duração, as recomendações divergem ligeiramente e encontram-se apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 2 - Comparação das recomendações quanto à frequência e duração da atividade física em alguns países

| País | Duração | Frequência |
|----------------------|--|--------------------|
| Canadá e Reino Unido | 15 minutos | 3 vezes/semana |
| | Progredindo para 30 minutos 4 vezes/semana | |
| Dinamarca e Noruega | 30 minutos | Diariamente |
| Japão | 60 minutos | 2 a 3 vezes/semana |
| Espanha | Não definida | 3 vezes/semana |

Fonte: Evenson et al, 2014.

Quanto ao exercício físico, vários tipos de atividade podem ser praticados: aeróbicos, de força, alongamento, relaxamento ou dança. Das aeróbicas, a caminhada é mundialmente a mais realizada, seguida das aquáticas, que também se associam à melhoria do edema. Entre as atividades de força, Pilates e musculação são os mais realizados, e para atividades de relaxamento, alongamento e Yoga estão entre os mais procurados pelas gestantes. Não se recomendam atividades com risco de queda, como ciclismo, equitação, escalada, as quais raramente são procuradas pelas gestantes (Surita et al, 2014).

Evidências científicas revelam que, para a população em geral, a prática de atividade física reduz o risco de contrair várias patologias, tais como Osteoporose, Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2, Cancro do Colon e Obesidade. Os benefícios incluem melhor gestão do stress, alívio da depressão, maior autoestima e destaque da imagem corporal (Dumcombe et al, 2009).

No período da gravidez, a atividade física revela-se um excelente aliado no controlo da progressão ponderal, de patologias como Lombalgia Gestacional, Incontinência Urinária, DMG e tipo 2, pré-eclâmpsia e parto pré-termo. As grávidas ativas no lazer apresentam ainda estados de humor mais positivos, menor sintomatologia depressiva e ansiosa, menor stress relacionado com a gestação, maior autoestima, bem como maior satisfação com a imagem corporal do que as grávidas inativas (Magalhães, 2011; Tendais et al, 2007). Também se verifica uma redução das queixas comuns durante a gravidez como a fadiga, as varizes e os edemas das extremidades (Santos, 2014). Em relação ao parto, a prática de atividade física parece facilitar o trabalho de parto, reduzindo a sua duração, mas também a de complicações obstétricas (Gouveia et al, 2007).

Em síntese, os benefícios da prática de atividade física pela grávida (Butes, Marinho, Silva, Gomes da Costa & Ramos, 2010) incluem: a redução do peso ganho, redução de edemas e câibras nos membros inferiores, prevenção e redução de lombalgias, fortalecimento da musculatura pélvica, maior flexibilidade incidindo nas articulações e ligamentos pélvicos,

prevenção e redução de stresse cardiovascular, melhor aproveitamento de oxigénio, trabalho de parto facilitado e maior tolerância à dor e prevenção do parto pré-termo e cesariana.

Relativamente ao feto, apesar da diminuição do oxigénio fetal e da disponibilidade de hidratos de carbono durante a prática de exercício físico, esta redução é acompanhada de adaptações fisiológicas, como o aumento da extração de oxigénio, redistribuição intrauterina e hemoconcentração. Um programa de exercício físico de intensidade moderada, iniciado precocemente, pode aumentar a capacidade funcional da placenta, aumentando a distribuição de nutrientes e, conseqüentemente, o crescimento fetal e melhor função cardiovascular do RN (Gouveia et al, 2007).

A prática ou não de atividade física constitui um fator de risco modificável, enaltecendo a sua importância na promoção da saúde da mãe e feto (Henriques, 2013).

Não podemos deixar de fazer referência à existência de contraindicações absolutas e relativas que condicionam a grávida a praticar atividade física. O ACOG, citado por Santos (2014), considera contraindicações absolutas: doença cardíaca, doença pulmonar restritiva, colo uterino incompetente, gestação múltipla com risco de parto pré-termo, hemorragia persistente durante o 2º e 3º trimestre da gravidez, placenta prévia após 26 semanas de gestação, trabalho de parto prematuro durante a atual gestação, rutura de membranas e hipertensão gestacional. As contraindicações relativas incluem: anemia severa (Hg <100g/l), arritmia cardíaca materna não avaliada, diabetes tipo I mal controlada, obesidade mórbida extrema (IMC > 40), magreza excessiva (IMC <12), história de um estilo de vida extremamente sedentário, restrição de crescimento intrauterina na gravidez atual, hipertensão/pré-eclâmpsia mal controlada, limitações ortopédicas, doença convulsiva mal controlada, doença tiroideia mal controlada e fumadora pesada (> 20cigarros/dia).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Portugal, MS, DGS, 2015) aponta para a necessidade de esclarecer a importância do exercício físico ao longo da gravidez e aconselhar sobre a atividade física, salientando alguns dos benefícios da mesma na grávida, supracitados. As recomendações para a prática de atividade física na gravidez vão ao encontro do que o ACOG publicou em 2002, ou seja, 30 minutos por dia, 5 dias por semana. As mulheres grávidas devem procurar aconselhamento médico sempre que pretendam iniciar um programa de exercício físico e evitar atividades desportivas que envolvam risco de queda, traumas ou colisões (Evenson et al, 2014).

Na revisão sistemática de Alves (2012) encontram-se algumas orientações básicas sobre as atividades de vida diárias, nomeadamente, a título de exemplo:

- Ao ficar em pé, a grávida deve deslocar o peso do corpo para a parte anterior dos pés, evitando sobrecarregar nos calcanhares; deve evitar permanecer nessa postura por tempo

prolongado, pois pode sentir dor nos pés, estase venosa, edema, trombose nos membros inferiores, desmaios, veias varicosas e fadiga muscular;

- Para sentar-se, a cadeira deverá ter encosto e braço de apoio. Deve apoiar bem as costas, e permitir aos joelhos que relaxem em ângulo reto, e aos pés que descansam sobre o chão. Se permanecer muito tempo nesta posição, deve estimular a circulação batendo os pés no chão alternadamente;

- Para dormir, deve-se usar uma almofada que preencha o espaço entre a cabeça e os ombros e outra entre as pernas. Preferencialmente utilizando um posicionamento para o lado esquerdo, diminuindo assim a compressão aorta-cava e favorecer a circulação sanguínea;

- Antes de se levantar, a gestante deve realizar movimentos com as mãos e com os pés para ativar a circulação. Para realizar o movimento, virar-se de lado e apoiar o tronco sobre o cotovelo, levando as pernas para fora da cama. Evitar levantar-se flexionando o tronco para frente, pois esta posição promove um afastamento dos músculos reto abdominais. Para deitar, executar processo inverso;

- Para pegar e guardar objetos em lugares altos, deve subir com recurso a uma escada, evitando assim a elevação dos pés, visto que, isso pode trazer desequilíbrios e aumentar a lordose lombar;

- Para realizar tarefas domésticas de pé (lavar louça, passar roupa, etc...), a grávida deve colocar um dos pés sobre um banco de aproximadamente 20 cm de altura;

- Quando vai ao supermercado, deve evitar transportar muito peso, as compras deverão ser distribuídas em dois sacos, com pesos equivalentes nos dois braços. Deve evitar a flexão da coluna ao pegar objetos no chão, para isso deve-se agachar, abrindo as pernas para que o abdómen encaixe entre elas.

1.3. CONTRIBUTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUCESSO DA GRAVIDEZ: INTERVENÇÃO DIFERENCIADA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A gestação é um fenómeno fisiológico e não patológico, e por isso na área da saúde materna destaca-se o papel autónomo da enfermagem. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) assumem uma posição de relevo inquestionável na orientação salutogénica da mulher grávida, sendo essa competência reconhecida no Regulamento 127/2011 do Diário da República designado Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Portugal, Diário da República, 2011). Mas será que a intervenção diferenciada junto da mulher grávida apenas se circunscreve aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica? Partindo desta

questão, outra interrogação se impõe e que faz sentido ser expressa. Em concreto: “Qual o papel do EEER na vigilância da gravidez, especificamente qual o seu contributo na adoção de estilos de vida por parte das mulheres grávidas?”. Partindo desta matriz reflexiva, torna-se então importante relembrar alguns pontos presentes no Regulamento 122/2011 do Diário da República, designado “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, nomeadamente

“A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, ... a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento...” (Portugal, Diário da República, 2011, p.8648)

Ou seja, um enfermeiro ao especializar-se não deixa de reunir as competências do enfermeiro de cuidados gerais, pelo contrário, acrescenta habilitações e conhecimentos que permitem responder de forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população. Por outro lado, também o Regulamento n.º 125/2011 do Diário da República intitulado “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” indica que uma das competências destes enfermeiros é cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Portugal, Diário da República, 2011).

De igual modo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, da DGS, refere que “o recurso a equipas multidisciplinares permite que grávidas/casais tenham contacto com diferentes experiências e saberes que enriquecem e promovem a qualidade da aprendizagem” (Portugal, MS, DGS, 2015).

Posto isto, julgamos ficar claro que também as mulheres grávidas podem, e no nosso entender devem, ter a oportunidade de maximizar a qualidade dos cuidados de que são alvo, com a intervenção de um EEER, em complementaridade com o EEESMOG e restante equipa multidisciplinar. No que diz respeito ao estilo de vida da mulher grávida, consideramos que o EEER pode ter um papel fundamental na prevenção de complicações e desconfortos durante este período, através de orientações para a prática de atividade física. Isto porque, a postura incorreta, movimentos executados de forma incorreta e particularidades da atividade física podem pôr em risco o bem-estar da grávida. Por outro lado, a prática de atividade física em complementaridade à alimentação equilibrada e diversificada contribuem para um controlo do ganho ponderal, que se for excessivo pode acarretar várias complicações.

A gravidez envolve várias modificações em todo o corpo, incluindo os músculos, as articulações e os ossos. À medida que o útero cresce, o centro da gravidade da mulher tende

a alterar-se, forçando-a a adaptar-se. Muitas mulheres grávidas adotam posturas inadequadas, impondo à coluna vertebral e às articulações um esforço desnecessário. O EEER pode prevenir e tratar complicações relacionadas com o ambiente de trabalho e com as atividades da vida diária durante a gestação. Estas orientações devem ser seguidas e entendidas pelas gestantes de forma adaptável e gradual, às condições individuais no decorrer do período gravídico e puerperal (Alves 2012).

O EEER desempenha um papel de extrema relevância na saúde da mulher, cuja função é orientar a grávida quanto ao processo gestacional, parto e puerpério; aconselhar acerca de exercícios seguros e apropriados e além disso identificar, avaliar e tratar as disfunções músculo-esqueléticas (Ferreira, Noronha, Teófilo & Martins, 2016).

O acompanhamento das grávidas na consulta pré-natal revela-se importante na promoção do bem-estar físico e mental, através de orientações adequadas sobre o desenvolvimento gestacional e fetal, e identificação dos fatores que predisponha a complicações durante a gravidez (Martins et al, 2016).

Para além dos contributos do EEER supracitados, na revisão integrativa de Ferreira et al (2016), são descritos os benefícios de várias técnicas de reabilitação que podem ser utilizadas para prevenir ou tratar as dores e desconfortos resultantes das alterações músculo-esqueléticas na gravidez, nomeadamente a cinesioterapia, a reeducação postural global, o stretching global, a hidroterapia e Pilates, os exercícios respiratórios e as orientações ergonómicas. Alves (2012) refere também, na sua revisão sistemática, a massagem, drenagem linfática manual e a eletroterapia. Gomes & Oliveira (2012) mencionam técnicas específicas para a reabilitação dos músculos do pavimento pélvico como exercícios de Kegel, biofeedback, método de Pilates, exercícios com bola suíça e a electroestimulação.

Consideramos, então, que o conhecimento do nível de adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da mulher grávida e os seus determinantes, permitirá ao EEER assumir um papel promotor da adesão a estes estilos de vida, em complementaridade com o EEESMOG e restante equipa multidisciplinar, com enfoque principal no aconselhamento e monitorização da atividade física, contribuindo para uma orientação salutogénica da mulher no decorrer da gravidez.

1.4. ESTADO DA ARTE

O conhecimento produzido através do desenvolvimento de estudos de investigação no âmbito dos estilos de vida saudáveis na gravidez mostra-se bastante amplo, isto é, existe uma quantidade significativa de estudos sobre um estilo de vida em concreto (hábitos alimentares e de consumo e atividade física) e a sua relação com a saúde da grávida e feto. No entanto,

após a pesquisa bibliográfica realizada, constatamos que existem poucos estudos que abrangem os três hábitos e práticas comportamentais incluídos neste trabalho, bem como a adesão aos mesmos, pois alguns dos estudos consistem em revisões de literatura ou monografias.

Relativamente aos estilos de vida na gravidez, em 2015, Eleine Espírito Santo apresenta uma monografia intitulada “Estilos de Vida na Gravidez, Evidências e Recomendações” que engloba uma revisão dos diferentes aspetos que determinam o estilo de vida da mulher grávida. O papel da alimentação e nutrição durante a gravidez, o efeito do consumo de substâncias como álcool, tabaco e cafeína, a prática de exercício físico e associação com indicadores de saúde materna foram abordados. Foram igualmente avaliados a influência da profissão, fatores socioculturais, e o conceito de família grávida, por forma a elaborar um plano de cuidados. Concluiu que as grávidas reconhecem a importância de modificar o estilo de vida, no entanto, isso não se traduz numa maior adesão.

Emília de Carvalho Coutinho et al, publicaram em 2014 os resultados de um estudo qualitativo, exploratório recorrendo à entrevista semiestruturada em 82 mulheres imigrantes e portuguesas, intitulado “Gravidez e parto: o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?”. Relativamente ao estilo de vida, os resultados indicam que se verificou principal mudança nos hábitos alimentares, atividade diária, exposição a perigos, sono e repouso, relações sociais e familiares, saídas, cuidado consigo própria, trabalho, vestuário e calçado, viagens, vigilância de saúde, vivências da sexualidade e consumos.

Em 2011, Cláudia Magalhães apresentou um estudo longitudinal, prospetivo numa coorte de 76 mulheres grávidas que realizaram os cuidados pré-natais em Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, reavaliadas no segundo e terceiro trimestre da gravidez, intitulado “Mudanças Comportamentais ao Longo da Gestação: Gravidez Activa e Saudável”. Concluiu que a gravidez está associada a mudanças de comportamento para estilos de vida mais saudáveis, mudanças essas que não se constataram na prática de atividade física.

São muitos os estudos que incluem apenas um comportamento ou hábito da grávida. Passamos a mencionar os que mais pertinência tiveram para a elaboração deste trabalho.

Relativamente à alimentação na gravidez e respetivo ganho ponderal, surge em 2009, um artigo intitulado “The Effect of Gestational Weight Gain by Body Mass Index on Maternal and Neonatal Outcomes” de Crane et al. Também no mesmo ano, Flick et al publicaram o seu estudo num artigo intitulado “Excessive Weight Gain among Obese Women and Pregnancy Outcomes”. Em 2012, Gonçalves et al, publicaram o seu estudo num artigo intitulado “Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e

do desfecho da gravidez”. Em 2013, Silva concluiu um estudo sobre “Índice de massa corporal e ganho ponderal gestacional como fator determinante do peso ao nascer do recém-nascido”.

No que diz respeito ao consumo de substâncias na gravidez, Correia et al, publicaram, em 2007, o seu estudo num artigo intitulado “Gravidez e Tabagismo – Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos”. Em 2009, Machado & Lopes publicaram a sua revisão de literatura num artigo intitulado “Abordagem do tabagismo na gestação”. Silva concluiu, em 2011, um estudo sobre “Gravidez e tabagismo: abordagem pelos profissionais de saúde e implicações da exposição do feto ao monóxido de carbono”. Lemos apresentou, em 2015, um estudo de coorte retrospectivo sobre fatores associados a hábitos tabágicos na gravidez e repercussões para o RN. Em 2014, Rodrigues concluiu um estudo sobre “Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez”. E, em 2015, Carapinha, Ribeiro, Lavado, Castro & Ribeiro, do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da DGS, concluíram um estudo sobre o consumo de álcool na gravidez.

Quanto à prática de atividade física na gravidez, em 2007 são publicados dois artigos sobre o tema, um de Gouveia et al intitulado “Gravidez e Exercício Físico – Mitos, Evidências e Recomendações” e outro de Tendais et al com o nome de “Atividade física e qualidade de vida na gravidez”. Duncombe et al, publicaram, em 2009, o seu estudo num artigo intitulado “Factors related to exercise over the course of pregnancy including women’s beliefs about the safety of exercise during pregnancy”. Em 2013, Pereira concluiu um estudo sobre “Atividade física na gestação – Aplicabilidade de um questionário específico para gestantes (PPAQ) e sua associação com Diabete Melito Gestacional (DMG), sobrepeso/obesidade” e Santos concluiu em 2014 uma monografia sobre “Exercício Físico na Gravidez”. Também Neves (2017), elaborou um estudo sobre a prevalência de perturbações músculo-esqueléticas na grávida, determinando a associação da prática regular de atividade física na ocorrência deste tipo de perturbações.

2ª PARTE – Estudo Empírico

2. METODOLOGIA

A investigação científica constitui um processo rigoroso e sistemático de observação e verificação de dados ou hipóteses, a partir do mundo empírico, para assim descrever, prever e controlar fenómenos. Caracteriza-se pela descrição dos fenómenos, verificação das hipóteses e clarificação das relações entre os fenómenos. Por sua vez, a investigação está dependente da teoria, dado esta conferir um significado aos conceitos utilizados numa situação de investigação (Fortin, 2009).

Este capítulo contempla a apresentação e justificação da construção metodológica do trabalho de pesquisa que foi desenvolvido.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Num estudo empírico, a definição de um modelo conceptual assume grande importância, por estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia e ajudar a organizar o pensamento (Gauthier, 2003).

Assim, a estrutura conceptual seguinte serviu de referência ao estudo, e tem como finalidade identificar as variáveis em análise e as eventuais relações existentes entre elas.

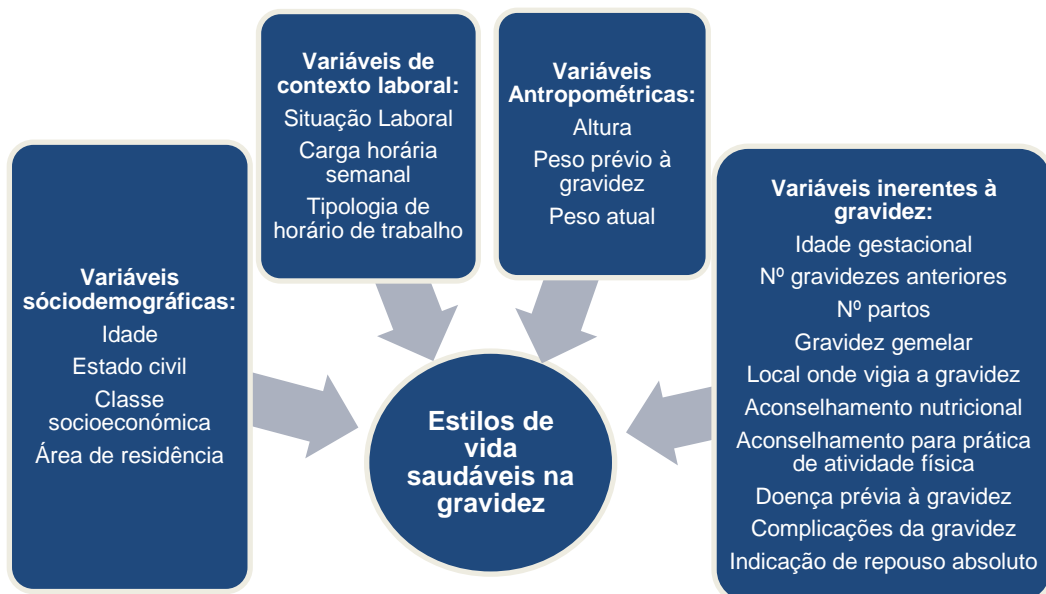


Figura 2 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica

Na definição das variáveis, consideramos os estilos de vida saudáveis na gravidez como variável dependente, que são avaliados através de três indicadores: os hábitos alimentares, o consumo de substâncias (tabaco, bebidas alcoólicas e cafeína) e a prática de atividade física. Como variáveis independentes definimos as variáveis de contexto sociodemográfico (idade, estado civil, classe socioeconómica e área de residência), de contexto laboral (situação laboral, carga horária semanal e tipologia de horário de trabalho), de contexto antropométrico (altura, peso prévio à gravidez e peso atual) e inerentes à gravidez (idade gestacional, número de gravidezes anteriores, número de partos, gravidez gemelar, local onde vigia a gravidez, aconselhamento nutricional, aconselhamento para a prática de atividade física, doença prévia à gravidez, complicações decorrentes da gravidez e indicação de repouso absoluto).

Relativamente ao tipo de estudo, a presente investigação insere-se numa abordagem quantitativa, que implica a descoberta de generalizações que expliquem a realidade no sentido de a prever e controlar. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, pois a finalidade passa por explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever relações. Nesta investigação não existiu manipulação de variáveis, o que justifica o seu carácter não experimental. Este estudo é também do tipo transversal, pois o instrumento de colheita de dados foi aplicado num período de tempo determinado (Fortin, 2009).

Em suma, este trabalho teve por base um estudo não experimental, de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo-correlacional. Todo este desenho que caracteriza a presente investigação surgiu decorrente da seguinte questão de investigação: “Quais os determinantes que influenciam a adesão a estilos de vida saudáveis da mulher grávida?”.

A questão levantada assume grande importância no contexto de trabalho da investigadora principal, devido ao facto da sua experiência profissional se ter desenvolvido no sector da obstetrícia e de não existirem muitos estudos centrados nos determinantes dos estilos de vida saudáveis deste sector populacional. Torna-se necessário desenvolver o nosso conhecimento sobre os estilos de vida que as mulheres adotam durante a gravidez, de modo a tornar cada vez mais multiprofissionais as equipas que vigiam o período da gravidez e assim oferecer a estas mulheres um acompanhamento singular que abrange várias áreas específicas. Assim, surge como objetivo principal desta investigação:

- Conhecer os níveis de adesão das grávidas a hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, abolição de consumo de substâncias e prática de atividade física), e subseqüentemente os seus determinantes.

Deste objetivo geral, emergem alguns objetivos específicos no sentido de orientar o rumo do presente estudo:

- Determinar em que medida variáveis de contexto sociodemográfico (idade, estado civil, classe socioeconómica e área de residência) influenciam a adesão a estilos de vida saudáveis das mulheres grávidas;
- Verificar de que forma as variáveis do contexto laboral (situação laboral, carga horária semanal e tipo de horário) influenciam a adesão aos estilos de vida saudáveis na gravidez;
- Identificar a influência das variáveis antropométricas (altura, peso prévio à gravidez e peso atual) sobre a adesão aos estilos de vida saudáveis das mulheres grávidas;
- Determinar a influência que os indicadores inerentes à gravidez (idade gestacional, nº gravidezes anteriores, nº partos, gravidez gemelar, local onde decorre a vigilância da gravidez, ter aconselhamento nutricional personalizado, ter aconselhamento para a prática de exercício físico, doença prévia à gravidez, complicações decorrentes da gravidez, indicação de repouso absoluto) têm sobre a adesão aos estilos de vida saudáveis nas mulheres grávidas

2.2. PARTICIPANTES

As pesquisas sociais abrangem, normalmente, um universo de elementos tão grande, que se torna impossível considerá-los na sua totalidade, sendo frequente trabalhar com uma amostra ou fração de uma população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009).

A população em estudo reporta-se às mulheres grávidas com idade gestacional igual ou superior a 14 semanas.

A amostra é constituída por elementos representativos da população, tratando-se de uma amostra do tipo não probabilístico, acidental e por conveniência. Amostra não probabilística pois, no procedimento de seleção, cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido. Acidental por ser constituída por mulheres que estão acessíveis e presentes num determinado local, num preciso momento. E, por conveniência, ao tratar-se de uma amostra da população que seja acessível (Fortin, 2009).

A amostra em estudo é constituída por 131 participantes e a colheita de dados decorreu nos meses de Maio e Junho de 2017.

Foram considerados como critério de inclusão neste estudo: mulheres grávidas no 2º e 3º trimestre de gestação; mulheres grávidas seguidas em Consulta Externa de Obstetria da Maternidade Bissaya Barreto de Coimbra e mulheres grávidas com idade igual ou superior a 18 anos. Nos critérios de exclusão foram incluídas: mulheres grávidas que não aceitem participar no estudo e mulheres grávidas que apresentem défices cognitivos.

2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Considerando o tipo de estudo, os objetivos definidos e as características da amostra, o instrumento de colheita de dados que nos pareceu adequado foi o questionário de autopreenchimento pelas grávidas.

O questionário inicia-se com uma breve introdução, na qual estão explanados os objetivos do estudo, solicitada a colaboração das mulheres grávidas, bem como algumas explicações sobre o modo de preenchimento e a disponibilidade da investigadora principal para o esclarecimento de qualquer dúvida. Constituído por perguntas abertas e fechadas, é estruturado em 6 Secções.

A *secção A*, denominada *Caracterização Sociodemográfica*, refere-se à caracterização da mulher grávida, contendo um conjunto de informações relativas à idade, estado civil, área de residência e classe socioeconómica. A Classe Socioeconómica foi mensurada através da aplicação do Índice de Graffar, que consiste numa classificação social internacional proposta pelo Professor que lhe deu nome – Graffar. O método baseia-se no estudo do conjunto de cinco indicadores: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita a família. A cada um destes critérios correspondem cinco categorias denominadas pelo autor de “graus”. Os “graus” são pontuados de 1 a 5 em ordem crescente da sua disposição, ocupando uma posição social segundo as seguintes classes: Classe superior alta; Classe superior baixa; Classe média; Classe inferior alta e Classe inferior baixa. Posteriormente, é feito o somatório das diferentes pontuações para posicionar a grávida no escalão que a mesma ocupa na sociedade (Graffar, 1956). Quanto mais alta for a pontuação, mais baixo é o nível de vida, sendo as grávidas caracterizadas da seguinte forma:

- Classe I – Classe Superior Alta - Famílias cujo somatório vai de 5 a 9;
- Classe II – Classe Superior Baixa – Famílias cujo somatório vai de 10 a 13;
- Classe III – Classe Média – Famílias cujo somatório vai de 14 a 17;
- Classe IV – Classe Inferior Alta – Famílias cujo somatório vai de 18 a 21;
- Classe V – Classe Inferior Baixa – Famílias cujo somatório vai de 22 a 25.

De salientar que na avaliação destes cinco critérios para posicionar a grávida na classe que esta ocupa na sociedade, a pergunta relativa à profissão e nível de instrução (ou escolaridade) eram perguntas abertas, em que posteriormente, a equipa investigadora integrou cada uma das respostas num dos cinco itens do Índice de Graffar. Os três outros critérios foram espelhados em perguntas fechadas.

A *secção B* corresponde à Caracterização do Contexto Laboral, onde se pretende conhecer a situação laboral da grávida, e, se esta estiver empregada ativa, saber também a carga horária semanal, bem como o tipo de horário praticado (se diurno, por turnos).

A *secção C* contextualiza a Caracterização Antropométrica da grávida, incluindo a altura, o peso prévio à gravidez, o peso atual e o IMC que foi calculado com base nas informações anteriores.

O IMC constitui uma medida muito frequentemente utilizada com o objetivo de avaliar a situação ponderal de cada pessoa. De acordo com a DGS (Portugal, Direção-Geral da Saúde, [Portugal, DGS] 2013), é obtida através da fórmula: $\text{Peso} / \text{Altura}^2$.

Depois de calcular o IMC de cada grávida da amostra, ela será classificada de acordo com os critérios propostos pelo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS (Portugal, MS, DGS, 2015), como podemos verificar no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação do IMC

| Designação | IMC (Kg/m ²) |
|-----------------|--------------------------|
| Baixo Peso | <18,5 |
| Normoponderal | 18,5 – 24,9 |
| Excesso de peso | 25 – 29,9 |
| Obesidade | >30 |

Fonte: Portugal, MS, DGS, 2015.

Posteriormente à classificação do IMC de cada grávida, o cálculo da sua progressão ponderal será realizado de acordo com a Figura 1, situada no Capítulo 1, que representa a progressão ponderal recomendada pela DGS de acordo com o IMC.

Na *secção D*, denominada Indicadores Inerentes à Gravidez, incorpora informações obstétricas, de antecedentes pessoais e aconselhamentos ou indicações diversas, tais como: idade gestacional, número de gravidezes anteriores, número de partos prévios, gravidez gemelar, local onde decorre a vigilância da gravidez, se possui aconselhamento nutricional e/ou aconselhamento para prática de atividade física e por quem são feitos esses aconselhamentos caso existam, doença prévia à gravidez, complicações decorrentes da gravidez e se tem indicação para repouso absoluto.

A *secção E*, intitulada Consumos e Práticas Comportamentais, pretende avaliar hábitos e rotinas das gestantes relativamente à alimentação, consumo de substâncias e prática de atividade física. Para conhecer os hábitos alimentares, foram criadas questões

sobre os mesmos baseadas no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Alimentação e Nutrição na Gravidez, de Teixeira et al (2015), nomeadamente na página 20 deste documento, onde se encontram recomendações gerais para uma alimentação considerada saudável na gravidez e referidas no ponto 1.1.1. deste trabalho. Quanto ao consumo de substâncias, nomeadamente cafeína, também foi no documento anteriormente referido que nos baseámos para conhecer a quantidade de cafeína diária recomendada pelas instituições oficiais. O consumo de tabaco e álcool, substâncias não recomendadas durante a gravidez, foi avaliado com questões relativas às quantidades consumidas antes e durante a gravidez.

A *secção F* integra um Questionário sobre Atividade Física e Gravidez, mais conhecido como PPAQ, que se destina a determinar os níveis de atividade física durante a gestação. É um questionário semi-quantitativo, auto-administrado, desenhado especificamente para mulheres grávidas, com duração de aplicação de, aproximadamente, 10 minutos. As participantes são convidadas a selecionar a categoria que melhor se aproxima da quantidade de tempo gasto em 32 atividades do quotidiano, incluindo atividades domésticas, ocupacionais e desportivas/exercício, por dia ou por semana, durante o trimestre gestacional em que se encontram. Através do PPAQ obtém-se informação acerca da frequência, duração e intensidade da atividade física. O PPAQ permite classificar a atividade física em diferentes dimensões – atividades doméstica, atividades ocupacionais e desporto/exercício físico. Permite também classificar a atividade física em diferentes níveis de intensidade: sedentária, leve, moderada e vigorosa (Chasan-Taber et al, 2004).

Para calcular o gasto de energia utilizando o PPAQ seguimos as instruções dos autores do questionário original, fornecidas pela autora da adaptação e validação do PPAQ para a população portuguesa, à qual também foi solicitada a autorização para aplicação do PPAQ (Anexo I). Assim, o tempo gasto, referido, pelas mulheres grávidas em cada atividade foi multiplicado pela sua intensidade de modo a obter-se uma medida de gasto energético semanal (MET-h.wk-1) para cada uma delas. Para determinar a intensidade, os autores do questionário atribuíram a cada atividade o equivalente metabólico (MET) específico de acordo com o “Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities” (Ainsworth, Haskell, Whitt et al; 2000) (anexo II).

As 32 atividade referidas no questionário encontram-se classificadas de acordo com a intensidade: sedentária (<1,5 METs), leve (1,5 ≤ 3,0 METs), moderada (3,0 ≤ 6,0 METs) ou vigorosa (> 6,0 METs), diferenciadas segundo o tipo: domésticas, ocupacionais e desportivas/exercício) (Chasan-Taber et al, 2004).

O questionário PPAQ foi elaborado e validado por Chasan-Taber et al., em 2004 apresentando coeficientes de correlação interclasses para a atividade total (ICC=0.78), (ICC=0,82) para a atividade moderada, (ICC=0,81) para a atividade vigorosa e (ICC= 0,83 a 0,93) para atividades desportivas e ocupacionais (Chasan-Taber et al, 2004). Em 2015, Mesquita realizou a adaptação cultural e validação do PPAQ para a população portuguesa, apresentando coeficientes de correlação semelhantes aos originais: atividade total (ICC=0,77), para a atividade moderada (ICC=0,76), para a atividade vigorosa (ICC=0,7). Assim, Mesquita (2015) concluiu que o questionário apresenta uma reprodutibilidade excelente e validade semelhante à versão original, podendo ser utilizado pelos profissionais como ferramenta de avaliação da atividade física de mulheres grávidas em Portugal.

2.4. PROCEDIMENTOS

Dando cumprimento a pressupostos éticos e logísticos exigidos no que respeita à concretização da colheita de dados propriamente dita, foi solicitado à autora da adaptação cultural e validação do questionário PPAQ para a população portuguesa a sua autorização para aplicação do mesmo (anexo I).

Deferida a autorização de aplicação do questionário PPAQ, foi dirigido um ofício ao Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no sentido de ser autorizada a aplicação dos instrumentos de colheita de dados às mulheres grávidas cuja vigilância da gravidez é realizada na referida instituição. No pedido foi descrito o responsável pela pesquisa, explicitados os objetivos do estudo e garantida a confidencialidade. A autorização para a colheita de dados foi concedida e encontra-se no Anexo III.

Posteriormente foi solicitado o consentimento das mulheres grávidas pertencentes à amostra para aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo IV).

Os dados obtidos foram recolhidos nos meses de Maio e Junho de 2017, junto das grávidas seguidas na Consulta Externa da Maternidade Bissaya Barreto tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão supracitados.

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados, prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados obtidos. Este refere-se à análise dos dados numéricos por meio de testes estatísticos, tendo em conta a função que as variáveis exercem na investigação. Distinguem-se duas grandes categorias de análise estatística: a estatística descritiva e a estatística inferencial (ambas sempre ligadas ao nível de medida das variáveis em estudo) (Fortin, 2009).

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, determinando-se as seguintes medidas estatísticas: Frequências (Absolutas [N] e Percentuais [%]); Medidas de tendência central (Médias $[\bar{x}]$) e Medidas de dispersão (Desvio padrão [Dp]).

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana & Gageiro (2008) consideraram os seguintes valores de referência: para $p = 0,05$ uma distribuição é simétrica quando “[Skewness/stdError] <1,96, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”. E, assimétrica quando “[Skewness/stdError] > 1,96, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando [kurtosis/stdError] <1,96;
- Platicúrtica quando [kurtosis/stdError] <-1,96;
- Leptocúrtica quando [kurtosis/stdError] > 1,96.

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada. Relativamente à estatística inferencial (não paramétrica), neste estudo foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;
- Teste U de Mann-Whitney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Após a recolha dos questionários, estes foram codificados e tratados informaticamente com recurso ao *software* de análise estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para *Windows*.

3. RESULTADOS

O presente capítulo, ao contemplar os resultados obtidos com recurso à sua organização e sistematização em tabelas, pretende efetivar uma leitura clara e objetiva dos mesmos, por forma a melhor se interpretar e analisar a sua representatividade e consequente relação entre as variáveis em estudo. Em concreto, é contemplada, num primeiro momento, uma análise descritiva dos resultados, com o intuito de se caracterizar a amostra obtida no estudo, seguindo-se uma análise inferencial de modo a se conhecerem as relações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva dá corpo à delineação das características da amostra em estudo e da qual sucedem os dados recolhidos. Esta análise irá incidir nas diferentes variáveis que caracterizam a amostra, e por uma questão de organização estrutural, será agrupada nos seguintes indicadores:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização do contexto laboral;
- Caracterização antropométrica;
- Indicadores inerentes à gravidez;
- Consumos e práticas comportamentais.

Como já salientado, para a apresentação gráfica dos dados recorreu-se a tabelas, sendo precedidas da análise correspondente. A análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas.

• **Caracterização sociodemográfica**

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizam todo um conjunto de características sociodemográficas da mulher grávida, com referência para o grupo etário, o estado civil, classe socioeconómica e área de residência. Neste contexto, como observamos na tabela 1, a amostra deste estudo foi constituída por 131 gestantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos de idade, correspondendo-lhe uma média de 32,89 anos ($Dp=4,85$). Partindo deste limiar etário, reagrupamos a amostra em dois grupos, um agrupando as grávidas com idades inferiores ou iguais a 32 anos ($\bar{x}=28,84$; $Dp=2,86$) e outro

com idades superiores ou iguais a 33 anos ($\bar{x}=36,76$; $Dp=2,74$), evidenciando o teste *U de Mann-Whitney* a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a média de idades dos dois grupos ($Z=-9,89$; $p=0,000$).

Analisando as medidas de assimetria ($Sk/StdError$) e de achatamento ($k/StdError$) podemos inferir que a distribuição das idades do grupo etário com idade inferior ou igual a 32 anos é assimétrica negativa e leptocúrtica, enquanto que no grupo de idade superior ou igual a 33 anos, bem como na amostra total, a distribuição é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da idade, segundo o grupo etário

| Grupo Etário | N | Mín. | Máx. | Idade | | | | Teste U de Mann-Whitney | |
|--------------|-----|------|------|-----------|------|------------------|-----------------|-------------------------|---------|
| | | | | \bar{x} | Dp | Sk/Std_{Error} | k/Std_{Error} | Ordenações Médias | |
| <= 32 anos | 64 | 20 | 32 | 28,84 | 2,86 | -4,78 | 4,06 | 32,50 | U=0,00 |
| >=33 anos | 67 | 33 | 44 | 36,76 | 2,74 | 1,53 | -0,84 | 98,00 | Z=-9,89 |
| Total | 131 | 20 | 44 | 32,89 | 4,85 | -0,75 | -0,40 | | p=0,000 |

No que respeita ao estado civil das mulheres da amostra, verificamos que a maioria vive maritalmente com outra pessoa, sendo casadas (61,07%) ou vivendo em União de facto (18,32%). Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do estado civil em função do grupo etário

| Estado Civil | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|----------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | N | % | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | | | | |
| Solteira | 14 | 21,88 | 8 | 11,94 | 22 | 16,79 | 1,5 | -1,5 |
| Casada | 38 | 59,37 | 42 | 62,69 | 80 | 61,07 | -0,4 | 0,4 |
| União de facto | 11 | 17,19 | 13 | 19,40 | 24 | 18,32 | -0,3 | 0,3 |
| Divorciada | 1 | 1,56 | 4 | 5,97 | 5 | 3,82 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Fazendo uma estratificação do índice de Graffar em função do grupo etário da amostra, constatamos que a maioria das mulheres integra a classe III – classe média (38,94%) ou classe II – classe superior baixa (37,40%, cf. tabela 3). Analisando os valores residuais ajustados verificamos que apenas se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na classe II, onde se verifica um maior predomínio no grupo de mulheres de idade superior ou igual a 33 anos (res. >1,96).

Tabela 3 - Distribuição das Classes Socioeconômicas em função do grupo etário

| Índice de Graffar | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Classe I | 13 | 20,31 | 12 | 17,91 | 25 | 19,08 | 0,3 | -0,3 |
| Classe II | 17 | 26,56 | 32 | 47,76 | 49 | 37,40 | -2,5 | 2,5 |
| Classe III | 28 | 43,75 | 23 | 34,33 | 51 | 38,94 | 1,1 | -1,1 |
| Classe IV | 6 | 9,38 | --- | --- | 6 | 4,58 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Relativamente à área de residência existe uma quase distribuição equitativa das mulheres da amostra, com 49,62% a residirem em meio urbano e 50,38% em meio rural, evidenciando os valores residuais ajustados a inexistência de diferenças significativas entre os grupos, como podemos confirmar na tabela seguinte.

Tabela 4 - Distribuição da área de residência em função do grupo etário

| Área de Residência | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Urbana | 27 | 42,19 | 38 | 56,72 | 65 | 49,62 | -1,7 | 1,7 |
| Rural | 37 | 57,81 | 29 | 43,28 | 66 | 50,38 | 1,7 | -1,7 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

• Caracterização do contexto laboral

De forma a caracterizar o contexto laboral das gestantes, começamos por perceber pela análise da tabela 5, que a grande maioria se encontra empregada, sendo que 46,56% encontram-se com baixa médica e 42,75% mantêm-se no ativo. Apenas 10,69% das mulheres se encontram desempregadas. Atendendo aos resíduos verificamos que nestas mulheres desempregadas evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com o grupo das mulheres de idade inferior a surgirem em maior número nesta situação laboral.

Tabela 5 - Distribuição da situação laboral em função do grupo etário

| Situação Laboral | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|----------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Empregada ativa | 22 | 34,38 | 34 | 50,74 | 56 | 42,75 | -1,9 | 1,9 |
| Empregada com baixa médica | 31 | 48,43 | 30 | 44,78 | 61 | 46,56 | 0,4 | -0,4 |
| Desempregada | 11 | 17,19 | 3 | 4,48 | 14 | 10,69 | 2,4 | -2,4 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Quanto à carga horária semanal verificamos que mais de metade das mulheres que se mantêm no ativo (N=56) e trabalham 40 horas semanais (51,78%). Das restantes, 33,93% trabalham 35 horas semanais, existindo um número mais reduzido de gestantes que trabalham mais de 40 horas semanais (5,36%) ou menos de 35 horas semanais (8,93%, cf. tabela 6). Observando os valores residuais constatamos que apenas existem diferenças significativas entre os grupos nas mulheres que trabalham 35h, sendo as de idade superior ou igual a 33 anos que mais cumprem esta carga horária semanal.

Tabela 6 – Distribuição da carga horária semanal das empregadas ativas, segundo o grupo etário (N=56)

| Carga horária semanal | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-----------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 35h | 4 | 18,18 | 15 | 44,12 | 19 | 33,93 | -2,0 | 2,0 |
| 40h | 14 | 63,63 | 15 | 44,12 | 29 | 51,78 | 1,4 | -1,4 |
| >40h | 3 | 13,64 | --- | --- | 3 | 5,36 | Não Aplicável | |
| <35h | 1 | 4,55 | 4 | 11,76 | 5 | 8,93 | Não Aplicável | |
| Total | 22 | 100,00 | 34 | 100,00 | 56 | 100,00 | | |

Para além da carga horária semanal, pesquisamos o tipo de horário desenvolvido pelas mulheres que mantêm a sua atividade laboral (cf. tabela 7). Assim, percebemos que a maioria desempenha a sua função laboral num horário diurno fixo (75%), sendo que 16,07% mantém o trabalho por turnos. Os valores residuais ajustados demonstram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos (res. <1,96).

Tabela 7 - Distribuição do tipo de horário em função do grupo etário

| Tipo de horário | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Horário fixo diurno | 17 | 77,27 | 25 | 73,53 | 42 | 75,00 | 0,3 | -0,3 |
| Por turnos | 5 | 22,73 | 4 | 11,76 | 9 | 16,07 | 1,1 | -1,1 |
| Outros | --- | --- | 5 | 14,71 | 5 | 8,93 | Não Aplicável | |
| Total | 22 | 100,00 | 34 | 100,00 | 56 | 100,00 | | |

- **Caracterização antropométrica**

As características antropométricas das gestantes foram outras das variáveis em estudo. Neste domínio procedeu-se ao cálculo do IMC antes da gravidez e à análise do aumento/diferença de peso até ao momento atual da gravidez.

Começando pelo IMC prévio à gestação (cf. tabela 8), observamos uma variação entre um valor mínimo de 17,44 (baixo peso) e um valor máximo de 46,60 (obesidade), para um valor médio global de 25,22 ($Dp=5,39$), o que indica um excesso de peso.

Analisando as medidas de assimetria ($Sk/StdError$) e de achatamento ($k/StdError$) podemos inferir que as distribuições do IMC quer nos dois grupos etários, quer na amostra total, são assimétricas positivas e leptocúrticas.

Olhando para as distribuições consoante os grupos etários, verificamos valores médios muito aproximados, o que é atestado pela aplicação do teste *U de Mann-Whitney*, que revela a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($Z=-0,150$; $p=0,881$) entre os IMC de ambos os grupos etários.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas do IMC antes da gravidez, segundo o grupo etário

| Grupo Etário | N | IMC | | | | | | Teste U de Mann-Whitney | |
|--------------|-----|-------|-------|-----------|------|------------------|-----------------|-------------------------|-----------|
| | | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std_{Error} | k/Std_{Error} | Ordenações Médias | |
| <= 32 anos | 64 | 17,44 | 46,60 | 25,32 | 5,77 | 4,73 | 3,76 | 65,49 | U=2111,50 |
| >=33 anos | 67 | 18,75 | 42,44 | 25,12 | 5,05 | 4,85 | 3,47 | 66,49 | Z=-0,150 |
| Total | 131 | 17,44 | 46,60 | 25,22 | 5,39 | 6,67 | 5,03 | | p=0,881 |

Reagrupando os valores de IMC antes da gravidez em classes (cf. tabela 9), constatamos que a maioria das mulheres se encontrava classificada como normoponderal (60,31%), sendo que das restantes, apenas 1 mulher apresentava baixo peso (0,76%), e todas as outras evidenciavam IMC superiores, nomeadamente em excesso de peso (19,85%) ou obesidade (19,08%). A análise dos valores residuais ajustados demonstra que não existem diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 9 - Distribuição do IMC (em classes) em função do grupo etário

| IMC | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-----------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Baixo Peso | 1 | 1,56 | --- | --- | 1 | 0,76 | Não Aplicável | |
| Normoponderal | 38 | 59,37 | 41 | 61,19 | 79 | 60,31 | -0,2 | 0,2 |
| Excesso de Peso | 11 | 17,19 | 15 | 22,39 | 26 | 19,85 | -0,7 | 0,7 |
| Obesidade | 14 | 21,88 | 11 | 16,42 | 25 | 19,08 | 0,8 | -0,8 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Transitando para a fase de gravidez e considerando o peso atual, encontramos um peso médio global de 75,18kg ($Dp=14,91$), oscilando o mesmo entre um mínimo de 49kg e um máximo de 153kg (cf. tabela 10).

Detalhando a análise por grupo etário, verificamos que apesar de as mulheres com idade inferior ou igual a 32 anos de idade, surgirem com um peso médio ligeiramente superior ($\bar{x}=75,39\text{kg}$; $Dp=17,23$) comparativamente com as de idade superior ou igual a 33 anos ($\bar{x}=74,98\text{kg}$; $Dp=12,42$), a diferença não é estatisticamente significativa ($z=-0,46$; $p=0,643$).

Analisando as medidas de assimetria ($Sk/StdError$) e de achatamento ($k/StdError$) podemos inferir que a distribuição do peso do grupo etário com idade superior ou igual a 33 anos é simétrica e mesocúrtica, enquanto que no grupo de idade inferior ou igual a 32 anos, bem como na amostra total, a distribuição é assimétrica positiva e leptocúrtica.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas do peso atual, segundo o grupo etário

| Grupo Etário | N | Mín. | Máx. | Peso | | | | Teste U de Mann-Whitney | |
|----------------|-----|-------|--------|-----------|-------|------------------|-----------------|-------------------------|-------------|
| | | | | \bar{x} | Dp | Sk/Std_{Error} | k/Std_{Error} | Ordenações Médias | |
| ≤ 32 anos | 64 | 49,00 | 153,00 | 75,39 | 17,23 | 5,83 | 8,94 | 64,43 | $U=2043,50$ |
| ≥ 33 anos | 67 | 52,00 | 105,00 | 74,98 | 12,42 | 1,88 | -0,55 | 67,50 | $Z=-0,46$ |
| Total | 131 | 49,00 | 153,00 | 75,18 | 14,91 | 6,87 | 10,94 | | $p=0,643$ |

Deste modo, tendo em conta as oscilações de peso verificadas entre o início da gravidez e o momento atual, encontram-se (cf. tabela 11) diferenças de peso entre um mínimo de -5kg e um máximo de 18kg, sendo o valor médio de aumento de peso de 7,78kg ($Dp=5,04$).

Observando as medidas de assimetria ($Sk/StdError$) e de achatamento ($k/StdError$) podemos inferir que a distribuição da diferença de peso atual para o peso antes da gravidez quer dos grupos etários, quer da amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Atendendo às médias consoante os grupos etários, não vislumbramos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t=0,42$; $p=0,673$) entre o aumento de peso obtido pelas mulheres com idade igual ou inferior a 32 anos ($\bar{x}=7,97\text{kg}$; $Dp=5,03$), comparativamente com as de idade igual ou superior a 33 anos ($\bar{x}=7,60\text{kg}$; $Dp=5,08$).

Tabela 11 - Estatísticas descritivas da diferença do peso atual para o peso antes da gravidez, segundo o grupo etário

| Grupo Etário | N | Diferença de peso | | | | | | Teste <i>t student</i> para grupos independentes |
|----------------|-----|-------------------|-------|-----------|------|------------------|-----------------|--|
| | | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std_{Error} | k/Std_{Error} | |
| ≤ 32 anos | 64 | -3,50 | 18,00 | 7,97 | 5,03 | 0,14 | -1,23 | $t=0,42$ |
| ≥ 33 anos | 67 | -5,00 | 18,00 | 7,60 | 5,08 | -0,74 | 0,19 | $p=0,673$ |
| Total | 131 | -5,00 | 18,00 | 7,78 | 5,04 | -0,43 | -0,72 | |

Analisando a mesma diferença entre o peso atual e o peso antes da gravidez, de acordo com a classe do IMC (cf. tabela 12), identificamos que o grupo classificado como normoponderal, surge com a diferença de peso superior, com um ganho médio de 8,95kg (Dp=4,83). Ao invés, o grupo classificado como obesidade apresenta o menor aumento médio de peso, com 5,43kg (Dp=5,46).

Atendendo às medidas de assimetria (Sk/StdError) e de achatamento (k/StdError) podemos inferir que a distribuição do peso quer dos grupos etários, quer da amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Investigando as diferenças ponderais evidenciadas pelos grupos, concluímos que estas são estatisticamente significativas (H=9,36; p=0,025). Realizando os testes de comparação múltipla de médias de ordem, percebemos que as diferenças encontradas ao nível dos ganhos ponderais são significativas particularmente entre o grupo da obesidade e o grupo normoponderal (p=0,041), apresentando este último um ganho de peso estatisticamente superior, comparativamente com o grupo da obesidade.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas da diferença do peso atual para o peso antes da gravidez, segundo o IMC (em classes)

| IMC | N | Diferença de peso | | | | | | Teste de Kruskal Wallis | |
|-----------------|-----|-------------------|-------|-----------|------|-------------------------|------------------------|-------------------------|---------|
| | | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std _{Error} | k/Std _{Error} | Ordenações Médias | |
| Baixo Peso | 1 | 6 | 6 | 6,00 | --- | --- | --- | 51,00 | |
| Normoponderal | 79 | -3,50 | 18,00 | 8,95 | 4,83 | 0,13 | -1,16 | 74,05* | H=9,36 |
| Excesso de Peso | 26 | -4,00 | 15,00 | 6,56 | 4,37 | -0,78 | -0,05 | 57,00 | p=0,025 |
| Obesidade | 25 | -5,00 | 15,00 | 5,43 | 5,46 | -0,29 | -0,71 | 50,52* | |
| Total | 131 | -5,00 | 18,00 | 7,78 | 5,04 | -0,43 | -0,72 | | |

*Testes de comparação múltipla de ordenações médias: Obesidade-normoponderal p=0,041

• Indicadores inerentes à gravidez

Relativamente aos indicadores específicos de caracterização da gravidez, estamos perante uma amostra com 48,09% de gestantes no 2º trimestre e 51,91% no 3º trimestre (cf. tabela 13). Esta distribuição parece igualmente equitativa dentro dos grupos etários definidos. A análise dos valores residuais ajustados demonstra isso mesmo, ou seja, a ausência de diferenças significativas entre os grupos, como se pode constatar pelos resultados expressos na tabela seguinte.

Tabela 13 – Distribuição da idade gestacional, segundo o grupo etário

| Idade Gestacional | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 2º Trimestre | 32 | 50,00 | 31 | 46,27 | 63 | 48,09 | 0,4 | -0,4 |
| 3º Trimestre | 32 | 50,00 | 36 | 53,73 | 68 | 51,91 | -0,4 | 0,4 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Questionadas sobre o nº de gravidezes anteriores, constatamos que maioritariamente referem a ausência de outras gravidezes (42,75%), ou apenas 1 gravidez anterior (36,64%). Somente 20,61% referem a existência de 2 ou mais gravidezes prévias (cf. tabela 14).

É de realçar que olhando para os dois grupos etários definidos, identificamos a prevalência de pelo menos uma gravidez prévia (43,28%) no grupo com idade igual ou superior a 33 anos, ao invés do grupo com idade igual ou inferior a 32 anos em que prevalece a ausência de gravidezes prévias (62,50%).

Observando os valores residuais obtidos, constatamos efetivamente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quer na ausência de gravidezes prévias, onde o grupo das mulheres mais novas apresenta maior prevalência, quer nas mulheres com 2 ou mais gravidezes prévias, onde é o grupo das mulheres mais velhas que surge com maior número.

Tabela 14 – Distribuição do número de gravidezes prévias, segundo o grupo etário

| Número de gravidezes prévias | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|------------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 0 | 40 | 62,50 | 16 | 23,88 | 56 | 42,75 | 4,5 | -4,5 |
| 1 | 19 | 29,69 | 29 | 43,28 | 48 | 36,64 | -1,6 | 1,6 |
| 2 ou mais | 5 | 7,81 | 22 | 32,84 | 27 | 20,61 | -3,5 | 3,5 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Quanto ao número de partos prévios, verificamos que a maioria das mulheres são nulíparas (49,62%) ou primíparas (44,27%). Apenas uma minoria (6,11%) é múltipara (cf. tabela 15).

Atendendo à distribuição pelos dois grupos etários, constatamos igualmente que enquanto nas gestantes de idade igual ou inferior a 32 anos predominam as nulíparas (67,19%), nas de idade igual ou superior a 33 anos predominam as primíparas (56,71%). Os valores residuais traduzem essas mesmas diferenças, sendo possível identificar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 15 – Distribuição do número de partos prévios, segundo o grupo etário

| Número de partos prévios | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Nulípara | 43 | 67,19 | 22 | 32,84 | 65 | 49,62 | 3,9 | -3,9 |
| Primípara | 20 | 31,25 | 38 | 56,71 | 58 | 44,27 | -2,9 | 2,9 |
| Múltipara | 1 | 1,56 | 7 | 10,45 | 8 | 6,11 | -2,1 | 2,1 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

A existência de gravidez gemelar é um acontecimento pouco frequente na amostra, com apenas 7,63% dos casos a relatarem-na (cf. tabela 16), não se identificando diferenças a este padrão também dentro de cada grupo (res. <1,96).

Tabela 16 - Distribuição da presença de gravidez gemelar em função do grupo etário

| Gravidez Gemelar | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 59 | 92,19 | 62 | 92,54 | 121 | 92,37 | -0,1 | 0,1 |
| Sim | 5 | 7,81 | 5 | 7,46 | 10 | 7,63 | 0,1 | -0,1 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

No que se refere à vigilância da gravidez, percebemos que a maioria faz esse acompanhamento no Centro de Saúde e Hospital/Maternidade (49,62%) ou só no Hospital/Maternidade (41,22%). Da mesma forma, dentro de cada grupo etário a distribuição obedece à mesma tendência, não aparentando diferenças entre os grupos. Observando os valores residuais é possível confirmar, de facto, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição do local onde decorre a vigilância da gravidez em função do grupo etário

| Vigilância da gravidez | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Hospital/Maternidade | 26 | 40,62 | 28 | 41,79 | 54 | 41,22 | -0,1 | 0,1 |
| Centro de Saúde + Hospital/Maternidade | 33 | 51,57 | 32 | 47,76 | 65 | 49,62 | 0,4 | -0,4 |
| Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 2 | 3,12 | 5 | 7,46 | 7 | 5,34 | Não Aplicável | |
| Centro de Saúde + Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 3 | 4,69 | 2 | 2,99 | 5 | 3,82 | Não aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

O aconselhamento nutricional foi outra das questões formuladas às gestantes, sendo possível perceber pela análise da tabela 18, que uma larga maioria das mulheres não teve aconselhamento nutricional personalizado (85,50%) para além do que é fornecido na consulta de vigilância da gravidez, resumindo-se esse aconselhamento apenas a 14,50% das gestantes. Pela análise dos valores residuais não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 18 - Distribuição da existência de aconselhamento nutricional em função do grupo etário

| Aconselhamento Nutricional | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|----------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 56 | 87,50 | 56 | 83,58 | 112 | 85,50 | 0,6 | -0,6 |
| Sim | 8 | 12,50 | 11 | 16,42 | 19 | 14,50 | -0,6 | 0,6 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

No grupo de mulheres que usufruíram de aconselhamento nutricional (N=19), a maioria (63,17%) teve o nutricionista como profissional de referência nesse aconselhamento. Outros profissionais envolvidos neste aconselhamento podem ser identificados na tabela 19, destacando-se neste contexto, também, a presença dos enfermeiros especialistas, nomeadamente dos EEESMOG e EEER.

Tabela 19 - Distribuição dos profissionais que realizam o aconselhamento nutricional (N=19)

| Profissional | N | % |
|----------------------------------|----|--------|
| Nutricionista | 12 | 63,17 |
| Fisioterapeuta | 1 | 5,26 |
| EEESMOG | 2 | 10,53 |
| EEER | 1 | 5,26 |
| Nutricionista + EEESMOG | 1 | 5,26 |
| Nutricionista + Personal Trainer | 1 | 5,26 |
| Diabetologista | 1 | 5,26 |
| Total | 19 | 100,00 |

Relativamente ao aconselhamento da prática de exercício físico (cf. tabela 20), verificamos, igualmente, que um grande número refere não ter tido outro aconselhamento personalizado nesse domínio, para além do que lhe é dado na consulta de vigilância da gravidez (85,50%), tal como para as questões nutricionais. Esta realidade verifica-se de forma muito similar nos dois grupos etários, sendo que os valores residuais apresentados confirmam a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 20 - Distribuição da existência de aconselhamento da prática de exercício físico em função do grupo etário

| Aconselhamento Exercício Físico | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|------------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 56 | 87,50 | 56 | 83,58 | 112 | 85,50 | 0,6 | -0,6 |
| Sim | 8 | 12,50 | 11 | 16,42 | 19 | 14,50 | -0,6 | 0,6 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Quanto ao aconselhamento para a prática de exercício físico, destacam-se os nutricionistas (26,32%), os personal trainer (26,32%) e os EEESMOG (15,78%), como principais profissionais responsáveis por esse aconselhamento (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos profissionais que realizam o aconselhamento da prática de exercício físico (N=19)

| Profissional | N | % |
|------------------------------------|-----------|---------------|
| Nutricionista | 5 | 26,32 |
| Personal Trainer | 5 | 26,32 |
| Fisioterapeuta | 2 | 10,53 |
| EEESMOG | 3 | 15,78 |
| Personal Trainer + EEESMOG | 1 | 5,26 |
| Profissional que dá as aulas de PP | 2 | 10,53 |
| Personal Trainer + Fisioterapeuta | 1 | 5,26 |
| Total | 19 | 100,00 |

Previamente à gravidez, a maioria da amostra era saudável, não apresentando qualquer doença (77,86%). Apenas 22,14% fizeram menção à existência de doença prévia, sendo que entre estas, 19 mulheres pertencem ao grupo etário com idade igual ou superior a 33 anos e 10 mulheres do grupo etário com idade igual ou inferior a 32 anos (cf. tabela 22). Contudo, as diferenças encontradas entre os grupos são desprovidas de significado estatístico, tal como podemos constatar pelos valores residuais apresentados.

Tabela 22 - Distribuição da existência de doença prévia à gravidez em função do grupo etário

| Doença Prévia à Gravidez? | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 54 | 84,38 | 48 | 71,64 | 102 | 77,86 | 1,8 | -1,8 |
| Sim | 10 | 15,62 | 19 | 28,36 | 29 | 22,14 | -1,8 | 1,8 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Neste contexto prévio à gravidez, as doenças mais prevalentes (cf. tabela 23) são as patologias da tireoide (34,48%), que se destacam das demais, surgindo também referência a trombose venosa profunda (n=2), diabetes (n=2) e HTA (n=2).

Tabela 23 - Distribuição do tipo de doenças prévias verificadas antes da gravidez em função do grupo etário (N=29)

| Doença Prévia à Gravidez? | Grupo Etário | | | | Total | |
|----------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Patologias da tireoide | 3 | 30,00 | 7 | 36,84 | 10 | 34,48 |
| Trombose venosa profunda | 1 | 10,00 | 1 | 5,26 | 2 | 6,90 |
| Diabetes | --- | --- | 2 | 10,53 | 2 | 6,90 |
| HTA | --- | --- | 2 | 10,53 | 2 | 6,90 |
| Outras patologias diversas | 6 | 60,00 | 7 | 36,84 | 13 | 44,82 |
| Total | 10 | 100,00 | 19 | 100,00 | 29 | 100,00 |

Sendo as gestantes maioritariamente saudáveis antes da gravidez, percebemos, pela análise da tabela 24, que perto de um terço desenvolveu complicações decorrentes da gravidez (30,53%), nomeadamente 19 mulheres com idade igual ou superior a 33 anos e 21 mulheres com idade igual ou inferior a 32 anos. Estas diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, tal como podemos comprovar pelos valores residuais obtidos.

Tabela 24 - Distribuição da existência de complicações decorrentes da gravidez em função do grupo etário

| Complicação decorrente da gravidez? | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 43 | 67,19 | 48 | 71,64 | 91 | 69,47 | -0,6 | 0,6 |
| Sim | 21 | 32,81 | 19 | 28,36 | 40 | 30,53 | 0,6 | -0,6 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Entre as principais complicações decorrentes da gravidez (cf. tabela 25), encontramos a diabetes gestacional (72,50%), a hipertensão arterial (12,50%), a anemia (7,50%) ou até a associação entre diabetes gestacional e anemia (5%).

Tabela 25 - Distribuição do tipo de complicações decorrentes da gravidez em função do grupo etário (N=40)

| Doença Prévia à Gravidez? | Grupo Etário | | | | Total | |
|-------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Diabetes Gestacional | 16 | 76,19 | 13 | 68,42 | 29 | 72,50 |
| Hipertensão Arterial | 3 | 14,29 | 2 | 10,53 | 5 | 12,50 |
| Ameaça parto pré-termo | --- | --- | 1 | 5,26 | 1 | 2,50 |
| Anemia | 1 | 4,76 | 2 | 10,53 | 3 | 7,50 |
| Diabetes Gestacional + Anemia | 1 | 4,76 | 1 | 5,26 | 2 | 5,00 |
| Total | 21 | 100,00 | 19 | 100,00 | 40 | 100,00 |

Face ao quadro clínico apresentado, apenas 6 mulheres (4,58%) tiveram indicação para repouso absoluto, três de cada grupo etário (cf. tabela 26). Desta forma, os próprios valores residuais demonstram essa inexistência de diferenças significativas entre os grupos etários.

Tabela 26 - Distribuição do aconselhamento a repouso absoluto em função do grupo etário

| Aconselhada a repouso absoluto? | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos Ajustados | |
|---------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|--------------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | N | % | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | | | | |
| Não | 61 | 95,31 | 64 | 95,52 | 125 | 95,42 | -0,1 | 0,1 |
| Sim | 3 | 4,69 | 3 | 4,48 | 6 | 4,58 | 0,1 | -0,1 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

• Consumos e práticas comportamentais

Passando à caracterização dos consumos e práticas comportamentais, começamos pela análise do Nº de refeições diárias (cf. tabela 27). Neste domínio, percebemos que a grande maioria das gestantes faz 5 a 6 refeições diárias (63,36%) ou até mais de 6 refeições (25,19%). Não é de descorar, contudo, que cerca de 15 mulheres (11,45%) fazem menos de 5 refeições diárias.

Pela análise dos valores residuais percebemos que apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários na classe das 5 a 6 refeições diárias, onde são as mulheres de idade inferior que mais se enquadram nesta classe.

Tabela 27 – Distribuição do N° de refeições diárias, segundo o grupo etário

| N° de refeições diárias | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Menos de 5 refeições | 4 | 6,25 | 11 | 16,42 | 15 | 11,45 | -1,8 | 1,8 |
| 5 a 6 refeições | 46 | 71,87 | 37 | 55,22 | 83 | 63,36 | 2,0 | -2,0 |
| Mais de 6 refeições | 14 | 21,88 | 19 | 28,36 | 33 | 25,19 | -0,9 | 0,9 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Independentemente do N° de refeições realizadas, destaca-se, igualmente, que quando questionadas, a totalidade das mulheres (100%) referem que tomam o pequeno-almoço todos os dias.

Relativamente ao consumo de sopa (cf. tabela 28), constatamos que a grande maioria das mulheres a come apenas 1 a 7 vezes por semana (83,20%), o que perfaz no máximo uma sopa por dia. É de destacar, de igual modo, que existem 2 mulheres que chegam mesmo a não ingerir sopa. Os valores residuais obtidos, demonstram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita ao consumo de sopa.

Tabela 28 – Distribuição do N° de vezes que come sopa por semana, segundo o grupo etário

| N° de vezes que come sopa por semana | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--------------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 0 | 2 | 3,12 | --- | --- | 2 | 1,53 | Não aplicável | |
| 1 a 7 | 57 | 89,07 | 52 | 77,61 | 109 | 83,20 | 1,8 | -1,8 |
| 8 a 13 | 3 | 4,69 | 9 | 13,43 | 12 | 9,16 | -1,7 | 1,7 |
| 14 ou mais | 2 | 3,12 | 6 | 8,96 | 8 | 6,11 | -1,4 | 1,4 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Já no que se refere ao consumo de peixe e carne, podemos verificar, pela análise da tabela 29, que em média as gestantes ingerem peixe gordo entre 0 e 8 vezes por semana, apurando-se uma média de 2,11 (Dp=1,43) vezes/semana. Embora as mulheres com idade superior ou igual a 33 anos ingiram ligeiramente mais peixe gordo (Ordenações média=70,38) do que as mais novas (<=32 anos) (Ordenações média=61,41), essa diferença não é estatisticamente significativa (Z=-1,40; p=0,162).

Atendendo às medidas de assimetria (Sk/StdError) e de achatamento (k/StdError) podemos inferir que a distribuição do consumo de peixe gordo, quer nos grupos etários, quer da amostra total, é assimétrica positiva e leptocúrtica.

Quanto ao consumo de carne e começando pela carne magra, verificamos que esta é consumida em média entre 0 e 12 vezes por semana, perfazendo uma média de 3,86 vezes/semana ($Dp=2,01$). Neste caso, apesar de se inverterm os consumos, com as mulheres mais novas (Ordenações média=68,91) a consumirem mais carne branca comparativamente com as mais velhas (Ordenações média=63,22), essas diferenças não são, igualmente, estatisticamente significativas ($Z=-0,87$; $p=0,382$).

Quanto à assimetria e achatamento constatamos que a distribuição do consumo de carne magra é assimétrica positiva e leptocúrtica, à exceção no grupo etário com idade igual ou superior a 33 anos em que a distribuição é mesocúrtica.

Por fim, em relação ao consumo de carnes vermelhas, observamos consumos semanais que oscilam entre as 0 e as 10 vezes, sendo a média de consumo 2,12 vezes ($Dp=1,66$). Neste consumo em específico verifica-se uma maior discrepância entre os dois grupos etários, com as mulheres com idade inferior ou igual a 32 anos (Ordenações média=72,42) a consumirem mais carne vermelha do que as de idade superior ou igual a 33 anos (Ordenações média=59,87). Contudo, apesar desta diferença se encontrar no limiar da significância, as diferenças não são estatisticamente significativas ($Z=-1,93$; $p=0,053$).

Atendendo, igualmente às medidas de assimetria ($Sk/StdError$) e de achatamento ($k/StdError$), inferimos que a distribuição do consumo de carnes vermelhas, quer nos grupos etários, quer da amostra total, é assimétrica positiva e leptocúrtica, à exceção do grupo etário com idade igual ou inferior a 32 anos em que a distribuição é mesocúrtica.

Tabela 29 - Estatísticas descritivas das vezes que ingere peixe gordo, carne magra e carne vermelha, por semana, segundo o grupo etário

| Quantas vezes por semana ingere: | N | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std _{Error} | k/Std _{Error} | Teste U de Mann-Whitney | |
|----------------------------------|-----|------|------|-----------|------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------|
| | | | | | | | | Ordenações | Médias |
| - Peixe gordo | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | 64 | 0 | 7 | 1,92 | 1,29 | 4,80 | 6,42 | 61,41 | U=1850,50 |
| >=33 anos | 67 | 0 | 8 | 2,28 | 1,54 | 4,12 | 4,30 | 70,38 | Z=-1,40 |
| Total | 131 | 0 | 8 | 2,11 | 1,43 | 6,25 | 7,04 | | p=0,162 |
| - Carne Magra | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | 64 | 0 | 12 | 4,14 | 2,40 | 3,87 | 2,54 | 68,91 | U=1958,00 |
| >=33 anos | 67 | 1 | 8 | 3,60 | 1,52 | 2,82 | 1,18 | 63,22 | Z=-0,87 |
| Total | 131 | 0 | 12 | 3,86 | 2,01 | 6,10 | 5,83 | | p=0,382 |
| - Carne vermelha | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | 64 | 0 | 6 | 2,33 | 1,44 | 2,19 | 0,11 | 72,42 | U=1733,00 |
| >=33 anos | 67 | 0 | 10 | 1,93 | 1,84 | 5,68 | 8,15 | 59,87 | Z=-1,93 |
| Total | 131 | 0 | 10 | 2,12 | 1,66 | 5,88 | 7,50 | | p=0,053 |

Agrupando, ainda, em classes os consumos de carne vermelha (cf. tabela 30), percebemos que a maioria das mulheres consome este tipo de proteína 1 a 3 vezes por semana (68,70%), sendo que cerca de 16,03% não consome este tipo de carne e 15,27% ingere a mesma 4 ou mais vezes por semana.

A análise dos valores residuais apenas evidencia a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, na classe das mulheres que não comem carne vermelha, onde o número é superior entre as mulheres com idade superior ou igual a 33 anos.

Tabela 30 – Distribuição do número de vezes que come carne vermelha por semana, segundo o grupo etário

| Número de vezes que come carne vermelha por semana | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 0 | 4 | 6,25 | 17 | 25,37 | 21 | 16,03 | -3,0 | 3,0 |
| 1 a 3 | 48 | 75,00 | 42 | 62,69 | 90 | 68,70 | 1,5 | -1,5 |
| 4 ou mais | 12 | 18,75 | 8 | 11,94 | 20 | 15,27 | 1,1 | -1,1 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Passando para o consumo de fruta (cf. tabela 31), a maior parte das mulheres ingere 3 a 4 peças de fruta por dia (60,31%), logo seguidas do grupo que consome 1 a 2 peças de fruta por dia (34,35%). Os valores residuais obtidos demonstram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 31 – Distribuição do Nº de peças de fruta que ingere por dia, segundo o grupo etário

| Nº de peças de fruta que ingere por dia | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 0 | 1 | 1,56 | --- | --- | 1 | 0,76 | Não Aplicável | |
| 1-2 | 26 | 40,62 | 19 | 28,36 | 45 | 34,35 | 1,5 | -1,5 |
| 3-4 | 34 | 53,13 | 45 | 67,16 | 79 | 60,31 | -1,6 | 1,6 |
| Mais de 4 | 3 | 4,69 | 3 | 4,48 | 6 | 4,58 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Quanto ao consumo de laticínios diário (cf. tabela 32), as grávidas consomem maioritariamente menos de 3 porções diárias (61,83%), havendo quem ingira 3 porções por dia (29,77%) ou até, embora em menor número, mais de 3 porções diárias (8,40%). Observando os valores residuais resultantes da análise, constatamos que não existem diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 32 – Distribuição das porções de laticínios meio-gordos ou magros que consome por dia, segundo o grupo etário

| Porções de laticínios que consome por dia | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Menos de 3 porções | 38 | 59,38 | 43 | 64,17 | 81 | 61,83 | -0,6 | 0,6 |
| 3 porções | 21 | 32,81 | 18 | 26,87 | 39 | 29,77 | 0,7 | -0,7 |
| Mais de 3 porções | 5 | 7,81 | 6 | 8,96 | 11 | 8,40 | -0,2 | 0,2 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Tendo em conta os consumos efetuados e cuidados com a alimentação, quando questionadas sobre se consideram que a sua alimentação está de acordo com a roda dos alimentos, a maioria das mulheres responde afirmativamente (81,68%), embora um número ainda substancial de mulheres (24) reconheça que a sua alimentação não se encontra de acordo com o preconizado na roda dos alimentos (cf. tabela 33). Pela análise dos valores residuais não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 33 - Distribuição da resposta à questão “Considera o seu tipo de alimentação de acordo com a roda dos alimentos?” em função do grupo etário

| Alimentação de acordo com a roda dos alimentos? | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Não | 13 | 20,31 | 11 | 16,42 | 24 | 18,32 | 0,6 | -0,6 |
| Sim | 51 | 79,69 | 56 | 83,58 | 107 | 81,68 | -0,6 | 0,6 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Finalmente, reportando-nos à ingestão de bebidas, incluindo água e outras bebidas como sumos naturais e infusões (cf. tabela 34), constatamos que este consumo oscila predominantemente entre 1,5l e os 2l por dia (65,65%), havendo uma percentagem importante que consome menos de 1,5l por dia (22,90%). Os valores residuais obtidos demonstram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 34 – Distribuição da quantidade de bebidas que ingere por dia, segundo o grupo etário

| Quantidade de bebidas que ingere por dia | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Menos de 1,5L/dia | 16 | 25,00 | 14 | 20,90 | 30 | 22,90 | 0,6 | -0,6 |
| Entre 1,5L a 2L/dia | 44 | 68,75 | 42 | 62,68 | 86 | 65,65 | 0,7 | -0,7 |
| Entre 2L a 2,5L/dia | 4 | 6,25 | 7 | 10,45 | 11 | 8,40 | -0,9 | 0,9 |
| Mais de 2,5L/dia | --- | --- | 4 | 5,97 | 4 | 3,05 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Tendo em conta os hábitos alimentares anteriormente apresentados e por forma a conseguirmos sintetizar esses mesmos hábitos à luz das recomendações da DGS (Teixeira, 2015), procurámos perceber qual o grau de cumprimento dessas recomendações durante a gravidez. Assim, baseados em nove das recomendações da DGS, também avaliados neste estudo, a tabela 35 apresenta o número de critérios cumpridos pelas gestantes, considerando: a realização de 5 a 6 refeições diárias; tomar sempre o pequeno almoço; ingestão de sopa ao almoço e jantar; consumo preferencial de peixe gordo e carne magra (nestes dois casos consideramos no mínimo 5 porções semanais de cada tipologia); o limite do consumo de carne vermelha a 2 a 3 vezes por semana; ingestão de 3 a 4 peças de fruta por dia, 3 porções de lacticínios meio-gordos ou magros por dia e a ingestão de pelo menos 2,3L de bebidas (incluindo água e outras bebidas como leite, sumos naturais e infusões) por dia.

Observamos na tabela 35 que a maioria das gestantes (80,15%) cumpre apenas entre 3 a 5 das 9 recomendações da DGS analisadas. Ou seja, 30,53% cumpre 4 das recomendações, 29,01% cumpre apenas 3 e 20,61% cumpre 5 recomendações. De realçar que apenas 11 grávidas (8,40%) cumprem 6 ou mais das recomendações alimentares, sendo que destas, apenas 1 mulher (0,76%) cumpre a totalidade das recomendações alimentares analisadas no estudo.

Atendendo aos valores residuais obtidos concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 35 – Distribuição do Nº de recomendações de alimentação cumpridos pelas gestantes, de acordo com a DGS, segundo o grupo etário

| Nº recomendações de alimentação cumpridos | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 1 | 1 | 1,56 | 1 | 1,49 | 2 | 1,53 | Não Aplicável | |
| 2 | 8 | 12,50 | 5 | 7,46 | 13 | 9,92 | 1,0 | -1,0 |
| 3 | 16 | 25,00 | 22 | 32,84 | 38 | 29,01 | -1,0 | 1,0 |
| 4 | 17 | 26,57 | 23 | 34,33 | 40 | 30,53 | -1,0 | 1,0 |
| 5 | 16 | 25,00 | 11 | 16,42 | 27 | 20,61 | 1,2 | -1,2 |
| 6 | 5 | 7,81 | --- | --- | 5 | 3,82 | Não Aplicável | |
| 7 | 1 | 1,56 | 4 | 5,97 | 5 | 3,82 | Não Aplicável | |
| 9 | --- | --- | 1 | 1,49 | 1 | 0,76 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Relativamente a outro tipo de hábitos/consumos, passaremos a analisar os hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e café.

Iniciando pelos hábitos tabágicos (cf. tabela 36), percebemos que apesar de antes da gravidez 23 mulheres (17,56%) fumarem, atualmente apenas 6 mantêm esse hábito (4,58%). Constatamos, assim, que a maioria das mulheres não fuma habitualmente e mesmo das que fumavam antes da gravidez, a grande maioria não fuma atualmente, durante a gestação. Analisando os valores residuais constatamos que, relativamente ao consumo de tabaco (quer antes de engravidar, quer atualmente) não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários

Tabela 36 - Distribuição dos hábitos tabágicos em função do grupo etário

| | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|------------------------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Fuma atualmente? | | | | | | | | |
| Não | 61 | 95,31 | 64 | 95,52 | 125 | 95,42 | -0,1 | 0,1 |
| Sim | 3 | 4,69 | 3 | 4,48 | 6 | 4,58 | Não Aplicável | |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |
| Fumava antes de engravidar? | | | | | | | | |
| Não | 55 | 85,94 | 53 | 79,10 | 108 | 82,44 | 1,0 | -1,0 |
| Sim | 9 | 14,06 | 14 | 20,90 | 23 | 17,56 | -1,0 | 1,0 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Procurando perceber a dimensão do consumo, as mulheres foram, igualmente questionadas sobre o N° de cigarros que fuma/fumava por dia (cf. tabela 37). Os resultados demonstraram que, em média, as mulheres fumavam 8,22 (Dp=4,88) cigarros por dia (mínimo 2 e máximo 20) e as que mantêm o consumo durante a gravidez, fumam em média 5 (Dp=1,90) cigarros por dia (mínimo 2 e máximo 8).

Observando medidas de assimetria (Sk/StdError) e de achatamento (k/StdError) podemos inferir que a distribuição do consumo total de tabaco, atualmente é simétrica e mesocúrtica. No que se refere aos hábitos prévios à gravidez desse consumo, verificamos que a distribuição no grupo de idade inferior é simétrica e mesocúrtica, enquanto nas mulheres mais velhas é assimétrica positiva e leptocúrtica. Já na amostra global, a distribuição é assimétrica positiva e mesocúrtica.

Atendendo aos testes efetuados e apesar de se verificar que as mulheres mais novas fumam ligeiramente mais cigarros do que as mais velhas, não é possível identificar qualquer diferença estatisticamente significativa entre o N° de cigarros consumido pelas duas classes etárias ($p > 0,05$), quer antes de engravidar ($Z = -0,23$; $p = 0,819$) quer atualmente ($Z = -1,29$; $p = 0,197$).

Tabela 37 - Estatísticas descritivas do número de cigarros que fuma ou fumava por dia, segundo o grupo etário

| Número de cigarros, por dia: | N | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std _{Error} | k/Std _{Error} | Teste U de Mann-Whitney | |
|---------------------------------------|-----------|----------|-----------|-------------|-------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| | | | | | | | | Ordenações | Médias |
| Que fuma atualmente | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | 3 | 5 | 8 | 6,00 | 1,73 | 1,41 | --- | 4,33 | U=2,00 |
| >=33 anos | 3 | 2 | 5 | 4,00 | 1,73 | -1,41 | --- | 2,67 | Z=-1,29 |
| Total | 6 | 2 | 8 | 5,00 | 1,90 | 0,00 | 1,43 | | p=0,197 |
| Que fumava antes de engravidar | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | 9 | 2 | 20 | 8,67 | 5,66 | 1,20 | 0,51 | 12,39 | U=59,50 |
| >=33 anos | 14 | 3 | 20 | 7,93 | 4,51 | 2,34 | 2,54 | 11,75 | Z=-0,23 |
| Total | 23 | 2 | 20 | 8,22 | 4,88 | 2,24 | 1,23 | | p=0,819 |

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas (cf. tabela 38), verificamos que atualmente nenhuma das grávidas (100%) mantém este tipo de consumo, apesar de antes da gravidez 37,69% das mulheres consumir bebidas alcoólicas. Contudo, mesmo estes consumos prévios à gravidez são classificados pelas mulheres, em termos de frequência, como ocorrendo “raramente” (90%), surgindo apenas 1 pessoa que afirma, anteriormente, beber diariamente (2%) e 4 mulheres (8%) beber frequentemente.

Os valores residuais obtidos, revelaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários.

Tabela 38 - Distribuição dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em função do grupo etário

| Consumo de bebidas alcoólicas: | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|---|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | N | % | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | | | | |
| Atualmente | | | | | | | | |
| Não | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | --- | --- |
| Sim | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |
| Antes de engravidar? | | | | | | | | |
| Não | 44 | 68,75 | 37 | 56,06 | 81 | 62,31 | 1,5 | -1,5 |
| Sim | 20 | 31,25 | 29 | 43,94 | 49 | 37,69 | -1,5 | 1,5 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |
| Frequência de consumo antes de engravidar? | | | | | | | | |
| Diariamente | 1 | 5,00 | --- | --- | 1 | 2,00 | Não Aplicável | |
| Frequentemente | --- | --- | 4 | 13,33 | 4 | 8,00 | Não Aplicável | |
| Raramente | 19 | 95,00 | 26 | 86,67 | 45 | 90,00 | 1,0 | -1,0 |
| Total | 20 | 100,00 | 30 | 100,00 | 50 | 100,00 | | |

Reportando-nos ao consumo de café, verificamos que, atualmente, 55,73% das mulheres bebem esta substância. Contudo, este consumo parece ter reduzido com a gravidez, já que previamente à mesma, a percentagem de mulheres que bebia café era superior, com 74,81% a confirmar esse consumo.

Pela análise dos valores residuais relativos ao consumo de café em cada um dos momentos, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários.

Tabela 39 - Distribuição dos hábitos de consumo de café em função do grupo etário

| Consumo de Café: | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Atualmente | | | | | | | | |
| Não | 29 | 45,31 | 29 | 43,28 | 58 | 44,27 | 0,2 | -0,2 |
| Sim | 35 | 54,69 | 38 | 56,72 | 73 | 55,73 | -0,2 | 0,2 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |
| Antes engravidar | | | | | | | | |
| Não | 16 | 25,00 | 17 | 25,37 | 33 | 25,19 | 0,0 | 0,0 |
| Sim | 48 | 75,00 | 50 | 74,63 | 98 | 74,81 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Detalhando o Nº de cafés ingeridos, os resultados demonstram (cf. tabela 40) que as mulheres bebem, atualmente, entre 1 e 3 cafés por dia, ou seja, em média ingerem 1,41 (Dp=0,55) cafés. Anteriormente (antes da gravidez), o consumo variava entre 1 e 6 cafés diários, sendo a média de 2,24 (Dp=1,13) cafés.

Olhando para as medidas de assimetria (Sk/StdError) e de achatamento (k/StdError) podemos constatar que a distribuição do consumo de cafés na atualidade é mesocúrtica quer nos grupos etários, quer da amostra total, sendo assimétrica positiva no grupo das mulheres mais novas e na amostra total e simétrica no grupo das mulheres de idade superior. Já no consumo de café prévio à gravidez a distribuição é assimétrica positiva e mesocúrtica em todos os grupos, bem como na amostra total.

Independentemente do momento (antes da gravidez ou na atualidade) o Nº de cafés ingeridos não oscila muito dentro dos grupos etários, não se encontrando por isso, qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os grupos.

Tabela 40 - Estatísticas descritivas do Nº de cafés que bebe ou bebia por dia, segundo o grupo etário

| Nº de cafés, por dia: | N | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std _{Error} | k/Std _{Error} | Teste U de Mann-Whitney | |
|--------------------------------------|---|------|------|-----------|------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------|
| | | | | | | | | Ordenações | Médias |
| Que bebe atualmente | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | | 1 | 3 | 1,34 | 0,54 | 3,21 | 0,97 | 34,56 | U=579,50 |
| >=33 anos | | 1 | 3 | 1,47 | 0,56 | 1,58 | -0,95 | 39,25 | Z=-1,11 |
| Total | | 1 | 3 | 1,41 | 0,55 | 3,14 | -0,48 | | p=0,266 |
| Que bebia antes de engravidar | | | | | | | | | |
| <= 32 anos | | 1 | 5 | 2,17 | 1,14 | 2,45 | -0,04 | 47,26 | U=1092,50 |
| >=33 anos | | 1 | 6 | 2,32 | 1,13 | 2,69 | 1,72 | 51,65 | Z=-0,796 |
| Total | | 1 | 6 | 2,24 | 1,13 | 3,50 | 1,00 | | p=0,426 |

Tal como realizado para os hábitos alimentares, também no que se refere aos consumos de tabaco, café e bebidas alcoólicas, procuramos sintetizar o grau de cumprimento das grávidas à luz das recomendações da DGS, nomeadamente ausência de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, bem como a ingestão no máximo de 2 cafés por dia (considerando em média que cada café expresso tem cerca de 100mg de cafeína).

Os resultados obtidos (cf. tabela 41) demonstram que neste domínio e analisando os consumos mencionados (café, tabaco e álcool), as grávidas, na sua grande maioria, cumprem as 3 recomendações da DGS (93,89%), sendo que as restantes (6,11%) apenas não cumprem um dos 3 critérios de consumo referenciados.

Verificando os valores residuais neste domínio, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários.

Tabela 41 – Distribuição do Nº de recomendações de consumo (café, tabaco e bebidas alcoólicas) cumpridos pelas gestantes, de acordo com a DGS, segundo o grupo etário

| Nº recomendações de consumos cumpridos | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| 2 | 4 | 6,25 | 4 | 5,97 | 8 | 6,11 | 0,1 | -0,1 |
| 3 | 60 | 93,75 | 63 | 94,03 | 123 | 93,89 | -0,1 | 0,1 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Analisando, de igual forma, os hábitos de prática de atividade física das gestantes, verificamos que existe uma quase divisão equitativa da amostra em dois grupos, sendo que 54,96% afirmam fazê-lo com regularidade e 45,04% não pratica regularmente atividade física. Os resíduos obtidos, demonstram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (cf. tabela 42).

Tabela 42 - Distribuição da prática de atividade física regular em função do grupo etário

| Prática de atividade física regular? | Grupo Etário | | | | Total | | Resíduos | |
|--------------------------------------|--------------|--------|-----------|--------|-------|--------|------------|-----------|
| | <= 32 anos | | >=33 anos | | | | <= 32 anos | >=33 anos |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Sim | 37 | 57,81 | 35 | 52,24 | 72 | 54,96 | 0,6 | -0,6 |
| Não | 27 | 42,19 | 32 | 47,76 | 59 | 45,04 | -0,6 | 0,6 |
| Total | 64 | 100,00 | 67 | 100,00 | 131 | 100,00 | | |

Questionadas sobre o motivo para não praticar atividade física regularmente, entre as mulheres que responderam, podemos destacar os motivos mais referenciados (cf. tabela 43): falta de tempo (35,13%); existência de dor pélvica (16,23%) ou lombar (10,81%); e a própria indicação médica (13,51%).

Tabela 43 - Distribuição dos motivos de não praticar atividade física

| Motivo de não praticar atividade física regular | N | % |
|---|----|--------|
| Falta de tempo | 26 | 35,13 |
| Dor Pélvica | 12 | 16,23 |
| Indicação médica | 10 | 13,51 |
| Dor lombar | 8 | 10,81 |
| Não gosto de praticar desporto | 5 | 6,76 |
| Dor ciática | 3 | 4,05 |
| Medo que faça mal ao bebé | 3 | 4,05 |
| Outros motivos (diversos) | 7 | 9,46 |
| Total | 74 | 100,00 |

De forma a analisar a prática de exercício físico das gestantes, procurou-se calcular o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) para um conjunto de atividades desenvolvidas pelas mulheres.

Os resultados apresentados na tabela 44 apresentam, assim, os valores médios apurados para a atividade total (\bar{x} =196,73; Dp=97,80), bem como para as restantes atividades, sendo que as que produzem um maior gasto energético semanal são: a atividade doméstica (\bar{x} =94,67; Dp=59,02), as atividades de intensidade leve (\bar{x} =86,21; Dp=40,41) e as atividades de intensidade moderada (\bar{x} =61,74; Dp=70,22).

Atendendo às medidas de assimetria (Sk/StdError) e de achatamento (k/StdError) podemos inferir que a distribuição do gasto energético semanal quer dos grupos etários, quer da amostra total, é assimétrica positiva e leptocúrtica, à exceção da distribuição na atividade sedentária em que a mesma é mesocúrtica.

Tabela 44 - Estatísticas descritivas do gasto energético semanal com a atividade física (N=131)

| PPAQ | Mín. | Máx. | \bar{x} | Dp | Sk/Std _{Error} | k/Std _{Error} |
|-----------------------------------|-------|--------|-----------|-------|-------------------------|------------------------|
| Atividade Total | 48,13 | 610,93 | 196,73 | 97,80 | 6,71 | 8,40 |
| Intensidade | | | | | | |
| Atividade Sedentária | 1,75 | 151,73 | 47,57 | 30,61 | 4,46 | 1,04 |
| Atividade de Intensidade Leve | 17,50 | 244,48 | 86,21 | 40,41 | 4,08 | 2,71 |
| Atividade de Intensidade Moderada | 0,00 | 430,45 | 61,74 | 70,22 | 13,26 | 23,30 |
| Atividade de Intensidade Vigorosa | 0,00 | 13,63 | 1,22 | 2,52 | 12,44 | 17,33 |
| Tipo | | | | | | |
| Atividade Doméstica | 9,10 | 289,10 | 94,67 | 59,02 | 4,86 | 2,31 |
| Atividade Ocupacional | 0,00 | 458,50 | 43,97 | 73,27 | 12,25 | 21,79 |
| Atividade Desportiva | 0,00 | 26,30 | 5,31 | 5,63 | 7,90 | 6,18 |

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Depois de se proceder à análise descritiva dos dados, segue-se a análise inferencial dos mesmos, tendo como matriz de orientação a operacionalização dos objetivos específicos desta investigação.

❖ **Influência das características sociodemográficas da grávida sobre a sua adesão a estilos de vida saudáveis**

No subcapítulo seguinte serão analisadas as influências que algumas das variáveis sociodemográficas têm sobre a adesão da grávida a estilos de vida saudáveis, no que respeita a prática de atividade física, hábitos alimentares e consumo de substâncias.

• **Idade vs estilos de vida saudáveis**

A matriz de correlação bivariada de Spearman, entre o nível de atividade física (determinado pelo gasto energético semanal) e a idade demonstra a existência de associações muito fracas ou fracas entre as variáveis. Contudo, apesar de na generalidade essas associações não apresentarem qualquer significado estatístico, a associação entre o gasto energético das atividades sedentárias e a idade surge como uma associação positiva, fraca e estatisticamente significativa ($r_s=0,22$; $p=0,011$). Desta forma verificamos que à medida que a idade aumenta, também o gasto energético semanal com atividade sedentária aumenta (cf. tabela 45).

Tabela 45 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a idade (N=131)

| PPAQ | Idade |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Atividade Total | $r_s=0,06$ $p=0,488$ |
| Intensidade | |
| Atividade Sedentária | $r_s=0,22$ $p=0,011$ |
| Atividade Leve | $r_s=0,03$ $p=0,699$ |
| Atividade Moderada | $r_s=-0,05$ $p=0,541$ |
| Atividade Vigorosa | $r_s=-0,11$ $p=0,212$ |
| Tipo | |
| Atividade Doméstica | $r_s=0,11$ $p=0,200$ |
| Atividade Ocupacional | $r_s=0,09$ $p=0,292$ |
| Atividade Desportiva/exercício | $r_s=-0,13$ $p=0,127$ |

No que respeita ao cumprimento das recomendações da DGS relativas à alimentação e consumos (café, tabaco e álcool), verificamos pela matriz de correlação abaixo apresentada (cf. tabela 46), que a associação entre o cumprimento dessas recomendações e a idade é muito fraca, sendo desprovido de qualquer significado estatisticamente significativo ($p>0,05$).

Tabela 46 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a idade (N=131)

| Recomendações da DGS | Idade |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Recomendações da alimentação | $r_s= -0,02$ $p= 0,829$ |
| Recomendações de consumo | $r_s= 0,08$ $p= 0,365$ |

- **Estado civil vs estilos de vida saudáveis**

Relativamente ao estado civil, o recurso ao teste de Kruskal Wallis, não evidenciou a existência de qualquer relação estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre o estado civil e o gasto energético mensal (cf. tabela 47). Deste modo, depreendemos que o estado civil não influencia a prática de atividade física/gasto energético semanal.

Tabela 47 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o estado civil (N=131)

| PPAQ | Estado Civil | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--------------------------------|----------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Solteira | 22 | 71,73 | H= 3,99 |
| | Casada | 80 | 67,58 | |
| | União de facto | 24 | 61,67 | p= 0,262 |
| | Divorciada | 5 | 36,40 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Solteira | 22 | 64,34 | H= 7,24 |
| | Casada | 80 | 72,19 | |
| | União de facto | 24 | 50,69 | p= 0,065 |
| | Divorciada | 5 | 47,70 | |
| Atividade Leve | Solteira | 22 | 69,00 | H= 5,75 |
| | Casada | 80 | 67,26 | |
| | União de facto | 24 | 67,33 | p= 0,124 |
| | Divorciada | 5 | 26,20 | |
| Atividade Moderada | Solteira | 22 | 79,91 | H= 4,56 |
| | Casada | 80 | 65,29 | |
| | União de facto | 24 | 58,40 | p= 0,207 |
| | Divorciada | 5 | 52,70 | |
| Atividade Vigorosa | Solteira | 22 | 67,59 | H= 0,54 |
| | Casada | 80 | 65,24 | |
| | União de facto | 24 | 68,54 | p= 0,910 |
| | Divorciada | 5 | 58,90 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Solteira | 22 | 57,27 | H= 2,63 |
| | Casada | 80 | 67,71 | |
| | União de facto | 24 | 71,48 | p= 0,453 |
| | Divorciada | 5 | 50,80 | |
| Atividade Ocupacional | Solteira | 22 | 68,89 | H= 1,46 |
| | Casada | 80 | 67,61 | |
| | União de facto | 24 | 59,90 | p= 0,691 |
| | Divorciada | 5 | 56,90 | |
| Atividade Desportiva/Exercício | Solteira | 22 | 77,34 | H= 3,92 |
| | Casada | 80 | 63,49 | |
| | União de facto | 24 | 68,31 | p= 0,270 |
| | Divorciada | 5 | 45,20 | |

Através da aplicação do teste de Kruskal Wallis, parece também não existir influência do estado civil no cumprimento das recomendações da DGS relativas à alimentação e aos consumos (cf. tabela 48), pois as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 48 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o estado civil (N=131)

| Recomendações da DGS | Estado Civil | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|----------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Solteira | 22 | 56,95 | H= 2,37 |
| | Casada | 80 | 69,64 | |
| | União de facto | 24 | 62,23 | p= 0,499 |
| | Divorciada | 5 | 65,70 | |
| Recomendações de consumo | Solteira | 22 | 61,07 | H= 2,81 |
| | Casada | 80 | 66,73 | |
| | União de facto | 24 | 67,27 | p= 0,422 |
| | Divorciada | 5 | 70,00 | |

- **Índice de Graffar vs estilos de vida saudáveis**

O teste de Kruskal Wallis revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre a classe socioeconómica e a atividade física (cf. tabela 49).

Tabela 49 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a classificação social das mulheres (N=131)

| PPAQ | Escala de Graffar | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--------------------------------|-------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Classe I | 25 | 62,52 | H= 0,702 p= 0,873 |
| | Classe II | 49 | 68,98 | |
| | Classe III | 51 | 65,63 | |
| | Classe IV | 6 | 59,33 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Classe I | 25 | 75,70 | H= 6,43 p= 0,093 |
| | Classe II | 49 | 72,04 | |
| | Classe III | 51 | 56,81 | |
| | Classe IV | 6 | 54,33 | |
| Atividade Leve | Classe I | 25 | 55,84 | H= 2,34 p= 0,504 |
| | Classe II | 49 | 67,99 | |
| | Classe III | 51 | 68,15 | |
| | Classe IV | 6 | 73,83 | |
| Atividade Moderada | Classe I | 25 | 57,34 | H= 2,63 p= 0,452 |
| | Classe II | 49 | 64,72 | |
| | Classe III | 51 | 71,88 | |
| | Classe IV | 6 | 62,50 | |
| Atividade Vigorosa | Classe I | 25 | 63,50 | H= 2,52 p= 0,472 |
| | Classe II | 49 | 63,47 | |
| | Classe III | 51 | 70,90 | |
| | Classe IV | 6 | 55,42 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Classe I | 25 | 53,90 | H= 3,80 p= 0,283 |
| | Classe II | 49 | 65,87 | |
| | Classe III | 51 | 70,87 | |
| | Classe IV | 6 | 76,08 | |
| Atividade Ocupacional | Classe I | 25 | 71,72 | H= 4,26 p= 0,235 |
| | Classe II | 49 | 69,72 | |
| | Classe III | 51 | 62,10 | |
| | Classe IV | 6 | 44,92 | |
| Atividade Desportiva/Exercício | Classe I | 25 | 68,56 | H= 2,48 p= 0,478 |
| | Classe II | 49 | 60,41 | |
| | Classe III | 51 | 71,19 | |
| | Classe IV | 6 | 56,92 | |

Quanto às recomendações da DGS, apuramos, que a classe socioeconómica parece não influenciar o cumprimento das recomendações relativas aos consumos (tabaco, café e álcool) ($H = 3,04$; $p = 0,386$), o mesmo não acontece nas recomendações relativas à alimentação, onde constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($H = 8,14$; $p = 0,043$) no seu cumprimento de acordo com a classe socioeconómica das mulheres.

Atendendo às ordenações médias das várias classes (cf. tabela 50) verificamos que a classe I (Classe Superior Alta) surge com valores superiores (Ordenações médias=79,18) de cumprimento das recomendações, valores que vão reduzindo até à classe IV (Classe Inferior Alta) (Ordenações médias=36,83), com os valores mais baixos. Recorrendo aos testes de

comparações múltiplas de médias de ordem, verificamos que as diferenças encontradas são significativas entre a classe I (Classe Superior Alta) e a classe IV (Classe Inferior Alta) ($p=0,011$), entre a classe I (Classe Superior Alta) e a classe III (Classe Média) ($p=0,042$), bem como entre a classe II (Classe Superior Baixa) e a classe IV (Classe Inferior Alta) ($p=0,049$).

Tabela 50 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a classificação social das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Escala de Graffar | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|-------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Classe I | 25 | 79,18 | H= 8,14 |
| | Classe II | 49 | 68,15 | p= 0,043 |
| | Classe III | 51 | 60,90 | |
| | Classe IV | 6 | 36,83 | |
| Recomendações de consumos | Classe I | 25 | 70,00 | |
| | Classe II | 49 | 65,99 | p= 0,386 |
| | Classe III | 51 | 64,86 | |
| | Classe IV | 6 | 59,08 | |

- **Área de residência vs estilos de vida saudáveis**

No que respeita à área de residência, após a aplicação do teste U de Mann-Whitney, identificamos apenas a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($Z=-2,53$; $p=0,011$) na prática de atividades sedentárias, onde as mulheres que vivem em meio urbano (Ordenações Médias= 74,47) têm um gasto energético estatisticamente superior em atividades sedentárias, comparativamente com as que vivem em meio rural (Ordenações Médias= 57,66, cf. tabela 51).

Tabela 51 - Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a área de residência das mulheres (N=131)

| PPAQ | Área de residência | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|--------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Urbana | 65 | 70,48 | Z= -1,34 |
| | Rural | 66 | 61,59 | p= 0,180 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Urbana | 65 | 74,47 | Z= -2,53 |
| | Rural | 66 | 57,66 | p= 0,011 |
| Atividade Leve | Urbana | 65 | 69,58 | Z= -1,07 |
| | Rural | 66 | 62,48 | p= 0,284 |
| Atividade Moderada | Urbana | 65 | 67,75 | Z= -0,52 |
| | Rural | 66 | 64,28 | p= 0,601 |
| Atividade Vigorosa | Urbana | 65 | 68,56 | Z= -0,95 |
| | Rural | 66 | 63,48 | p= 0,342 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Urbana | 65 | 68,16 | Z= -0,65 |
| | Rural | 66 | 63,87 | p= 0,518 |
| Atividade Ocupacional | Urbana | 65 | 68,21 | Z= -0,74 |
| | Rural | 66 | 63,83 | p= 0,462 |
| Atividade Desportiva exercício | Urbana | 65 | 70,68 | Z= -1,40 |
| | Rural | 66 | 61,39 | p= 0,161 |

O cumprimento das recomendações da DGS relativamente à alimentação e tabaco, por outro lado, não parecem ser influenciadas pela área de residência, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p > 0,05$), tal como se pode constatar pelos resultados do procedimento estatístico conduzido (cf. tabela 52).

Tabela 52 - Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a área de residência das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Área de residência | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|--------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Urbana | 65 | 68,36 | Z= -0,73 |
| | Rural | 66 | 63,67 | p= 0,465 |
| Recomendações de consumos | Urbana | 65 | 66,98 | Z= -0,70 |
| | Rural | 66 | 65,04 | p= 0,481 |

❖ **Influência das características do contexto laboral da grávida sobre a sua adesão a estilos de vida saudáveis**

Nas tabelas que se seguem pretende-se verificar empiricamente a influência das variáveis de contexto laboral sobre a adesão a estilos de vida saudáveis pela grávida.

- **Situação laboral vs estilos de vida saudáveis**

Atendendo à situação laboral, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas no gasto energético semanal de acordo com a situação laboral da mulher, nomeadamente na atividade total ($H = 25,69$; $p = 0,000$), onde as empregadas ativas apresentam gastos energéticos estatisticamente superiores às empregadas mas com baixa médica; na atividade sedentária ($H = 14,34$; $p = 0,001$), onde as empregadas ativas apresentam também valores estatisticamente superiores quer às empregadas com baixa médica, quer às desempregadas; nas atividades de intensidade moderada ($H = 20,73$; $p = 0,000$), onde as empregadas ativas voltam a apresentar gastos energéticos estatisticamente superiores às empregadas mas com baixa médica; e, finalmente, nas atividades ocupacionais ($H = 76,58$; $p = 0,000$), onde as empregadas ativas apresentam novamente valores estatisticamente superiores quer às empregadas com baixa médica, quer às desempregadas (cf. tabela 53).

Tabela 53 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a situação laboral das mulheres (N=131)

| PPAQ | Situação Laboral | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--|----------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Empregada ativa | 56 | 85,20 | H= 25,69 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 49,93 | p= 0,000 |
| | Desempregada | 14 | 59,21 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Empregada ativa | 56 | 80,12 | H= 14,34 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 57,35 | p= 0,001 |
| | Desempregada | 14 | 47,21 | |
| Atividade Leve | Empregada ativa | 56 | 72,97 | H= 4,61 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 58,39 | p= 0,100 |
| | Desempregada | 14 | 71,25 | |
| Atividade Moderada | Empregada ativa | 56 | 82,64 | H= 20,73 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 50,66 | p= 0,000 |
| | Desempregada | 14 | 66,29 | |
| Atividade Vigorosa | Empregada ativa | 56 | 60,48 | H= 3,29 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 69,53 | p= 0,193 |
| | Desempregada | 14 | 72,68 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Empregada ativa | 56 | 67,24 | H= 0,59 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 63,61 | p= 0,744 |
| | Desempregada | 14 | 71,46 | |
| Atividade Ocupacional | Empregada ativa | 56 | 96,12 | H= 76,58 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 44,03 | p= 0,000 |
| | Desempregada | 14 | 41,25 | |
| Atividade Desportiva/ exercício | Empregada ativa | 56 | 57,19 | H= 5,57 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 71,48 | p= 0,062 |
| | Desempregada | 14 | 77,36 | |

Já no que se refere ao cumprimento das recomendações da DGS, não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) consoante a situação laboral da grávida (cf. tabela 54). Constatamos isso mesmo na tabela seguinte que apresenta os resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis referidas.

Tabela 54 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a situação laboral das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Situação Laboral | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|----------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Empregada ativa | 56 | 71,04 | H= 2,10 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 63,26 | p= 0,350 |
| | Desempregada | 14 | 57,75 | |
| Recomendações de consumos | Empregada ativa | 56 | 67,66 | H= 1,11 |
| | Empregada com baixa médica | 61 | 64,63 | p= 0,574 |
| | Desempregada | 14 | 65,32 | |

- **Carga horária semanal vs estilos de vida saudáveis**

Analisando a influência da carga horária semanal na prática de atividade física, conduziu-se novamente o teste de Kruskal Wallis, procurando identificar a existência de diferenças significativas (cf. tabela 55). Contudo, os resultados demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na atividade ocupacional ($H= 9,46$; $p= 0,024$), onde as mulheres com uma carga horária semanal superior a 40 horas parecem apresentar um gasto energético superior às restantes que trabalham menos horas.

Tabela 55 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a carga horária das mulheres (N=131)

| PPAQ | Carga horária semanal | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--------------------------------|-----------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | 35h | 19 | 27,21 | H= 0,61 |
| | 40h | 29 | 29,17 | |
| | >40h | 3 | 34,00 | p= 0,894 |
| | <35h | 5 | 26,20 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | 35h | 19 | 27,32 | H= 0,31 |
| | 40h | 29 | 29,64 | |
| | >40h | 3 | 26,33 | p= 0,959 |
| | <35h | 5 | 27,70 | |
| Atividade Leve | 35h | 19 | 30,45 | H= 1,94 |
| | 40h | 29 | 28,83 | |
| | >40h | 3 | 28,67 | p= 0,584 |
| | <35h | 5 | 19,10 | |
| Atividade Moderada | 35h | 19 | 26,53 | H= 3,40 |
| | 40h | 29 | 27,59 | |
| | >40h | 3 | 44,33 | p= 0,334 |
| | <35h | 5 | 31,80 | |
| Atividade Vigorosa | 35h | 19 | 31,55 | H= 2,43 |
| | 40h | 29 | 27,31 | |
| | >40h | 3 | 22,50 | p= 0,488 |
| | <35h | 5 | 27,40 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | 35h | 19 | 32,58 | H= 5,35 |
| | 40h | 29 | 28,28 | |
| | >40h | 3 | 9,67 | p= 0,148 |
| | <35h | 5 | 25,60 | |
| Atividade Ocupacional | 35h | 19 | 20,74 | H= 9,46 |
| | 40h | 29 | 31,50 | |
| | >40h | 3 | 47,67 | p= 0,024 |
| | <35h | 5 | 29,10 | |
| Atividade Desportiva/Exercício | 35h | 19 | 32,39 | H= 2,62 |
| | 40h | 29 | 26,16 | |
| | >40h | 3 | 20,67 | p= 0,453 |
| | <35h | 5 | 32,00 | |

Relativamente ao cumprimento das recomendações da DGS não se vislumbra a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) de acordo com a carga horária desenvolvida pelas mulheres na sua atividade laboral (cf. tabela 56).

Tabela 56 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a carga horária das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Carga horária semanal | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | 35h | 19 | 24,21 | H= 3,72 |
| | 40h | 29 | 31,29 | |
| | >40h | 3 | 20,00 | p= 0,293 |
| | <35h | 5 | 33,70 | |
| Recomendações de consumos | 35h | 19 | 29,50 | H= 1,90 |
| | 40h | 29 | 27,57 | |
| | >40h | 3 | 29,50 | p= 0,594 |
| | <35h | 5 | 29,50 | |

- **Tipo de horário vs estilos de vida saudáveis**

No que concerne ao tipo de horário desenvolvido pelas trabalhadoras grávidas, embora globalmente pareça existir uma tendência para o gasto energético ser superior nas mulheres que trabalham por turnos, o procedimento estatístico revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), não se consubstanciando a influência do tipo de horário praticado no gasto energético das grávidas (cf. tabela 57).

Tabela 57 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o tipo de horário das mulheres (N=131)

| PPAQ | Tipo Horário | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--|---------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Horário fixo diurno | 42 | 28,00 | H= 1,76 |
| | Por turnos | 9 | 34,11 | p= 0,415 |
| | Outros | 5 | 22,60 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Horário fixo diurno | 42 | 29,10 | H= 0,36 |
| | Por turnos | 9 | 25,50 | p= 0,834 |
| | Outros | 5 | 28,90 | |
| Atividade Leve | Horário fixo diurno | 42 | 28,24 | H= 4,18 |
| | Por turnos | 9 | 35,89 | p= 0,124 |
| | Outros | 5 | 17,40 | |
| Atividade Moderada | Horário fixo diurno | 42 | 27,69 | H= 1,90 |
| | Por turnos | 9 | 34,89 | p= 0,387 |
| | Outros | 5 | 23,80 | |
| Atividade Vigorosa | Horário fixo diurno | 42 | 27,92 | H= 0,88 |
| | Por turnos | 9 | 31,83 | p= 0,644 |
| | Outros | 5 | 27,40 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Horário fixo diurno | 42 | 28,43 | H= 0,65 |
| | Por turnos | 9 | 31,33 | p= 0,721 |
| | Outros | 5 | 24,00 | |
| Atividade Ocupacional | Horário fixo diurno | 42 | 27,08 | H= 3,22 |
| | Por turnos | 9 | 37,28 | p= 0,200 |
| | Outros | 5 | 24,60 | |
| Atividade Desportiva/ exercício | Horário fixo diurno | 42 | 27,90 | H= 0,33 |
| | Por turnos | 9 | 29,22 | p= 0,846 |
| | Outros | 5 | 32,20 | |

Na mesma linha de concordância, também não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) no cumprimento das recomendações alimentares e de consumos da DGS consoante o tipo de horário desenvolvido, como podemos observar na tabela 58.

Tabela 58 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o tipo de horário das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Tipo Horário | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|------------------------------|---------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Horário fixo diurno | 42 | 27,51 | H= 0,81 p= 0,666 |
| | Por turnos | 9 | 30,22 | |
| | Outros | 5 | 33,70 | |
| Recomendações de consumos | Horário fixo diurno | 42 | 28,17 | H= 0,68 p= 0,712 |
| | Por turnos | 9 | 29,50 | |
| | Outros | 5 | 29,50 | |

❖ **Influência das características antropométricas da grávida sobre a sua adesão a estilos de vida saudáveis**

Neste subcapítulo, pretende-se perceber de que forma as variáveis antropométricas influenciam a adesão aos estilos de vida saudáveis da grávida.

• **IMC prévio à gravidez vs estilos de vida saudáveis**

Passando a analisar as variáveis antropométricas, começamos por testar a influência do IMC prévio à gravidez no gasto energético das mulheres/atividade física. Para tal e recorrendo ao teste de Kruskal Wallis, verificamos que apenas são encontradas diferenças estatisticamente significativas na atividade de intensidade vigorosa (H= 10,52; $p = 0,015$) e na atividade desportiva/exercício (H= 9,92; $p = 0,019$), onde o gasto energético é diferente consoante o IMC (cf. tabela 59). Em ambos os casos, as mulheres obesas apresentam um gasto energético superior às restantes, seguidas das classificadas como normoponderal, com excesso de peso e por último as de baixo peso.

Tabela 59 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o IMC das mulheres (N=131)

| PPAQ | IMC | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--------------------------------|-----------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Baixo Peso | 1 | 112,00 | H= 6,56 |
| | Normoponderal | 79 | 59,91 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 78,15 | p= 0,087 |
| | Obesidade | 25 | 70,76 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Baixo Peso | 1 | 128,00 | H= 7,04 |
| | Normoponderal | 79 | 60,06 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 76,17 | p= 0,071 |
| | Obesidade | 25 | 71,72 | |
| Atividade Leve | Baixo Peso | 1 | 83,50 | H= 5,06 |
| | Normoponderal | 79 | 59,99 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 74,25 | p= 0,167 |
| | Obesidade | 25 | 75,72 | |
| Atividade Moderada | Baixo Peso | 1 | 97,00 | H= 1,96 |
| | Normoponderal | 79 | 63,69 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 73,31 | p= 0,580 |
| | Obesidade | 25 | 64,46 | |
| Atividade Vigorosa | Baixo Peso | 1 | 46,50 | H= 10,52 |
| | Normoponderal | 79 | 63,71 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 57,42 | p= 0,015 |
| | Obesidade | 25 | 82,94 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Baixo Peso | 1 | 113,00 | H= 4,18 |
| | Normoponderal | 79 | 61,46 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 74,40 | p= 0,242 |
| | Obesidade | 25 | 69,74 | |
| Atividade Ocupacional | Baixo Peso | 1 | 94,50 | H= 3,07 |
| | Normoponderal | 79 | 66,38 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 71,94 | p= 0,381 |
| | Obesidade | 25 | 57,48 | |
| Atividade Desportiva/Exercício | Baixo Peso | 1 | 35,00 | H= 9,92 |
| | Normoponderal | 79 | 63,94 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 54,63 | p= 0,019 |
| | Obesidade | 25 | 85,58 | |

Fazendo a mesma análise para as recomendações da DGS e avaliando o impacto do IMC, percebemos que não parece existir influência desta variável no cumprimento das recomendações sobre a alimentação e consumos, tal como podemos observar na tabela 60 que revela a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) em ambas as situações.

Tabela 60 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o IMC das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | IMC | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|-----------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Baixo Peso | 1 | 123,00 | H= 2,45 |
| | Normoponderal | 79 | 65,66 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 64,62 | p= 0,484 |
| | Obesidade | 25 | 66,22 | |
| Recomendações de consumos | Baixo Peso | 1 | 70,00 | H= 0,38 |
| | Normoponderal | 79 | 65,85 | |
| | Excesso de Peso | 26 | 64,96 | p= 0,945 |
| | Obesidade | 25 | 67,38 | |

- **Peso atual vs estilos de vida saudáveis**

Transpondo a mesma análise para o peso atual e seu impacto na atividade física, a tabela 61 apresenta a matriz de correlação bivariada de Spearman, procedimento estatístico que visou analisar a associação entre o peso atual e atividade física/gasto energético.

Os resultados obtidos sugerem que, quer para o gasto energético global, quer para cada uma das atividades em específico, as associações com o peso atual são muito fracas, não sendo as mesmas estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Não parece, por esse facto, existir uma influência do peso atual sobre a atividade física.

Tabela 61 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o peso atual (N=131)

| PPAQ | Peso Atual |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Atividade Total | $r_s = 0,01$ $p = 0,936$ |
| Intensidade | |
| Atividade Sedentária | $r_s = 0,025$ $p = 0,777$ |
| Atividade Leve | $r_s = 0,08$ $p = 0,367$ |
| Atividade Moderada | $r_s = -0,02$ $p = 0,797$ |
| Atividade Vigorosa | $r_s = 0,120$ $p = 0,173$ |
| Tipo | |
| Atividade Doméstica | $r_s = 0,01$ $p = 0,880$ |
| Atividade Ocupacional | $r_s = -0,130$ $p = 0,139$ |
| Atividade Desportiva exercício | $r_s = 0,096$ $p = 0,276$ |

O mesmo processo realizado para a análise do cumprimento das recomendações da DGS, revela igualmente a existência de associações muito fracas entre o peso atual e o cumprimento das recomendações (cf. tabela 62), sendo a mesma desprovida de qualquer significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 62 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o peso atual (N=131)

| Recomendações da DGS | Peso Atual |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Recomendações da alimentação | $r_s = -0,05$ $p = 0,532$ |
| Recomendações de consumo | $r_s = -0,00$ $p = 0,973$ |

❖ **Influência das características dos indicadores inerentes à gravidez sobre a adesão a estilos de vida saudáveis da grávida**

De seguida serão analisadas as influências que alguns dos indicadores inerentes à gravidez têm sobre a adesão da grávida a estilos de vida saudáveis, no que respeita a prática de atividade física, hábitos alimentares e consumo de substâncias.

• **Idade gestacional vs estilos de vida saudáveis**

Analisando agora alguns indicadores inerentes à gravidez, começamos pela idade gestacional. Para tal, através do teste U de Mann-Whitney, procuramos analisar a influência da idade gestacional na atividade das grávidas.

A tabela 63 apresenta os resultados desse procedimento, onde poderemos confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres do 2º e 3º trimestre quer no gasto energético global (atividade total) ($Z = -2,50$; $p = 0,012$), quer no gasto energético com a atividade de intensidade moderada ($Z = -2,72$; $p = 0,007$), quer, finalmente, com o gasto energético da atividade ocupacional ($Z = -4,03$; $p = 0,000$). Percebemos que parece existir algum impacto da idade gestacional sobre o gasto energético nessas atividades, sendo que em todos os casos, segundo as ordenações médias, as grávidas do 2º trimestre apresentam um gasto energético superior às do 3º trimestre.

Tabela 63 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a idade gestacional das mulheres (N=131)

| PPAQ | Idade Gestacional | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|-------------------|----|-------------------|-----------------------------|
| Atividade Total | 2º trimestre | 63 | 74,62 | $Z = -2,50$ $p = 0,012$ |
| | 3º trimestre | 68 | 58,01 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | 2º trimestre | 63 | 69,71 | $Z = -1,08$ $p = 0,281$ |
| | 3º trimestre | 68 | 62,56 | |
| Atividade Leve | 2º trimestre | 63 | 68,18 | $Z = -0,63$ $p = 0,526$ |
| | 3º trimestre | 68 | 63,98 | |
| Atividade Moderada | 2º trimestre | 63 | 75,37 | $Z = -2,72$ $p = 0,007$ |
| | 3º trimestre | 68 | 57,32 | |
| Atividade Vigorosa | 2º trimestre | 63 | 68,50 | $Z = -0,90$ $p = 0,369$ |
| | 3º trimestre | 68 | 63,68 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | 2º trimestre | 63 | 66,04 | $Z = -0,01$ $p = 0,991$ |
| | 3º trimestre | 68 | 65,96 | |
| Atividade Ocupacional | 2º trimestre | 63 | 78,44 | $Z = -4,03$ $p = 0,000$ |
| | 3º trimestre | 68 | 54,47 | |
| Atividade Desportiva/exercício | 2º trimestre | 63 | 62,93 | $Z = -0,893$ $p = 0,372$ |
| | 3º trimestre | 68 | 68,85 | |

Voltando a aplicar o teste U Mann-Whitney para analisar a existência de diferenças no cumprimento das recomendações da DGS para a alimentação e consumos, das mulheres com diferentes idades gestacionais, os resultados obtidos (cf. tabela 64) não demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os 2 grupos de mulheres. Assim, não se confirma a influência da idade gestacional no cumprimento destas recomendações da DGS.

Tabela 64 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a idade gestacional das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Idade Gestacional | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|-------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | 2º trimestre | 63 | 70,40 | Z= -1,32 |
| | 3º trimestre | 68 | 61,93 | p= 0,188 |
| Recomendações de consumo | 2º trimestre | 63 | 67,92 | Z= -1,34 |
| | 3º trimestre | 68 | 64,22 | p= 0,179 |

- **Nº gravidezes prévias vs estilos de vida saudáveis**

O segundo indicador da gravidez analisado foi o Nº de gravidezes anteriores. De forma a analisar a existência de diferenças na atividade consoante o número de gravidezes prévias, recorreu-se ao teste de Kruskal Wallis. Os resultados obtidos (cf. tabela 65) demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas no gasto energético das mulheres com diferente Nº de gravidezes na atividade de intensidade leve (H= 13,30; $p = 0,001$), na atividade de intensidade vigorosa (H= 6,05; $p = 0,048$), na atividade doméstica (H= 37,14; $p = 0,000$) e na atividade desportiva/exercício (H= 12,21; $p = 0,002$).

Atendendo às ordenações médias apresentadas em cada caso, concluímos que nas atividades de intensidade leve e doméstica, as mulheres sem gravidezes prévias apresentam gastos energéticos inferiores às mulheres dos grupos que têm gravidezes prévias. Já no que respeita às atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, são as mulheres sem gravidezes prévias que apresentam gastos energéticos superiores às restantes mulheres.

Tabela 65 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o número de gravidezes prévias das mulheres (N=131)

| PPAQ | Nº de gravidezes prévias | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--|--------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | 0 | 56 | 57,77 | H= 4,61 p= 0,100 |
| | 1 | 48 | 72,48 | |
| | 2 ou mais | 27 | 71,56 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | 0 | 56 | 67,88 | H= 1,53 p= 0,464 |
| | 1 | 48 | 60,85 | |
| | 2 ou mais | 27 | 71,24 | |
| Atividade Leve | 0 | 56 | 52,44 | H= 13,30 p= 0,001 |
| | 1 | 48 | 79,09 | |
| | 2 ou mais | 27 | 70,85 | |
| Atividade Moderada | 0 | 56 | 58,13 | H= 4,25 p= 0,119 |
| | 1 | 48 | 71,13 | |
| | 2 ou mais | 27 | 73,20 | |
| Atividade Vigorosa | 0 | 56 | 73,56 | H= 6,05 p= 0,048 |
| | 1 | 48 | 59,52 | |
| | 2 ou mais | 27 | 61,83 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | 0 | 56 | 42,62 | H= 37,14 p= 0,000 |
| | 1 | 48 | 83,94 | |
| | 2 ou mais | 27 | 82,61 | |
| Atividade Ocupacional | 0 | 56 | 65,62 | H= 0,12 p= 0,943 |
| | 1 | 48 | 65,33 | |
| | 2 ou mais | 27 | 67,98 | |
| Atividade Desportiva/ exercício | 0 | 56 | 79,18 | H= 12,21 p= 0,002 |
| | 1 | 48 | 54,16 | |
| | 2 ou mais | 27 | 59,72 | |

Quanto às recomendações da DGS para a alimentação e consumos, verificamos (cf. tabela 66) que o Nº de gravidezes prévias não parece ter qualquer influência no seu cumprimento, dado evidenciado pela ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as mulheres com diferente Nº de gravidezes prévias.

Tabela 66 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o número de gravidezes prévias das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Nº de gravidezes prévias | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|--------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | 0 | 56 | 67,84 | H= 1,96 p= 0,375 |
| | 1 | 48 | 60,46 | |
| | 2 ou mais | 27 | 72,04 | |
| Recomendações de consumos | 0 | 56 | 66,49 | H= 0,13 p= 0,935 |
| | 1 | 48 | 65,91 | |
| | 2 ou mais | 27 | 65,15 | |

- **Nº de partos prévios vs estilos de vida saudáveis**

Analisando o Nº de partos prévios das mulheres e seu impacto na atividade atual, os procedimentos estatísticos desenvolvidos (cf. tabela 67) revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas no gasto energético total ($H= 11,70$; $p= 0,003$), bem como em todas as atividades específicas ($p<0,05$) à exceção da atividade sedentária e ocupacional, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Pela análise das ordenações médicas de cada grupo, percebemos que ao nível da atividade total, as primíparas apresentam gastos energéticos superiores, seguidas das múltiparas e por último as nulíparas. No que se refere às atividades de intensidade leve, moderada e doméstica as nulíparas surgem com os gastos energéticos mais baixos, comparativamente com as restantes que têm pelo menos um parto prévio. Nas atividades de maior intensidade, nomeadamente na atividade vigorosa e desportiva/exercício, são as nulíparas que apresentam gastos energéticos mais elevados.

Tabela 67 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o número de partos prévios das mulheres (N=131)

| PPAQ | Nº de Partos | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--|--------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Nulípara | 65 | 55,02 | H= 11,70 p= 0,003 |
| | Primípara | 58 | 78,47 | |
| | Múltipara | 8 | 64,88 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Nulípara | 65 | 67,81 | H= 0,93 p= 0,629 |
| | Primípara | 58 | 65,60 | |
| | Múltipara | 8 | 54,19 | |
| Atividade Leve | Nulípara | 65 | 52,12 | H= 18,88 p= 0,000 |
| | Primípara | 58 | 81,89 | |
| | Múltipara | 8 | 63,56 | |
| Atividade Moderada | Nulípara | 65 | 53,92 | H= 13,20 p= 0,001 |
| | Primípara | 58 | 77,24 | |
| | Múltipara | 8 | 82,63 | |
| Atividade Vigorosa | Nulípara | 65 | 72,58 | H= 6,14 p= 0,046 |
| | Primípara | 58 | 58,91 | |
| | Múltipara | 8 | 63,94 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Nulípara | 65 | 43,56 | H= 45,65 p= 0,000 |
| | Primípara | 58 | 89,41 | |
| | Múltipara | 8 | 78,63 | |
| Atividade Ocupacional | Nulípara | 65 | 63,32 | H= 0,80 p= 0,671 |
| | Primípara | 58 | 68,65 | |
| | Múltipara | 8 | 68,56 | |
| Atividade Desportiva/ Exercício | Nulípara | 65 | 79,55 | H= 16,61 p= 0,000 |
| | Primípara | 58 | 52,08 | |
| | Múltipara | 8 | 56,88 | |

No que respeita às recomendações da DGS, apesar de em ambos os casos existir uma tendência para o maior cumprimento das recomendações pelas múltiparas, os resultados encontrados não identificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$), consoante o N° de partos prévios (cf. tabela 68).

Tabela 68 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações da DGS cumpridas e o número de partos prévios das mulheres (N=131)

| Recomendações da DGS | Nº de Partos | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|------------------------------|--------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Nulípara | 65 | 68,85 | H= 2,83 |
| | Primípara | 58 | 60,78 | p= 0,243 |
| | Múltipara | 8 | 80,63 | |
| Recomendações de consumos | Nulípara | 65 | 65,97 | H= 0,58 |
| | Primípara | 58 | 65,48 | p= 0,749 |
| | Múltipara | 8 | 70,00 | |

- **Existência de gravidez gemelar vs estilos de vida saudáveis**

O teste U de Mann-Whitney, revela que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) no gasto energético total ou em cada uma das atividades em específico consoante a gravidez seja ou não gemelar (cf. tabela 69).

Tabela 69 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de gravidez gemelar (N=131)

| PPAQ | Gravidez Gemelar | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|--------------------------------|------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 121 | 66,60 | Z= -0,63 |
| | Sim | 10 | 58,70 | p= 0,527 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 121 | 65,78 | Z= -0,23 |
| | Sim | 10 | 68,70 | p= 0,815 |
| Atividade Leve | Não | 121 | 66,07 | Z= -0,07 |
| | Sim | 10 | 65,20 | p= 0,945 |
| Atividade Moderada | Não | 121 | 66,95 | Z= -0,99 |
| | Sim | 10 | 54,55 | p= 0,321 |
| Atividade Vigorosa | Não | 121 | 67,01 | Z= -1,31 |
| | Sim | 10 | 53,80 | p= 0,190 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 121 | 66,55 | Z= -0,58 |
| | Sim | 10 | 59,35 | p= 0,564 |
| Atividade Ocupacional | Não | 121 | 66,98 | Z= -1,15 |
| | Sim | 10 | 54,10 | p= 0,250 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 121 | 65,28 | Z= -0,76 |
| | Sim | 10 | 74,70 | p= 0,450 |

Da mesma forma percebe-se, pelos resultados da tabela 70, que o cumprimento das recomendações da DGS não parece ser influenciado pela gravidez ser ou não gemelar, pela ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Tabela 70 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de gravidez gemelar (N=131)

| Recomendações da DGS | Gravidez Gemelar | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 121 | 66,20 | Z= -0,21 |
| | Sim | 10 | 63,60 | p= 0,830 |
| Recomendações de consumos | Não | 121 | 65,67 | Z= -0,84 |
| | Sim | 10 | 70,00 | p= 0,403 |

- **Local onde decorre a vigilância da gravidez vs estilos de vida saudáveis**

No que se refere à vigilância da gravidez, nomeadamente o local onde ela é realizada, a aplicação do teste de Kruskal Wallis apenas revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos gastos energéticos ao nível da atividade desportiva/exercício ($H = 8,64$; $p = 0,034$), onde as mulheres que fazem a sua vigilância da gravidez em vários locais em simultâneo, nomeadamente no Centro de Saúde, Hospital/Maternidade e Consultório Particular (Ordenações Médias= 92,50), apresentam gastos energéticos superiores na atividade desportiva (cf. tabela 71).

Tabela 71 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e o local de vigilância da gravidez (N=131)

| PPAQ | Vigilância da Gravidez | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|--------------------------------|--|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Hospital/Maternidade | 54 | 63,78 | H= 1,36 p= 0,716 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 69,40 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 59,86 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 54,40 | |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Hospital/Maternidade | 54 | 62,83 | H= 1,32 p= 0,724 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 69,08 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 69,93 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 54,70 | |
| Atividade Leve | Hospital/Maternidade | 54 | 68,44 | H= 1,12 p= 0,773 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 64,35 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 71,86 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 52,80 | |
| Atividade Moderada | Hospital/Maternidade | 54 | 61,32 | H= 3,50 p= 0,320 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 71,72 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 50,29 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 64,20 | |
| Atividade Vigorosa | Hospital/Maternidade | 54 | 72,06 | H= 4,71 p= 0,194 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 61,69 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 54,14 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 73,10 | |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Hospital/Maternidade | 54 | 68,09 | H= 1,43 p= 0,699 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 66,49 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 55,71 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 51,40 | |
| Atividade Ocupacional | Hospital/Maternidade | 54 | 63,06 | H= 1,22 p= 0,747 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 67,27 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 77,00 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 65,90 | |
| Atividade Desportiva/Exercício | Hospital/Maternidade | 54 | 70,00 | H= 8,64 p= 0,034 |
| | CS+Hospital/Maternidade | 65 | 64,24 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 32,57 | |
| | CS+Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 92,50 | |

A análise da influência do local da vigilância da gravidez no cumprimento das recomendações da DGS (cf. tabela 72), não demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, não consubstanciando por isso a influência dessa variável no cumprimento das referidas recomendações.

Tabela 72 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis entre o número de recomendações cumpridas da DGS e o local de vigilância da gravidez (N=131)

| Recomendações da DGS | Vigilância da Gravidez | N | Ordenações médias | Teste de Kruskal Wallis |
|-------------------------------------|---|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Hospital/Maternidade | 54 | 70,60 | H= 1,62 p= 0,655 |
| | Centro de Saúde + Hospital/Maternidade | 65 | 62,92 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 65,71 | |
| | Centro de Saúde + Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 56,80 | |
| Recomendações de consumos | Hospital/Maternidade | 54 | 66,36 | H= 1,09 p= 0,781 |
| | Centro de Saúde + Hospital/Maternidade | 65 | 64,96 | |
| | Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 7 | 70,00 | |
| | Centro de Saúde + Hospital/Maternidade + Consultório Particular | 5 | 70,00 | |

- **Aconselhamento nutricional personalizado vs estilos de vida saudáveis**

Passando para o domínio do aconselhamento nutricional personalizado (cf. tabela 73), os testes implementados revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no gasto energético referente à atividade desportiva/exercício ($Z = -1,98$; $p = 0,048$), onde as mulheres que obtiveram aconselhamento nutricional personalizado (Ordenações médias= 81,92), apresentam gastos energéticos superiores neste tipo de atividade, comparativamente com as que não tiveram esse aconselhamento nutricional (Ordenações médias= 63,20).

Tabela 73 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de aconselhamento nutricional (N=131)

| PPAQ | Aconselhamento nutricional | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|----------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 112 | 65,29 | Z= -0,523 |
| | Sim | 19 | 70,21 | p= 0,601 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 112 | 64,75 | Z= -0,92 |
| | Sim | 19 | 73,39 | p= 0,358 |
| Atividade Leve | Não | 112 | 66,41 | Z= -0,30 |
| | Sim | 19 | 63,58 | p= 0,764 |
| Atividade Moderada | Não | 112 | 66,96 | Z= -0,71 |
| | Sim | 19 | 60,32 | p= 0,480 |
| Atividade Vigorosa | Não | 112 | 64,07 | Z= -1,75 |
| | Sim | 19 | 77,37 | p= 0,080 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 112 | 66,33 | Z= -0,24 |
| | Sim | 19 | 64,08 | p= 0,811 |
| Atividade Ocupacional | Não | 112 | 66,91 | Z= -0,74 |
| | Sim | 19 | 60,66 | p= 0,460 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 112 | 63,30 | Z= -1,98 |
| | Sim | 19 | 81,92 | p= 0,048 |

Em relação às recomendações da DGS, apesar de no que se refere à alimentação as grávidas que tiveram aconselhamento nutricional personalizado apresentarem níveis de cumprimento superiores (Ordenações médias= 73,16), comparativamente com as que não tiveram (Ordenações médias= 64,79), estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas (Z= -0,92; p= 0,359). Da mesma forma, em relação aos consumos, o seu cumprimento não parece ser influenciado pela existência de aconselhamento nutricional, não se verificando, também, diferenças estatisticamente significativas a este nível (Z= -0,87; p= 0,386, cf. tabela 74).

Tabela 74 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de aconselhamento nutricional (N=131)

| Recomendações da DGS | Aconselhamento nutricional | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|-------------------------------------|----------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 112 | 64,79 | Z= -0,92 |
| | Sim | 19 | 73,16 | p= 0,359 |
| Recomendações de consumos | Não | 112 | 66,49 | Z= -0,87 |
| | Sim | 19 | 63,11 | p= 0,386 |

- **Aconselhamento para a prática de exercício físico vs estilos de vida saudáveis**

Noutro tipo de aconselhamento, nomeadamente para a prática de exercício físico, os resultados obtidos com os procedimentos estatísticos implementados, revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas no gasto energético das grávidas nas atividades de intensidade vigorosa ($Z = -3,58$; $p = 0,000$) e desportiva/exercício ($Z = -4,43$; $p = 0,000$). Em ambas as atividades enunciadas, as mulheres que obtiveram aconselhamento para a prática de exercício apresentam gastos energéticos superiores, como é possível comprovar pelas ordenações médias apresentadas na tabela 75.

Tabela 75 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de aconselhamento para a prática de exercício (N=131)

| PPAQ | Aconselhamento prática exercício | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 112 | 67,26 | Z= -0,92 |
| | Sim | 19 | 58,58 | p= 0,357 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 112 | 66,00 | Z= -0,00 |
| | Sim | 19 | 66,03 | p= 0,997 |
| Atividade Leve | Não | 112 | 67,76 | Z= -1,29 |
| | Sim | 19 | 55,63 | p= 0,198 |
| Atividade Moderada | Não | 112 | 68,28 | Z= -1,67 |
| | Sim | 19 | 52,58 | p= 0,096 |
| Atividade Vigorosa | Não | 112 | 62,05 | Z= -3,58 |
| | Sim | 19 | 89,26 | p= 0,000 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 112 | 67,62 | Z= -1,19 |
| | Sim | 19 | 56,45 | p= 0,235 |
| Atividade Ocupacional | Não | 112 | 66,54 | Z= -0,44 |
| | Sim | 19 | 62,82 | p= 0,659 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 112 | 59,96 | Z= -4,43 |
| | Sim | 19 | 101,61 | p= 0,000 |

O mesmo não se verificou relativamente ao cumprimento das recomendações da DGS, onde não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as grávidas, independentemente do aconselhamento para a prática de exercício (cf. tabela 76).

Tabela 76 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de aconselhamento para a prática de exercício (N=131)

| Recomendações da DGS | Aconselhamento prática exercício | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|----------------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 112 | 66,92 | Z= -0,69 |
| | Sim | 19 | 60,61 | p= 0,490 |
| Recomendações de consumos | Não | 112 | 66,49 | Z= -0,87 |
| | Sim | 19 | 63,11 | p= 0,386 |

- **Existência de doença prévia à gravidez vs estilos de vida saudáveis**

A existência de patologias prévias à gravidez também parece não influenciar a atividade física das grávidas, como podemos comprovar pela tabela 77. Os resultados obtidos demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) nos gastos energéticos das grávidas independentemente da existência ou não de doença prévia à gravidez.

Tabela 77 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de doença prévia à gravidez (N=131)

| PPAQ | Doença prévia à gravidez | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|--------------------------------|--------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 102 | 63,41 | Z= -1,46 |
| | Sim | 29 | 75,10 | p= 0,143 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 102 | 65,54 | Z= -0,26 |
| | Sim | 29 | 67,60 | p= 0,800 |
| Atividade Leve | Não | 102 | 65,44 | Z= -0,32 |
| | Sim | 29 | 67,98 | p= 0,750 |
| Atividade Moderada | Não | 102 | 63,93 | Z= -1,17 |
| | Sim | 29 | 73,28 | p= 0,242 |
| Atividade Vigorosa | Não | 102 | 66,51 | Z= -0,36 |
| | Sim | 29 | 64,19 | p= 0,719 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 102 | 64,36 | Z= -0,93 |
| | Sim | 29 | 71,78 | p= 0,353 |
| Atividade Ocupacional | Não | 102 | 64,00 | Z= -1,26 |
| | Sim | 29 | 73,02 | p= 0,209 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 102 | 64,38 | Z= -0,92 |
| | Sim | 29 | 71,71 | p= 0,358 |

No mesmo sentido apontam os resultados da tabela 78, onde constatamos que a existência de patologias prévias, apesar de parecer condicionar valores mais elevados de cumprimento das recomendações da DGS (ordenações médias superiores), essas diferenças para as que não possuem patologia prévia, não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 78 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de doença prévia à gravidez (N=131)

| Recomendações da DGS | Doença prévia à gravidez | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|--------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 102 | 63,65 | Z= -1,37 |
| | Sim | 29 | 74,26 | p= 0,170 |
| Recomendações de consumos | Não | 102 | 65,50 | Z= -0,67 |
| | Sim | 29 | 67,74 | p= 0,500 |

- **Existência de complicações decorrentes da gravidez vs estilos de vida saudáveis**

Ainda referente a aspetos patológicos ou complicações decorrentes da gravidez, os resultados da tabela 79, revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas dos gastos energéticos das grávidas nas atividades de intensidade vigorosa (Z= -2,19; p= 0,029), ocupacional (Z= -1,99; p= 0,046) e desportiva/exercício (Z= -3,09; p= 0,002), consoante a existência ou não de complicações durante a gravidez. Assim, olhando para as ordenações médias em cada atividade, percebemos que nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, as grávidas que apresentaram complicações apresentam gastos energéticos superiores às restantes, enquanto na atividade ocupacional as mulheres que apresentaram complicações revelam gastos energéticos inferiores.

Tabela 79 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de complicações da gravidez (N=131)

| PPAQ | Complicações da gravidez | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|--------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 91 | 65,07 | Z= -0,42 |
| | Sim | 40 | 68,13 | p= 0,671 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 91 | 66,62 | Z= -0,28 |
| | Sim | 40 | 64,60 | p= 0,780 |
| Atividade Leve | Não | 91 | 64,46 | Z= -0,70 |
| | Sim | 40 | 69,51 | p= 0,483 |
| Atividade Moderada | Não | 91 | 66,20 | Z= -0,09 |
| | Sim | 40 | 65,55 | p= 0,928 |
| Atividade Vigorosa | Não | 91 | 62,12 | Z= -2,19 |
| | Sim | 40 | 74,84 | p= 0,029 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 91 | 63,22 | Z= -1,26 |
| | Sim | 40 | 72,33 | p= 0,206 |
| Atividade Ocupacional | Não | 91 | 69,93 | Z= -1,99 |
| | Sim | 40 | 57,05 | p= 0,046 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 91 | 59,22 | Z= -3,09 |
| | Sim | 40 | 81,43 | p= 0,002 |

O cumprimento das recomendações da DGS, por outro lado, não parece sofrer influência da existência ou não de complicações durante a gravidez, o que é atestado pela ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as grávidas (cf. tabela 80).

Tabela 80 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações da DGS cumpridas e a existência de complicações da gravidez (N=131)

| Recomendações da DGS | Complicações da gravidez | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|--------------------------|----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 91 | 66,31 | Z= -0,14 |
| | Sim | 40 | 65,30 | p= 0,885 |
| Recomendações de consumos | Não | 91 | 67,12 | Z= -1,23 |
| | Sim | 40 | 63,45 | p= 0,219 |

- **Indicação para repouso absoluto vs estilos de vida saudáveis**

Finalmente, quanto à indicação de repouso absoluto, não se encontraram, também, diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) nos gastos energéticos das mulheres que tiveram essa indicação, comparativamente com as que não precisaram de repouso (cf. tabela 81).

Tabela 81 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o gasto energético semanal (MET-h.wk-1) de cada atividade e a existência de indicação de repouso absoluto (N=131)

| PPAQ | Repouso absoluto | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|---------------------------------------|------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Atividade Total | Não | 125 | 67,11 | Z= -1,53 |
| | Sim | 6 | 42,83 | p= 0,126 |
| Intensidade | | | | |
| Atividade Sedentária | Não | 125 | 66,46 | Z= -0,63 |
| | Sim | 6 | 56,50 | p= 0,530 |
| Atividade Leve | Não | 125 | 67,19 | Z= -1,63 |
| | Sim | 6 | 41,25 | p= 0,102 |
| Atividade Moderada | Não | 125 | 66,51 | Z= -0,70 |
| | Sim | 6 | 55,33 | p= 0,481 |
| Atividade Vigorosa | Não | 125 | 66,51 | Z= -0,87 |
| | Sim | 6 | 55,42 | p= 0,387 |
| Tipo | | | | |
| Atividade Doméstica | Não | 125 | 66,46 | Z= -0,64 |
| | Sim | 6 | 56,33 | p= 0,523 |
| Atividade Ocupacional | Não | 125 | 66,90 | Z= -1,38 |
| | Sim | 6 | 47,25 | p= 0,167 |
| Atividade Desportiva/Exercício | Não | 125 | 66,80 | Z= -1,10 |
| | Sim | 6 | 49,42 | p= 0,272 |

Relativamente às recomendações da DGS, verificamos que no que respeita à alimentação encontramos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-2,44$; $p=0,015$) no nível de cumprimento consoante a existência de indicação para repouso absoluto ou não. Neste caso específico, olhando para as ordenações médias percebemos que as mulheres com indicação para repouso absoluto (Ordenações médias=30,25) apresentam um menor cumprimento das recomendações da alimentação, comparativamente com as restantes mulheres (Ordenações médias=67,72).

No caso das recomendações relativas aos consumos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($Z=-0,64$; $p=0,524$) entre os dois grupos de mulheres referidos (cf. tabela 82).

Tabela 82 - Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o número de recomendações cumpridas da DGS e a existência de indicação de repouso absoluto (N=131)

| Recomendações da DGS | Repouso absoluto | N | Ordenações médias | Teste U de Mann-Whitney |
|------------------------------|------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Recomendações da alimentação | Não | 125 | 67,72 | $Z= -2,44$ |
| | Sim | 6 | 30,25 | $p= 0,015$ |
| Recomendações de consumos | Não | 125 | 65,81 | $Z= -0,64$ |
| | Sim | 6 | 70,00 | $p= 0,524$ |

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finda a recolha de dados, o seu tratamento estatístico e a respetiva análise, segue-se uma breve abordagem onde será processada uma análise comparativa tendo por referência os resultados obtidos em contraposição com o referencial teórico e investigação empírica prévia. Em concreto, a discussão dos resultados permite, antes de mais, compreender os dados recolhidos no trabalho de campo, procurando estabelecer a ligação com a conceptualização de índole teórica que deu suporte a esta investigação e com estudos similares realizados anteriormente, pretendendo-se, desta forma, que a interpretação dos resultados obtidos seja crítica e que traduza hipotéticas implicações para a prática de cuidados, nomeadamente na área da enfermagem de reabilitação. Considerar-se-á igualmente uma breve discussão sobre a metodologia utilizada.

Discussão metodológica

A fim de contribuímos para uma prática baseada na evidência foi nossa preocupação, ao longo desta investigação, manter uma conduta de precisão e rigor científico. Neste sentido, gostaríamos de salientar determinadas considerações relevantes no processo de recolha de dados e avaliação das variáveis:

- A recolha de dados é um aspeto muito importante para a fiabilidade dos resultados. Tendo em conta este facto, foi efetuada na sua totalidade pela autora do presente estudo;
- Para a mensuração das variáveis em estudo, utilizamos instrumentos com apreciável fiabilidade, construídos e/ou aferidos e adaptados para a população portuguesa, por autores de reconhecido mérito científico;
- Relativamente à amostra utilizada houve o cuidado de se dar cumprir a critérios de elegibilidade defendidos para este tipo de estudo.

Neste domínio, destacamos ainda a preocupação, tida em conta, com o rigor do tratamento estatístico dos dados obtidos. Tal como defende Albuquerque (2004), tentamos também, reduzir ao mínimo o grau de abstração entre a realidade empírica dos dados, os modelos teóricos e a posterior interpretação dos resultados.

Discussão dos resultados

Caracterização sociodemográfica

O estudo do perfil sociodemográfico da nossa amostra torna-se muito pertinente, atendendo aos contextos de vida, específicos de cada mulher e que de algum modo pode determinar os comportamentos e os hábitos individuais face à vivência da gravidez.

A análise dos resultados correspondentes à caracterização sociodemográfica da grávida permite verificar que a idade média das gestantes se situa nos 32,89 anos, oscilando entre um mínimo de 20 e um máximo de 44 anos e, maioritariamente, casadas (61,07%).

Estes resultados da análise descritiva corroboram com os estudos de natureza semelhante. Gouveia et al (2007) encontraram no seu estudo sobre exercício físico e gravidez uma média de idade mais baixa (29,9 anos) com um mínimo também mais baixo, (16 anos) e um máximo igual ao presente estudo (44 anos), sendo maioritariamente casadas, embora com uma percentagem superior (73,1%). Tendais et al (2007), no seu estudo sobre atividade física e qualidade de vida na gravidez, obtiveram uma amostra com uma média de idades também inferior (30,2 anos) e um mínimo igual, 20 anos, com um máximo inferior de 39 anos, sendo 91,5% casadas. Magalhães (2011) também encontrou no seu estudo uma idade média ligeiramente mais baixa, 30,84 anos, variando entre os 20 e 40 anos, e uma percentagem de gestantes casadas ainda mais elevada (88,2%). Coutinho et al (2014), verificaram que a maioria da sua amostra tinha entre 21 e 35 anos (61 mulheres em 82) e maioritariamente casadas (69 em 82 grávidas). Observamos que estes autores encontraram idades semelhantes, embora a média de idades deste estudo seja a mais elevada. A percentagem de grávidas casadas diminui significativamente, em comparação com os estudos supracitados, sendo a do presente estudo a menor de todas.

Relativamente à classe socioeconómica, a maioria pertence à classe III – classe média (38,93%) ou classe II – classe superior baixa (37,40%) e residem equitativamente em meio urbano (49,62%) e meio rural (50,38%).

Caracterização do contexto laboral

Relativamente ao contexto laboral, a maioria das grávidas encontra-se empregada, sendo que 46,56% encontram-se com baixa médica e 42,75% mantêm-se no ativo e trabalham 40 horas semanais (51,79%) com um horário diurno fixo (75%).

Comparando com outros estudos semelhantes, de salientar que a percentagem de desempregadas tem vindo a diminuir, o que parece acompanhar a tendência de diminuição

da taxa de desemprego a nível nacional segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017 e 2011), 3º trimestre de 2017 – 8,6%, comparando com período homólogo de 2011 – 12,4%. Encontramos 10,69% de desempregadas, Lemos (2015) 10,7%, Magalhães (2011) 18,4%, Silva (2011) 17%, Gouveia et al (2007) 17,7%, Correia et al (2007) 17,7%, embora Carapinha et al 2015 tenha verificado uma percentagem de 21,7 de desempregadas, podendo ser explicado pela localização da amostra em estudo que residia na área metropolitana de Lisboa e a nossa na zona Centro. Isto porque, no 3º trimestre de 2017 a área metropolitana de Lisboa apresentou uma taxa de desemprego muito superior à do centro, 9,4% e 6,8% respetivamente.

Caracterização antropométrica

O IMC pré-gestacional oscilou entre um mínimo de 17,44 (baixo peso) e um máximo de 46,60 (obesidade), para um valor médio global de 25,22, indicando um excesso de peso. No entanto, analisando as percentagens, a maioria das grávidas está classificada de normoponderal (60,31%), 19,85% com excesso de peso, 19,08% com obesidade e apenas uma grávida com baixo peso. Esta classificação está de acordo com Teixeira et al (2015), que classifica o IMC da grávida em baixo peso, normoponderal, excesso de peso e obesidade. Estes resultados corroboram com os que Gonçalves et al (2012), pois também eles encontraram uma preponderância de grávidas normoponderais (55,9%), no entanto, a percentagem de obesas foi menor (13%). O facto do referido estudo ter sido realizado numa população brasileira poderá explicar a diferença de resultados.

Quanto ao peso atual, encontramos um peso médio global de 75,18kg, oscilando o mesmo entre um mínimo de 49kg e um máximo de 153kg.

Calculámos também a progressão ponderal gestacional segundo os critérios estabelecidos pela DGS (Teixeira et al, 2015) e verificámos que o peso atual oscilou entre -5kg e um máximo de 18kg, com um aumento de peso médio de 7,78kg. Verificamos que as grávidas classificadas como obesas são as que apresentam menor aumento médio de peso, seguindo as orientações da DGS de que quanto maior o IMC pré-gestacional menor deverá ser o aumento ponderal durante a gravidez. Ficamos satisfeitos com estes resultados por sugerirem que as grávidas vão ao encontro das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde que as seguem. Neves (2017), que também estudou grávidas no 2º e 3º trimestre da gravidez, encontrou uma progressão ponderal a oscilar entre -2kg e 28kg, com um valor médio de 8,81kg, indicando um valor mínimo inferior ao nosso e máximo superior ao nosso, mas um valor médio idêntico. Não podemos proceder à comparação destes resultados com o estudo

de Gonçalves et al (2012) pois eles obtiveram a progressão ponderal de todo o período gravídico, pois colheram dados em puérperas.

Caracterização dos indicadores inerentes à gravidez

Relativamente à idade gestacional das grávidas, não considerámos útil discriminar as semanas gestacionais, percebendo apenas em que trimestres se situavam, tendo encontrado uma amostra equitativa de 48,09% de gestantes no 2º trimestre e 51,91% no 3º trimestre.

Quanto ao número de gravidezes anteriores (Nº de gestas), observamos que a maioria refere a ausência de outras gravidezes (42,75%), ou apenas uma gravidez anterior (36,64%). Somente 20,61% referem a existência de 2 ou mais gravidezes prévias. Já em relação ao número de partos, maioritariamente é de 0 (nulíparas) (49,62%) ou 1 (primíparas) (44,27%), ou seja, a maioria das grávidas esperam o primeiro filho, seguindo-se as grávidas que esperam o segundo filho. Estes resultados confirmam a diminuição da taxa de fecundidade que se tem verificado em Portugal nos últimos anos, com a oferta de trabalho para a mulher a aumentar exponencialmente, a participação feminina na economia do País que cresce a cada ano e um número crescente de mulheres a assumir a chefia da família, o acesso ao emprego e a licença de maternidade.

Coutinho et al (2014) observaram que a maioria da sua amostra era constituída por puérperas com apenas aquela gestação a que se refere o estudo (42,68%), seguidas de puérperas com duas gestações (35,37%). Magalhães (2011) estudou 50% de nulíparas e 39,5% de primíparas, o que vai ao encontro dos resultados encontrados. Tendais et al (2007), também observou que a maioria da sua amostra estava a viver a sua primeira gravidez (62,7%) e as restantes tiveram uma (27,1%), duas ou mais gravidezes (10,2%). Gouveia et al (2007) estudou 52,2% de mulheres que tiveram o seu primeiro filho, as restantes já tinham pelo menos um filho anterior. Estes resultados indicam que a maioria das grávidas em estudo espera o seu primeiro ou segundo filho, evidenciando a tendência dos casais que atualmente têm um menor número de filhos.

No que se refere à vigilância da gravidez, percebemos que a maioria realiza esse acompanhamento no Centro de Saúde e Hospital/Maternidade (49,62%) ou só no Hospital/Maternidade (41,22%). A colheita de dados foi realizada numa Maternidade, o que poderá influenciar/explicar estes resultados.

A esmagadora maioria das grávidas (85,5%) negou ter aconselhamento nutricional, para além do realizado nas consultas de vigilância da gravidez, o que consideramos muito redutor face à importância que uma alimentação equilibrada e diversificada desempenha no decorrer de uma gravidez, devendo por isso ser alvo de melhoria nas instituições de saúde,

ponderando até proporcioná-lo a todas as grávidas. Das 14,5% que têm esse aconselhamento, 63,13% é realizado por um nutricionista, seguido do EEESMOG com 10,53%.

O aconselhamento personalizado para a prática de exercício físico também foi avaliado e a percentagem de grávidas que responderam afirmativamente é igual à do aconselhamento nutricional personalizado (14,5%), ou seja, muito reduzida dada a importância desta prática na prevenção de complicações e promoção de bem-estar físico e psicológico na gestante. Os nutricionistas e personal trainers são equitativamente os mais referidos como condutores desse aconselhamento (26,32% cada). E aqui surge o ponto-chave deste estudo, um dos maiores contributos que a enfermagem de reabilitação pode proporcionar, pois consideramos que o EEER reúne todos os requisitos para facultar um aconselhamento singular para a prática de atividade/exercício físico, pelos conhecimentos e competências que lhe são reconhecidos, muito abrangentes pela experiência e formação que detêm. Pretendemos que este estudo incentive a inclusão do EEER nas equipas multidisciplinares que acompanham a grávida ao longo de todo este período.

Uma pequena percentagem de grávidas refere a existência de uma doença prévia à gravidez (22,14%), sendo que as mais referidas foram as patologias da tiroide (34,48%).

Sendo as gestantes maioritariamente saudáveis antes da gravidez, um terço desenvolveu complicações decorrentes da gravidez (30,53%), sendo como principais apontadas a DMG (72,50%) e a hipertensão arterial (12,50%).

A indicação para repouso absoluto foi outra das variáveis em estudo e verificamos apenas 6 grávidas (4,58%) com essa indicação.

Adesão das grávidas a estilos de vida saudáveis

Uma vez que não tivemos acesso a nenhuma escala que determine os níveis de adesão a estilos de vida saudáveis da mulher grávida, decidimos avaliar essa adesão através dos consumos e práticas comportamentais, onde incluímos a alimentação, o consumo de substâncias - cafeína, álcool e tabaco - e a atividade física praticada na gravidez, tendo apenas esta última sido mensurada com recurso a um questionário validado e adaptado para a população portuguesa (o PPAQ).

Relativamente à alimentação da grávida, procedemos à interpretação dos dados de acordo com o que recomenda a DGS no seu documento intitulado “Alimentação e nutrição na gravidez” de Teixeira et al (2015). A maioria das grávidas faz 5 a 6 refeições diárias (63,36%), tal como recomenda a DGS. Verificamos que no consumo semanal de sopa a grande maioria

das mulheres come apenas 1 a 7 vezes por semana (83,21%), o que perfaz no máximo uma sopa por dia, estando muito abaixo do recomendado pela DGS: iniciar as refeições com uma sopa de legumes. As gestantes consomem, peixe gordo, entre 0 e 8 vezes por semana, apurando-se uma média de 2,11 vezes/semana, carnes magras, entre 0 e 12 vezes por semana, perfazendo uma média de 3,86 vezes/semana e carnes vermelhas entre 0 e 10 vezes por semana, sendo a média de consumo 2,12 vezes, em que a maioria consome semanalmente entre 1 e 3 vezes (68,70%). Verificamos então que, na generalidade, consomem mais carne que peixe e preferem as carnes magras às carnes vermelhas, indo ao encontro das recomendações da DGS. O consumo de fruta é, pela maioria das grávidas, de 3 a 4 peças de fruta por dia (60,31%), também recomendado pela DGS. Já o consumo de lacticínios meio-gordos é maioritariamente inferior ao recomendado, menos de 3 porções por dia (61,83%). Quanto ao tipo de alimentação, 81,68% das grávidas considera que está de acordo com a roda dos alimentos. Finalmente, relativamente à ingestão de bebidas, constatamos que este consumo oscila predominantemente entre 1,5l e os 2l por dia (65,65%), estando abaixo do recomendado pela DGS, que é de 2,3L.

De modo a sintetizar o cumprimento destas recomendações da DGS (Teixeira et al, 2015), consideramos oportuno perceber, de um modo geral, o número de recomendações que cada grávida cumpre relativamente à alimentação. Assim, verificamos que a maioria das gestantes cumpre apenas entre 3 a 5 das 9 recomendações da DGS analisadas. Estes resultados revelam a necessidade de uma atuação por parte das instituições de saúde no sentido de promover uma alimentação equilibrada e diversificada durante a gravidez, com maior sensibilização para a importância desta temática, potenciando-se desta forma uma maior literacia da grávida. Os estudos analisados vão ao encontro dos resultados obtidos, nomeadamente o estudo de Magalhães (2011) sobre mudanças comportamentais na gravidez, em que foram também avaliadas, para além da prática de atividade física, os hábitos alimentares e os consumos de álcool, tabaco e cafeína. A média de peças de fruta foi de 2,98, número de refeições 4,90 e consumo de sopa semanal 5,31.

Quanto aos hábitos tabágicos na gravidez, verificamos uma diminuição do número de grávidas que fumam, 17,56% das grávidas fumavam antes de engravidar, enquanto que apenas 4,58% continuaram a fumar durante a gravidez. Em média as mulheres fumavam 8,22 cigarros por dia e as que mantêm o consumo durante a gravidez, fumam em média 5 cigarros por dia, corroborando com os resultados de Magalhães (2011) em que a média de cigarros por dia antes de engravidar foi de 11,58 e durante a gravidez 6,83, assim como, 12 mulheres fumavam antes de engravidar e apenas 6 fumavam durante a gravidez. Também Correia et al (2007), obteve resultados semelhantes no seu estudo sobre gravidez e tabagismo, em que 30% das inquiridas fumavam antes de engravidar e, destas, 35% deixaram de fumar durante

a gravidez, diminuindo também o consumo de cigarros por dia das que continuaram a fumar. No estudo de coorte retrospectivo de Lemos (2015) sobre fatores associados a hábitos tabágicos na gravidez e repercussões no RN, podemos encontrar resultados semelhantes: 54,6% das mulheres com hábitos tabágicos, manteve o hábito de fumar durante a gravidez, ainda que tenham diminuído o número de cigarros fumados.

Quanto ao consumo de álcool durante a gravidez, a maioria das gestantes não ingeria este tipo de bebidas (62,31%) antes de engravidar e 90% das que responderam afirmativamente (37,69%), consumia raramente. O estudo de Magalhães (2011) encontrou resultados semelhantes, pois apenas 20 grávidas das 76 inquiridas referiram consumir bebidas alcoólicas antes de engravidar, correspondendo a apenas 26,31% da amostra. No entanto, diferem dos que Carapinha et al (2015) obtiveram no seu estudo sobre o consumo de álcool na gravidez, pois 71% das participantes haviam ingerido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à gravidez, embora se tratasse de um consumo esporádico. Não encontramos justificativa para esta diferença, que possivelmente estará em variáveis que não foram abordadas. Na amostra em estudo verificamos, também, que quando passam a ter consciência do seu estado, estas 37,69% cessaram o consumo, provavelmente por ter conhecimento de que a sua ingestão é prejudicial para o bebê. Todas as grávidas negaram a ingestão de bebidas alcoólicas atualmente. Estes resultados corroboram com estudos semelhantes, nomeadamente com o de Magalhães (2011), no qual apenas 5 grávidas das 76 inquiridas mantiveram o consumo deste tipo de bebidas e com o de Carapinha et al (2015) em que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas na gravidez foi muito inferior à do consumo nos 12 meses antes (19% vs 70%).

Relativamente ao consumo de café, verificamos uma diminuição da percentagem de grávidas que consomem esta substância, de 74,81% para 55,73%, e as que mantêm o consumo, diminuíram a média de cafés diários. Estes resultados vão ao encontro dos que Magalhães (2011) obteve, pois também verificou uma diminuição do número de gestantes a consumirem café, bem como uma média de cafés consumidos menor.

Tal como realizado para os hábitos alimentares, também no que se refere aos consumos de tabaco, café e bebidas alcoólicas, procuramos sintetizar o grau de cumprimento das grávidas à luz das recomendações da DGS (Teixeira et al, 2015), nomeadamente ausência de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, bem como a ingestão no máximo de 2 cafés por dia (considerando em média que cada café expresso tem cerca de 100mg de cafeína). Verificamos que a maioria das grávidas cumpre as 3 recomendações da DGS (93,89%). Pensamos que estes resultados são muito satisfatórios, pois demonstram que as campanhas de sensibilização, principalmente, referentes ao consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, têm repercutido efeitos positivos na população de futuras mães.

Relativamente à prática de atividade física (como caminhar, nadar ou dançar) com regularidade, verificamos que existe uma quase divisão equitativa da amostra em dois grupos, sendo que 54,96% afirmam fazê-lo com regularidade e 45,04% não pratica regularmente atividade física, sendo o motivo mais apontado para não o fazer a falta de tempo, seguida de dor pélvica, indicação médica e dor lombar. Estes resultados alertam para a necessidade de adequar um planeamento de atividade física regular à disponibilidade da grávida, planeamento este que deverá ser da responsabilidade do EEER.

Magalhães (2011) encontrou resultados muito divergentes destes, sendo a percentagem de gestantes que não praticam atividade física com regularidade muito superior (89,5%) à que encontramos, apontando a falta de tempo, seguida da dor lombar e dor pélvica como principais motivos para este comportamento. Possivelmente, esta diferença de resultados poderá indicar que as grávidas já se encontram mais sensíveis à necessidade de praticar atividade física, sendo os motivos para não o fazer idênticos aos que observamos.

Dada a importância da prática de atividade física durante o período gravídico, observamos aqui uma janela de oportunidade de intervenção do EEER na sensibilização e promoção desta prática, tentando reduzir/suprimir o que leva as gestantes a não aderir a esta prática, integrando este tipo de profissional nas equipas multidisciplinares que acompanham, vigiam e monitorizam as grávidas. Neves (2017), estudou recentemente a prevalência de perturbações músculo-esqueléticas na gravidez, determinando que a prática regular de atividade física diminui o número de perturbações músculo-esqueléticas na região lombar. Então importa desmistificar junto das gestantes que a prática de atividade física é uma aliada à diminuição da dor lombar, uma vez que 10,81% da nossa amostra referiu a dor lombar como motivo para não praticar atividade física com regularidade. No referido estudo, 57,7% referiu nunca praticar atividade física com regularidade e apenas 8,1% a pratica três ou mais vezes por semana.

No estudo de Gouveia et al (2007), apenas 16,6% das grávidas mantiveram a prática de atividade física regular, com uma média de 2,88 sessões por semana e uma duração média 52,95 minutos por sessão, tendo verificado uma diminuição da prática de exercício observada durante a gravidez, correspondendo a 30,1% das gestantes.

O PPAQ permite-nos calcular a prática de atividade física, calculando o gasto energético semanal expresso em MET-h.wk⁻¹ para um conjunto de atividades desenvolvidas pelas mulheres relativamente à sua tipologia e intensidade. Verificamos que, quanto ao tipo, as grávidas despendem maior gasto energético em atividades domésticas com uma média de 94,67 MET-h.wk⁻¹, seguidas das ocupacionais (laborais) com 43,97 de média. Quanto à intensidade, as grávidas praticam mais atividade física leve (86,21) que moderada (61,74). Ou

seja, a intensidade da atividade física praticada fica aquém das recomendações nacionais e internacionais, que aconselham uma intensidade moderada. Em relação à atividade total, em média, gastam 196,73 MET-h.wk⁻¹.

Comparativamente com estudo que tenham recorrido ao PPAQ para avaliar a atividade física, verificamos que Magalhães (2011) encontrou um gasto energético total muito aproximado, no 2º momento de avaliação 198,18 MET-h.wk⁻¹ de mediana e no 3º 193,90. Quanto ao tipo de atividade, também verificou a mesma tendência das gestantes despendem maior gasto energético em atividades domésticas, seguidas de ocupacionais. Relativamente à frequência, também observou uma intensidade leve predominante, seguida de moderada, à exceção do 3º momento de avaliação (que corresponde a um período mais avançado da gravidez) em que se seguiu à intensidade leve a sedentária e só depois a moderada, podendo ser explicado pelo maior cansaço/peso alcançado numa reta final da gravidez. Mesquita (2015), também verificou, quanto ao tipo de atividade, maior gasto energético em atividades domésticas seguidas das ocupacionais e, em relação à intensidade, maior gasto energético em atividades leves, seguidas das sedentárias, ao invés do que constatamos. No que diz respeito à atividade total, encontrou um valor ligeiramente superior de gasto energético (mediana de 216,84 e 202,34, nos respetivos momentos de avaliação. Tendais et al (2007) e Gouveia et al (2007) não usaram o PPAQ nos seus estudos, pelo que não podemos tecer comparações.

Associação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão a estilos de vida saudáveis da grávida

Aferimos que, na generalidade, a associação entre o gasto energético semanal e a idade não apresentam significado estatístico, no entanto, o gasto energético das atividades sedentárias e a idade apresentam uma associação positiva, fraca e estatisticamente significativa ($r_s=0,22$; $p=0,011$). Especificando, à medida que a idade aumenta, também o gasto energético semanal com as atividades sedentárias aumenta. Pensamos que seria expectável que tal acontecesse, já que o aumento da idade e provavelmente a existência de filho (s) anterior (es) e outras tarefas façam com que as mulheres tenham menos tempo e maior cansaço físico, desenvolvendo atividades mais sedentárias, em detrimento de atividades de maior gasto energético, comparativamente com as mais novas. Constatamos que o estado civil não influencia a prática de atividade física. Verificamos que a idade e o estado civil não influenciam o cumprimento das recomendações da DGS relativas à alimentação e consumos (café, tabaco e álcool).

Apenas Gouveia et al (2007) relacionou a idade e o estado civil com o exercício físico, verificando que a sua prática era mais frequente entre os 25-34 anos e que o estado civil não influenciava a prática de exercício, corroborando com os resultados deste estudo.

Verificamos a ausência de influência da classe socioeconómica das grávidas na atividade física/gasto energético e no cumprimento das recomendações relativas aos consumos (tabaco, café e álcool), o mesmo não acontece com a alimentação. As grávidas da classe I (classe superior alta) cumprem maior número de recomendações relativas a uma alimentação saudável, valores que vão reduzindo até à classe IV (Classe Inferior Alta), que surge com os valores mais baixos. Ou seja, as grávidas com menor nível de instrução e menores rendimentos devem ser alvo de atenção no acompanhamento dos profissionais de saúde relativamente à alimentação, ponderando um aconselhamento personalizado e especializado, de modo a sensibilizar para ajustes nas escolhas nutricionais das grávidas.

A área de residência parece influenciar apenas a prática de atividades sedentárias, onde as mulheres que vivem em meio urbano apresentam um gasto energético estatisticamente superior neste tipo de atividades, comparativamente com as que vivem em meio rural. Estes dados poderão resultar do facto de quem vive em meio rural, habitualmente, ter mais área para cultivar e tirar partido das coisas que o campo traz, bem como o meio de proximidade que existe nas aldeias levar a pessoa a locomover-se mais. Ou seja, as pessoas que vivem em meio urbano terão, provavelmente, menos atividades de distração, levando-as a estar mais tempo ao computador, a ver televisão ou a ler.

Associação entre as variáveis de contexto laboral e a adesão a estilos de vida saudáveis da grávida

A situação laboral, a carga horária e o tipo de horário praticado não influenciam o cumprimento das recomendações da DGS relativamente à alimentação e consumo de substâncias (tabaco, café e álcool). O mesmo não acontece com a prática de atividade física. As empregadas ativas apresentam gastos energéticos estatisticamente superiores às empregadas mas com baixa médica, talvez porque as próprias atividades laborais requerem esse maior gasto, ou o próprio facto de não estarem de baixa médica signifique que não têm complicações, problemas, riscos, receios e por isso mesmo mantenham uma vida mais ativa. Também Gouveia et al (2007), verificaram que as mães empregadas praticavam mais exercício físico. Quanto à carga horária semanal, à medida que esta aumenta, maior é o gasto energético em atividade ocupacional, o que seria expectável pois elas referem-se precisamente às atividades desenvolvidas em contexto laboral. Quanto ao tipo de horário, embora globalmente pareça existir uma tendência para o gasto energético ser superior nas

mulheres que trabalham por turnos (possivelmente pelo desgaste associado à mudança dos ritmos fisiológicos, acumulação de tarefas/atividades) não se consubstanciou o significado estatístico da influência do tipo de horário praticado no gasto energético das grávidas.

Associação entre as variáveis antropométricas e a adesão a estilos de vida saudáveis da grávida

Apenas na atividade de intensidade vigorosa e na atividade desportiva o gasto energético é diferente consoante o IMC. Em ambos os casos, as mulheres obesas apresentam um gasto energético superior às restantes. Provavelmente estes resultados dever-se-ão às recomendações dos profissionais de saúde face a esta condição específica, que promovem a prática de atividade física, ou até mesmo pelo facto das mulheres com maior IMC procurarem atividades especificamente mais vigorosas/desportivas para reduzirem a sua progressão ponderal. Esta variável parece não influenciar o cumprimento das recomendações sobre a alimentação e consumos.

Não parece existir uma influência do peso atual sobre a atividade física, nem sobre o cumprimento das recomendações sobre a alimentação e consumos.

Associação entre as características dos indicadores inerentes à gravidez e a adesão a estilos de vida saudáveis da grávida

Percebemos que as grávidas do 2º trimestre apresentam uma atividade/gasto energético superior comparativamente com as do 3º trimestre, nomeadamente no gasto energético global (atividade total), na atividade de intensidade moderada e atividade ocupacional, evidenciando algum impacto da idade gestacional sobre o gasto energético nessas atividades. Uma maior disponibilidade física das mulheres no 2º trimestre para a realização de algumas atividades que no 3º trimestre já não conseguirão pelo cansaço e peso, poderá justificar estes resultados, bem como a tendência para a suspensão da atividade profissional nos últimos meses da gravidez. Quanto ao cumprimento das recomendações da alimentação e consumos, a idade gestacional parece não o influenciar, corroborando com os resultados de Correia et al (2007) que também não verificaram relação estatisticamente significativa entre o tabagismo durante a gravidez e a idade gestacional, no entanto, Silva (2011) observou que quanto maior for o número de cigarros consumido diariamente menor será a idade gestacional no termo. Tendais et al (2007), Gouveia et al (2007) e Magalhães (2011) realizaram estudos com vários momentos de avaliação, pelo que não podemos estabelecer comparações da idade gestacional.

O número de gravidezes e partos prévios não influencia o cumprimento das recomendações da DGS para a alimentação e consumos (tabaco, café e álcool), ao invés da prática de atividade física. Vejamos que nas atividades de intensidade leve e doméstica, as mulheres sem gravidezes anteriores apresentam gastos energéticos inferiores às mulheres dos grupos que têm gravidezes prévias, enquanto que nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, são as mulheres sem gravidezes prévias que apresentam gastos energéticos superiores às restantes mulheres. Podemos inferir, e assumindo que a (s) gravidez (es) anterior (es) foram bem sucedidas, ter filho (s) implica que as mães empreguem maiores gastos energéticos em atividades domésticas e outras atividades leves, por não disporem de tempo para outras, contrariamente às que não têm filho (s) que têm maior disponibilidade e menos preocupações familiares/domésticas, permitindo-lhe outro tipo de atividades.

Na atividade total, as primíparas apresentam gastos energéticos superiores, seguidas das múltiparas e, por último, as nulíparas. No que se refere às atividades de intensidade leve, moderada e doméstica as nulíparas surgem com os gastos energéticos mais baixos, comparativamente com as restantes que têm pelo menos um parto prévio, contrariamente às atividades de maior intensidade, nomeadamente na atividade vigorosa e desportiva/exercício, em que ocorre o inverso, corroborando com os motivos supracitados. Apesar de Magalhães (2011) ter estudado a paridade das gestantes, não estabeleceu a sua relação com a prática de atividade física.

Verificamos que o local de vigilância da gravidez apenas influencia a atividade desportiva, em que as gestantes que fazem a vigilância da gravidez em vários locais em simultâneo, nomeadamente no Centro de Saúde, Hospital/Maternidade e Consultório Particular apresentam gastos energéticos superiores. Provavelmente, o facto de praticarem exercício físico poderá levar à necessidade de uma vigilância diferenciada.

Relativamente à prática de atividade física, as gestantes com aconselhamento nutricional personalizado apresentam gastos energéticos superiores na atividade desportiva/exercício, podendo estar aliado a prática de exercício aos planos nutricionais saudáveis e, portanto, terem sido feitas em simultâneo essas recomendações/aconselhamento. Apesar de não existir uma clara influência significativa do aconselhamento nutricional no cumprimento das recomendações da DGS em relação à alimentação, as grávidas que tiveram aconselhamento nutricional personalizado apresentarem níveis de cumprimento superiores comparativamente com as que não tiveram, mostrando uma vez mais a sua importância, dado o cumprimento e potencial demonstrado. Este aconselhamento não influenciou o cumprimento das recomendações relativas aos consumos de tabaco, café e álcool.

As grávidas que obtiveram aconselhamento para a prática de exercício apresentam gastos energéticos superiores nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, talvez por o próprio aconselhamento ter fomentado um maior gasto energético através de atividades mais intensas. Realçamos aqui a importância do acompanhamento do EEER na prática regular de atividade física, devido às especificidades inerentes à sua rentabilização e prevenção de complicações. O mesmo não se verifica no cumprimento das recomendações da DGS em relação à alimentação e consumos, onde não se verificou a existência de associação com o aconselhamento.

A existência de patologias prévias à gravidez também parece não influenciar a atividade física das grávidas, no entanto, ela condiciona valores mais elevados de cumprimento das recomendações da DGS, contudo sem significado estatístico. Possivelmente são pessoas mais preocupadas e atentas ao cumprimento das recomendações, pela sua própria experiência de doença prévia/necessidades de tratamento e receio de que possa algo correr mal consigo e com o filho.

As grávidas com complicações apresentam gastos energéticos superiores às restantes nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, provavelmente porque tiveram recomendações para maior atividade física como forma de tratamento/minimização da própria complicação, devido teor das complicações mais referenciadas. Já na atividade ocupacional as mulheres que apresentaram complicações revelam gastos energéticos inferiores, talvez por ter redução do tempo de trabalho, condições de trabalho melhoradas ou baixa médica. O cumprimento das recomendações da DGS relativamente à alimentação e consumos, por outro lado, não parece sofrer influência da existência ou não de complicações durante a gravidez.

A indicação médica para repouso absoluto não influenciou a prática de atividade física o que é, no mínimo, estranho e surpreendente pois seria expectável que as grávidas com indicação para repouso absoluto apresentassem uma diminuição significativa dos gastos energéticos. Por outro lado, também não esperaríamos que as gestantes com indicação para repouso absoluto apresentassem um menor cumprimento das recomendações da DGS para a alimentação, não vislumbrando nada justificativo para este resultado.

5. CONCLUSÃO

Deparamo-nos, atualmente, com uma maior preocupação com os estilos de vida adotados, ainda mais durante o período da gravidez. A prática de exercício físico programado encontra-se, neste momento, em voga na nossa população, prova disso é o aumento do número de pessoas que procuram ginásios para praticar exercício, bem como de espaços verdes que o promovem. Também a alimentação tem vindo a sofrer alterações no seu conceito, pois a procura de alimentos biológicos e saudáveis está a crescer a tal nível que começam a proliferar no comércio urbano lojas dedicadas exclusivamente a este tipo de alimentos e as grandes superfícies têm vindo a aumentar o seu espaço dedicado à comercialização dos mesmos, em detrimento de produtos industrialmente processados. O consumo de álcool e tabaco são sujeitos a diversas campanhas que incentivam a sua diminuição, nomeadamente as imagens que encontramos em cada pacote de cigarros, o aumento do imposto tributável para a aquisição destes produtos, o esforço de cumprimento da idade mínima obrigatória para adquirir bebidas alcoólicas, entre outros.

Neste sentido, a alimentação, o consumo de substâncias e, principalmente a atividade física têm despertado, cada vez mais, o interesse da comunidade científica, traduzindo-se num maior número de estudos realizados nestas áreas e, em específico, durante a gestação. No entanto, foram poucos os estudos encontrados que reúnam estas práticas comportamentais em simultâneo, dificultando a caracterização dos estilos de vida na sua globalidade. Além disso, alguns deles consistem em revisões de literatura ou monografias, dificultando a comparação de resultados.

Existem diversos fatores que condicionam o processo de investigação, como em qualquer outro estudo científico, torna-se então importante refletir sobre esses aspetos/limitações do estudo e se poderão ou não ter interferido nos resultados obtidos.

Os instrumentos utilizados e a população estudada apresentam alguma diversidade, pelo que se impõem algumas limitações em termos de comparação de resultados. Por outro lado, a escolha de uma amostra não probabilística, sugere prudência ao generalizar os dados obtidos. Isto porque ao encontrar-se circunscrita numa cidade do país e que realiza a vigilância da gravidez numa instituição hospitalar, constitui uma limitação à extrapolação de resultados.

Relativamente à colheita de dados, não encontrámos nenhum instrumento que permitisse avaliar os estilos de vida na grávida na sua globalidade, constituindo uma

dificuldade deste estudo. Quanto à avaliação isolada de cada hábito ou prática comportamental, apenas surgiu a escala de atividade física durante a gestação por nós utilizada e um questionário que avalia a alimentação e nutrição mas, para além de muito extenso e exaustivo, permite avaliar cada nutriente e alimento, o que não constituía objetivo deste trabalho. Perante isto, houve necessidade de incluir na colheita de dados uma série de questões que elaborámos para avaliar os hábitos alimentares e consumo de substâncias (álcool, tabaco e café) da grávida. Apesar de, após pesquisa exaustiva, se ter efetuado um instrumento de colheita de dados o mais completo possível, não foi de todo exequível abordar todas as variáveis que poderiam influenciar a adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis na gravidez, correndo o risco de este instrumento se tornar demasiadamente extenso, levando ao cansaço das gestantes e até mesmo desistência ao preencher. Variáveis relacionadas como hábitos de sono, atividade sexual ... parecem ser pertinentes para a compreensão mais pormenorizada desta problemática, pelo que sugerimos que futuramente se realizem mais investigações neste domínio e relacionem variáveis com outros fatores que não foram abordados, nomeadamente fatores psicológicos e sociais.

A criação de um instrumento de colheita de dados que incluísse todas estas práticas comportamentais, e outras até, seria muito importante para a produção de novas evidências científicas. Interessante seria também a realização de um estudo experimental que avaliasse o efeito da inclusão de um EEER nas equipas de vigilância pré-natal e pós-parto.

Procurámos conhecer os níveis de adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação, consumo de substâncias e atividade física) em grávidas, e subsequentemente os seus determinantes, objetivos esses que entendemos terem sido parcialmente atingidos. Isto porque conseguimos perceber a adesão que a nossa amostra demonstrou a hábitos e estilos de vida saudáveis, no entanto, não a conseguimos estratificar, por falta de instrumento de colheita de dados que o permitisse.

Assim, numa síntese final conclusiva constatamos que a adesão das grávidas a hábitos e estilos de vida saudáveis foi, tendencialmente elevada, à exceção da prática de atividade física e hábitos alimentares, que ficou aquém do recomendado pela DGS. As recomendações relativas aos consumos de álcool, tabaco e café foram, maioritariamente, cumpridas. Já a atividade física foi, em maioria, de intensidade leve, contrariamente ao recomendado, intensidade moderada. Das 9 recomendações da DGS para uma alimentação saudável, a maioria das grávidas cumpriu menos de metade.

Quanto aos determinantes da adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis da mulher grávida os nossos resultados não foram conclusivos, pois apenas foi possível estabelecer relação entre algumas variáveis independentes e a adesão de determinados hábitos e

comportamentos saudáveis. Seguem algumas das associações que este estudo permitiu comprovar:

- As grávidas mais velhas apresentam um gasto energético semanal na atividade sedentária superior às mais novas;
- As grávidas da classe I (classe superior alta) cumprem maior número de recomendações relativas a uma alimentação saudável, valores que vão reduzindo até à classe IV (Classe Inferior Alta), que surge com os valores mais baixos;
- As mulheres que vivem em meio urbano apresentam um gasto energético estatisticamente superior na atividade sedentária que as que vivem em meio rural;
- As empregadas ativas apresentam gastos energéticos estatisticamente superiores às empregadas com baixa médica;
- As grávidas com maior carga horária semanal têm maior gasto energético em atividade ocupacional;
- Quanto ao IMC prévio à gravidez, as mulheres com obesidade apresentam um gasto energético superior na atividade de intensidade vigorosa e na atividade desportiva;
- As grávidas do 2º trimestre apresentam uma atividade/gasto energético superior comparativamente com as do 3º trimestre, nomeadamente no gasto energético global (atividade total), na atividade de intensidade moderada e atividade ocupacional, evidenciando algum impacto da idade gestacional sobre o gasto energético nessas atividades;
- As mulheres sem gravidezes anteriores apresentam gastos energéticos inferiores às que têm gravidezes prévias nas atividades de intensidade leve e doméstica, enquanto que nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício, são as mulheres sem gravidezes prévias que apresentam gastos energéticos superiores;
- As primíparas apresentam gastos energéticos superiores na atividade total, seguidas das múltiparas. No que se refere às atividades de intensidade leve, moderada e doméstica as nulíparas surgem com os gastos energéticos mais baixos, comparativamente com as restantes que têm pelo menos um parto prévio, contrariamente às atividades de maior intensidade, nomeadamente na atividade vigorosa e desportiva/exercício, em que ocorre o inverso;
- O local de vigilância da gravidez influencia a atividade desportiva, em que as gestantes que fazem a vigilância da gravidez em vários locais em simultâneo, nomeadamente no Centro de Saúde, Hospital/Maternidade e Consultório Particular apresentam gastos energéticos superiores;
- As gestantes com aconselhamento nutricional personalizado apresentam gastos energéticos superiores na atividade desportiva/exercício;

- As grávidas que obtiveram aconselhamento para a prática de exercício apresentam gastos energéticos superiores nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício;
- As grávidas com complicações apresentam gastos energéticos superiores às restantes nas atividades de intensidade vigorosa e desportiva/exercício. Na atividade ocupacional as mulheres que apresentaram complicações revelam gastos energéticos inferiores.

Face aos resultados apresentados, consideramos importante que as equipas de profissionais de saúde que vigiam e monitorizam as mulheres durante o período da gravidez se tornem cada vez mais multidisciplinares, de modo a poderem indagar o seu conhecimento e competências. Isto porque o sucesso da gravidez depende, não só, dos fatores relacionados com a mulher, a família e o contexto sociocultural em que está inserida, mas também reflete os cuidados de saúde prestados à mãe e ao feto. O sistema de saúde assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde da grávida, reconhecendo o seu potencial individual ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto. Deve orientar as escolhas que a grávida faz durante a gestação, realçando que o tipo de estilo de vida adotado é uma escolha individual, que requer uma decisão informada.

O EEER, através das competências e habilitações especializadas, pode ser uma mais valia para as equipas de vigilância pré-natal e até do pós-parto quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados de saúde diferenciados, atuando em complementaridade com o EEESMOG. Ao integrá-las poderá contribuir para promover a adesão a estilos de vida saudáveis, com enfoque principal no aconselhamento e monitorização da atividade física, contribuindo para uma orientação salutogénica da mulher no decorrer da gravidez.

Consideramos que existe muito a acrescentar à oferta de cuidados de saúde, com principal enfoque na promoção da saúde e prevenção de complicações, na vigilância da gravidez. Sugerimos a implementação de aspetos inovadores nesta área. Um deles é a criação de um projeto piloto institucional liderado por um EEER, que contemple uma consulta de enfermagem no domínio da reabilitação para avaliação, monitorização e acompanhamento das grávidas. A criação de um ginásio nas maternidades, onde para além da preparação para o nascimento, possibilite também a implementação de um programa de atividade física diferenciado, centrado na prevenção ou tratamento de dores e desconfortos resultantes de disfunções músculo-esqueléticas, neurológicas ou uro-ginecológicas, realização de técnicas de correção postural, fortalecimento muscular nomeadamente da musculatura abdominal e do pavimento pélvico, para grávidas e conduzido por um EEER.

Acreditamos que a implementação destes dois projetos piloto proporcionaria uma melhor qualidade de vida às gestantes, uma diminuição da taxa de partos distócicos,

diminuição da incidência de complicações durante a gravidez (tais como DMG, incontinência urinária e obesidade), para além de uma melhor preparação física, psicológica e emocional das futuras mães para a transição que vivenciam.

Terminada esta investigação, esperamos que ela tenha constituído um alerta para a importância da enfermagem de reabilitação na promoção da saúde das grávidas.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irvin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J. ... Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 32(9 Suppl): S498-504.
- Alves, T. S. G. (2012). *Efeitos da Fisioterapia na Qualidade de Vida da mulher durante o Período Gestacional: Revisão Sistemática* (Monografia não publicada). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cabo Verde.
- American College of Obstetrics and Gynecology (2010). Moderate caffeine consumption during pregnancy. Committee Opinion 42. *Obstetrics & Gynecology.*, 116(2), 467-468.
- Andreto, L. M., Souza, A. I., Figueiroa, J. N. & Cabral-Filho, J. E. (2006). Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 22(11), 2401-2409
- Artal, R. & O'Toole, M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine*, 37(1), 6-12. doi: 10.1136/bjism.37.1.6
- Azevedo, R. A., Mota, R. M., Silva, A. O., Dantas, E. R. A. (2011). Exercício físico durante a gestação: uma prática saudável e necessária. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*, 9(2), 53-70. Acedido em <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/1410/1522>

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behaviour*, 31(2), 143-164.
- Belo, A. P. P. R. (2012). *A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Borodulin, K. M., Eveson, K. R., Wen, F., Herring, A. H., & Benson, A. M. (2008). Physical Activity Patterns during Pregnancy. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40(11), 1901-1908. doi: 10.1249/MSS.0b013e31817f1957
- Butes, L., Marinho, S., Silva, A., Gomes da Costa, F. & Ramos, A. (2010). A atividade física na gravidez: Intervenção do Enfermeiro. *Percursos*, 17, 36-42.
- Carapinha, L., Ribeiro, C., Lavado, E., Castro, M. & Ribeiro, C. (2015). *O Consumo de Álcool na Gravidez. Serviço de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências*. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-sicad-pdf.aspx>.
- Cardoso, A., Silva, A., Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV(4), 11-20. doi: 10.12707/RIV14012
- Carvalho, D. F. (2011). *Efeito do exercício físico durante a gravidez sobre o tamanho e a composição corporal do Recém-Nascido* (Tese de Pós-Graduação não publicada). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Carvalho, G. C. S. (2005). *Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M. D., Roberts, D. E., Hosmer, D., Markenson, G., & Freedson, P. S. (2004). Development and Validation of a Pregnancy Physical Activity

Questionnaire. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1750- 1760. doi:
10.1249/01.MSS.0000142303.49306.0D

Correia, S., Nascimento, C., Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Figueira, J., ... Silva, L. (2007). Gravidez e tabagismo – uma oportunidade para mudar comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 201-207

Coutinho, E. C., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreiras, V. B. C., Amaral, M. O. & Duarte, J. C. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(Esp2), 17-24. doi: 10.1590/S0080-623420140000800004

Cramp, A. G., & Bray, S. R. (2009). A prospective examination of exercise and barrier self-efficacy to engage in leisure-time physical activity during pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 325-334. doi: 10.1007/s12160-009-9102-y

Crane, J. M. G., White, J., Murphy, P., Burrage, L. & Hutchens, D. (2009). The Effect of Gestational Weight Gain by Body Mass Index on Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28-35. Doi:
10.1097/01.NMC.0000360432.90345.b0

Despacho nº 1916/2004. (2004, Janeiro 28). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. *Diário da República. II Série*. Nº 33, 1492-1496.

Dourado, V. G. & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma Gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1),69-74. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>

Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, S., Paxton, S. J. & Kelly, L. (2009). Factors related to exercise over the course of pregnancy including women's beliefs about the safety of exercise during pregnancy. *Elsevier*, 25, 430-438.

- Evenson, K. R., Barakat, R., Brown, W. J., Dargent-Molina, P., Haruna, M., Mikkelsen, E. M. ... Yeo, S. (2014). Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(2), 102–121. doi:10.1177/1559827613498204
- Ferreira, M. M. S. R. S. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ferreira, P. S. A., Noronha, D. E. F. S., Teófilo, R. R. & Martins K. Y. N. (2016). *Benefícios da Fisioterapia na gestação: Uma revisão integrativa*. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Acedido em https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_MD4_SA9_ID3558_31052016234616.pdf
- Filipe, J., Godinho, C. A. & Graça, P. (2016). Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5(2), 170–184. doi:10.5964/pch.v5i2.175
- Flick, A. A., Brookfield, K. F., De La Torre, L., Tudela, C. M., Dutehly, L. & Gonza'lez-Quintero, V. H. (2010). Excessive Weight Gain among Obese Women and Pregnancy Outcomes. *American Journal of Perinatology*, 27(4), 333-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1243304>
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5.^a Edição). Loures: Lusociência.
- Gasquez, M. A., Gallego, A. D., Vargas, L. R., & Londoño, M.S. (2004). Estilos de vida saludables de los estudiantes de la corporación Universitaria Lasallista. *Revista Lasallista de Investigación*, 1(2), 35-40
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: Da problemática à recolha de dados*. Loures: Lusociência.

- Gomes, A. A., & Oliveira, C. (2012). Fisioterapia uroginecológica na gestação e no trabalho de parto: Revisão bibliográfica. Acedido em http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/35/01_-_Fisioterapia_UroginecolYgica_na_GestaYyo_e_no_Trabalho_de_parto_RevisYo_bibliogrYfica.pdf
- Gonçalves, C. V., Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A., Castro, N. B. & Bortolomedi, A. P. (2012). Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(7), 304-309
- Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Valente, S., ... Silva, L. J. (2007). Gravidez e Exercício Físico: Mitos, Evidências e Recomendações. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 209-214.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Grinfeld, H. (2009). Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In A. G. Andrade, J. C. Anthony & C. M. Silveira (Ed), *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual* (pp. 179-199). Barueri SP: Minha Editora.
- Henriksen, T. (2006). Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition Reviews*, 64(5 PT2), 19-21. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2006.tb00241.x>
- Henriques, M. (2013). Atividade Física para a Saúde: recomendações. *Revista Factores de Risco*, 29, 36-44.
- ICN (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: APE, IGIF
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Estatística do Emprego 3º Trimestre de 2017. INE, Lisboa. Acedido em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281092082&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. INE, Lisboa.

Acedido em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2011). Estatística do Emprego 3º Trimestre de 2011. INE, Lisboa. Acedido em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107450527&DESTAQUESmodo=2

Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., Bendel, M. (2010). Addiction in Pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29, 175–191. doi: 10.1080/10550881003684723

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare

Lemos, S. I. R. (2015). *Fatores associados a hábitos tabágicos na gravidez e repercussões no recém-nascido – Estudo de coorte retrospectivo* (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (7ª edição). Loures: Lusodidacta.

Machado, J. B. & Lopes, M. H. I. (2009). Abordagem do tabagismo na gestação. *Scientia Medica*, 19(2), 75-80. Acedido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4718/3917>

Magalhães, C. F. S. (2011). *Mudanças Comportamentais ao Longo da Gestação: Gravidez Activa e Saudável* (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Porto.

- Martins, A. B., Santos, Z. M., Junior, G. B., Filho, G. F., Saintrain, M. V., Calda, J. M. ...
Feitoza, J. S. (2016). Tecnologia educativa – Adesão da Gestante ao Exercício Físico para Controle da Pressão Arterial. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 135-144
- Mateus, C. & Sousa, S. (2014). Evolução da obesidade em Portugal – O que podemos aprender com base em dados nacionais. *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, 207-218.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T. & Diniz, J. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes Portugueses*. Relatório preliminar HBSC 2006.
- Mesquita, A. R. P. (2015). *Adaptação Cultural e Validação do Questionário: “Pregnancy Physical Activity Questionnaire” para a População Portuguesa* (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Tecnologia da saúde do Porto, Porto.
- Neves, S. D. (2017). Prevalência e determinantes das perturbações músculo-esqueléticas na grávida (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Nunes, E. & Narigão, M. (2015). Cessação tabágica na gravidez – Guia para profissionais de saúde. *Direção-Geral da Saúde*, Lisboa.
- Paisley, T. S., Joy, E. A., & Price, R. J. (2003). Exercise During Pregnancy: A Practical Approach. *Current Sports Medicine Reports*, 2, 325–330
- Pereira, M. S. S. (2013). Atividade física na gestação – *Aplicabilidade de um questionário específico para gestantes (PPAQ) e sua associação com Diabete Melito Gestacional (DMG), sobrepeso/obesidade* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4.^a Edição rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo.

Petroni, L. M., Silva, T. C., Santos, A. L., Marcon, S. S., Mathias, T. A. F. (2012) Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência Cuidado e Saúde*. 11(3), 535-41. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.15369

Portugal, Direção-Geral da Saúde (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto. Orientação nº 017/2013 da DGS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (versão discussão)*. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf

Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (2009) - Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. *Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines*. Institute of Medicine, Washington.

Regulamento n.º 122/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8648-8653. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento n.º 125/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8658-8659. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

- Regulamento n.º 127/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8662-8666.
- Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, M. A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210
- Rodrigues, L. P. S. (2014). Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Santo, E. V. G. E. (2015). *Estilos de vida na gravidez, evidências e recomendações* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/30693>
- Santos, J. R. N. M. (2014). *Exercício Físico na Gravidez* (Monografia não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Silva, A. R. C. (2013). *Índice de massa corporal e ganho ponderal gestacional como fator determinante do peso ao nascer do recém-nascido* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Silva, J. M. P. C. (2011). *Gravidez e tabagismo: abordagem pelos profissionais de saúde e implicações da exposição do feto ao monóxido de carbono* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Surita, F. G., Nascimento, S. L. & Pinto e Silva, J. L. (2014). Exercício físico e gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(12), 531-534. doi: 10.1590/SO100-720320140005176

- Teixeira, D., Pestana, D., Calhau, C., Vicente, L. & Graça, P. (2015). Alimentação e Nutrição na Gravidez. Direção-Geral da saúde. Acedido em:
https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf
- Tendais, I., Figueiredo, B., & Mota, J. (2007). Actividade física e qualidade de vida na gravidez. *Análise Psicológica*, 3 (25), 489-501
- Valle, C. P., Durce, K. & Ferreira, C. A. S. (2008). Consequências fetais da obesidade gestacional. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 32(4), 537-541
- World Health Organization (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Genève: World Health Organization.

Anexos

Anexo I – Autorização da autora da adaptação e validação do questionário PPAQ para a população Portuguesa

Pregnancy Physical Activity Questionnaire  Dissertação / ESSV x



Rita Mesquita <fisiot.rita.mesquita@hotmail.com>
para mim 

Boa tarde Dra. Sara Bernardino,
Em anexo envio-lhe o questionário que necessita para a elaboração do seu trabalho.
Desejos de um ótimo trabalho.

Saudações Académicas, com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Passos Mesquita

Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia na Comunidade

Anexo II - Correspondência do número das questões do PPAQ com os MET's correspondentes

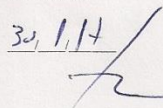
| Número da questão | MET's |
|--------------------------|--------------|
| 1 | 2,5 |
| 2 | 2,0 |
| 3 | 3,0 |
| 4 | 2,7 |
| 5 | 4,0 |
| 6 | 3,0 |
| 7 | 4,0 |
| 8 | 1,8 |
| 9 | 1,0 |
| 10 | 1,1 |
| 11 | 3,2 |
| 12 | 2,3 |
| 13 | 2,3 |
| 14 | 2,8 |
| 15 | 2,8 |
| 16 | 4,4 |
| 17 | 2,5 |
| 18 | 4,0 |
| 19 | 1,5 |
| 20 | 3,2 |
| 21 | 4,6 |
| 22 | 6,5 |
| 23 | 7,0 |
| 24 | 3,5 |
| 25 | 6,0 |
| 26 | 4,5 |
| 29 | 1,6 |
| 30 | 3,0 |
| 31 | 2,2 |
| 32 | 4,0 |
| 33 | 3,3 |

**Anexo III – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra**



Comissão de Ética para a Saúde

Director Clínico
Visto para difusão
SAÚDE - EPE

30/1/17


Exmo. Senhor
Dign^o Director Clínico do CHUC

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA | DATA |
|----------------|--------------------|------------------|------------|
| | | N.º 008/CES | 23-01-2017 |

Proc. N.º CHUC-142-16

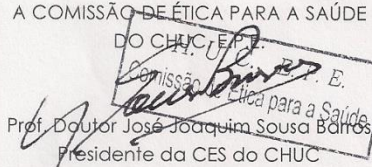
ASSUNTO: Estudo Observacional "Determinantes da adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis na gravidez" - Sara Ferreira Bernardino, Enfermeira no Serviço de Puerpério da MBB e Aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu (estudo a ser realizado no Serviço de Puerpério da MBB do CHUC).
(Entrada do processo na CES a 06.12.2016)

Cumpra informar Vossa Ex.^a de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 20 de Janeiro de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.


Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.^a Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.^a Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pali; Dr. José António Felo; Dr. José Alves Gillo Gonçalves; Ent.^a Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Anexo IV – Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UniCISE)

Área Científica: Enfermagem de Reabilitação

Curso: 5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade curricular: Relatório Final

Investigador Principal (orientador): Professor Doutor Carlos Albuquerque

Investigador colaborador: Sara Ferreira Bernardino

Estudo: DETERMINANTES DA ADESÃO A HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Prezada Gestante,

Ao realizarmos este estudo pretendemos conhecer os níveis de adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis durante o período da gravidez, bem como identificar os seus determinantes de natureza sociodemográfica, laboral, antropométrica e obstétrica.

Simultaneamente, os resultados obtidos permitirão, enquanto especialistas em enfermagem de reabilitação, desenvolver um projeto de intervenção, na área da saúde materna e obstétrica, que vá ao encontro da implementação de estratégias promotoras da adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis.

- Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.
- Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas.
- A sua participação é muito importante para este estudo. Verifique se respondeu a todas as questões.

Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-nos.

Muito obrigado pela sua colaboração e tempo disponibilizado.

Sara Ferreira Bernardino

Telemóvel: 916747736

E-mail: mega.sara@gmail.com

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código _____
(a preencher pelo investigador)

Secção A – Caracterização Sociodemográfica

- 1- Idade: _____
- 2- Estado Civil:
 Solteira Casada União de facto Divorciada Viúva
- 3- Profissão: _____
- 4- Escolaridade: _____
- 5- Qual é a principal fonte de rendimentos?
 Fortuna herdada ou adquirida (Ex: Propriedades)
 Altos vencimentos ou honorários (Ex: Lucros de empresas)
 Vencimento mensal fixo (Ex: Funcionários)
 Remuneração incerta (Ex: Remuneração semanal ou de horas de serviço)
 Assistencial (Ex: Beneficiência pública ou privada)
 Outra. Qual? _____
- 6- De que tipo é a sua habitação?
 Casa ou andar luxuoso e muito grande, oferecendo o máximo de conforto
 Casa ou andar que, sem ser luxuoso, é espaçoso e confortável
 Casa ou andar modesto, bem construído, bem conservado, bem iluminado e arejado, com cozinha e casa de banho
 Casa ou andar degradado, sem eletrodomésticos mas com cozinha e casa de banho
 Alojamento impróprio, andar ou barraca desprovido de conforto, ventilação e iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas
 Outro. Qual? _____
- 7- Qual é o aspeto da zona onde habita?
 Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados (Ex: Bairro elegante)
 Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas (Ex: Bom local)
 Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspeto geral menos confortável (Ex: Zonas antigas)
 Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de fábricas (Ex: Bairro operário/social)
 Bairro de lata
 Outro. Qual? _____
- 8- Qual a sua área de residência?
 Urbana Rural

Secção B – Caracterização do Contexto Laboral

- 1- Qual a sua situação laboral?:
 Empregada (ativa) Empregada (com baixa médica) Desempregada
 Doméstica
- 1.1- **Se está empregada (ativa)**, qual a sua carga horária semanal?
 35h 40h 42h Outra. Qual? _____h/semana
- 1.2- **Se está empregada (ativa)**, desempenha funções sob que tipo de horário?
 Horário fixo diurno Por turnos Outro. Qual? _____

Secção C – Caracterização Antropométrica

- 1- Altura _____ Cm
- 2- Peso prévio à gravidez _____ Kg
- 3- Peso atual _____ Kg

Secção D – Indicadores Inerentes à Gravidez

- 1- Idade Gestacional _____ semanas
- 2- Número de gravidezes anteriores _____
- 3- Número de partos _____
- 4- Gravidez gemelar: 1 Não 2 Sim
- 5- Onde se encontra a realizar a vigilância da gravidez (consultas da grávida)? (Pode assinalar mais que uma opção)
1 Centro de Saúde 2 Hospital / Maternidade 3 Consultório Particular
- 6- Para além das consultas da grávida, é seguida por algum profissional que lhe faculte aconselhamento nutricional?
1 Não 2 Sim
6.1- Se **Sim** quem? 1 Nutricionista
2 Personal Trainer
3 Fisioterapeuta
4 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
5 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
6 Outro. Quem? _____
- 7- Para além das consultas da grávida, é seguida por algum profissional que lhe faculte aconselhamento para a prática de exercício físico?
1 Não 2 Sim
7.1- Se **Sim** quem? 1 Nutricionista
2 Personal Trainer
3 Fisioterapeuta
4 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
5 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
6 Outro. Quem? _____
- 8- Possui alguma doença prévia à gravidez?
1 Não 2 Sim. Qual? _____
- 9- Possui alguma complicação decorrente da gravidez?
1 Não 2 Sim. Qual? 1 Diabetes Gestacional
2 Hipertensão Arterial
3 Pré-Eclâmpsia
4 Ameaça de parto pré-termo
5 Anemia
6 Placenta Prévia
7 Outra. Qual? _____
- 10- Na gravidez atual, foi aconselhada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, ...) a estar em repouso absoluto?
1 Não 2 Sim
- 11- Na gravidez atual, foi aconselhada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, ...) a praticar atividade física?
1 Não 2 Sim

Secção E – Consumos e Práticas Comportamentais

1- ALIMENTAÇÃO

- 1- Quantas refeições faz por dia? _____(média/dia)
- 2- Toma pequeno-almoço?
 - 1 Todos os dias
 - 2 Algumas vezes/semana: _____ /semana
 - 3 Nunca
- 3- Quantas vezes por semana come sopa às refeições? _____ vezes/semana
- 4- Como fonte de proteína ao almoço e jantar, quantas vezes, em média, ingere por semana:
 Peixe gordo (salmão, atum sardinha)_____vezes/semana
 Carnes magras (de aves e coelho) _____vezes/semana
 Carne vermelha_____vezes/semana
- 5- Quantas peças de fruta ingere por dia?
 - 1 0
 - 2 1-2
 - 3 3-4
 - 4 Mais de 4
- 6- Quantas porções de lacticínios meio-gordos ou magros consome por dia?
 - 1 0
 - 2 1
 - 3 2
 - 4 3
 - 5 Mais de 3
- 7- Considera que o seu tipo de alimentação é saudável, ou seja, completa, equilibrada, variada e segura, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos?
 - 1 Não
 - 2 Sim
- 8- Qual a quantidade de bebidas que ingere por dia (água, leite, sumos naturais ou infusões)?
 - 1 Menos de 1,5L/dia
 - 2 Entre 1,5L a 2L/dia
 - 3 Entre 2L a 2,5L/dia
 - 4 Mais de 2,5L/dia

2- CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

- 1- Atualmente fuma?
 - 1 Não
 - 2 Sim, nº cigarros/dia_____
- 2- Antes de engravidar fumava?
 - 1 Não
 - 2 Sim, nº cigarros/dia_____
- 3- Atualmente consome bebidas alcoólicas?
 - 1 Não
 - 2 Sim. Com que frequência?
 - 1 Diariamente
 - 2 Frequentemente
 - 3 Raramente
- 4- Antes de engravidar consumia bebidas alcoólicas?
 - 1 Não
 - 2 Sim. Com que frequência?
 - 1 Diariamente
 - 2 Frequentemente
 - 3 Raramente
- 5- Atualmente consome café (tipo expresso)?
 - 1 Não
 - 2 Sim, nº cafés/dia_____
- 6- Antes de engravidar consumia café (tipo expresso)?
 - 1 Não
 - 2 Sim, nº cafés/dia_____

3- ATIVIDADE FÍSICA

- 1- Atualmente pratica atividade física regular (caminhar, dançar, nadar, ...)?
 - 1 Sim
 - 2 Não. Qual o motivo (pode assinalar mais que um)?
 - 1 Falta de tempo
 - 2 Indicação médica
 - 3 Dor lombar (dor ao fundo das costas)
 - 4 Dor pélvica(dor no final da barriga)
 - 5 Dor ciática
 - 6 Não gosto de praticar desporto
 - 7 Tenho perda de urina
 - 8 Não existem ginásios/espacos verdes perto de minha casa
 - 9 Medo que faça mal ao bebé
 - 10 Outro. Qual? _____

Secção F – Questionário sobre Atividade Física e Gravidez

Durante este trimestre, quando NÃO está no seu local de trabalho (emprego), quanto tempo dedica normalmente:

- 1-** A preparar refeições (cozinhar, pôr a mesa, lavar a louça)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 2-** A vestir, dar banho, alimentar crianças enquanto está sentada
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 3-** A vestir, dar banho, alimentar crianças enquanto está de pé
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 4-** A brincar com crianças enquanto está sentada ou de pé
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 5-** A brincar com crianças enquanto está a andar ou a correr
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 6-** A pegar em crianças ao colo
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 7-** A cuidar de um adulto mais velho
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 8-** Sentada a usar computador ou a escrever, sem estar no local de trabalho (emprego)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 9-** A ver televisão ou vídeo
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 2 horas por dia
- 4 2 a 4 horas por dia
- 5 4 a 6 horas por dia
- 6 6 ou mais horas por dia
- 10-** Sentada a ler, a falar, ou ao telefone, sem estar no local de trabalho(emprego)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 2 horas por dia
- 4 2 a 4 horas por dia
- 5 4 a 6 horas por dia
- 6 6 ou mais horas por dia
- 11-** A brincar com animais de estimação
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 12-** Em limpezas ligeiras (fazer camas, lavar roupa, passar a ferro, arrumar objectos)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 13-** A fazer compras (alimentação, vestuário, ou outros artigos)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia
- 14-** Em limpezas mais pesadas (aspirar, limpar o chão com a esfregona, varrer, lavar janelas)
- 1 Nenhum
- 2 Menos de 1/2 hora por dia
- 3 1/2 a 1 hora por dia
- 4 1 a 2 horas por dia
- 5 2 a 3 horas por dia
- 6 3 ou mais horas por dia

15- A cortar relva com uma máquina automática em que esteja sentada

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

16- Jardinar a apanhar ervas ou a cortar relva com uma máquina em que tenha que andar

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

Deslocações...

Durante este trimestre, quanto tempo dedica normalmente:

17- A andar lentamente para ir a algum local (para o autocarro, para o trabalho, em visita) *Sem ser por prazer ou exercício*

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

19- A conduzir ou a viajar de automóvel ou autocarro

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

18- A andar rapidamente para ir a algum local (para o autocarro, para o trabalho, para a escola) *Sem ser por prazer ou exercício*

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

Por prazer ou exercício...

Durante este trimestre, quanto tempo dedica normalmente:

20- A andar lentamente por prazer ou exercício

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

23- A correr

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

21- A andar mais rapidamente por prazer ou exercício

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

24- A realizar exercício em aulas de preparação para o parto

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

22- A andar rapidamente em terrenos com inclinação (a subir) por prazer ou exercício

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

25- A nadar

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

26- A dançar

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

A fazer outras coisas por prazer ou exercício? Diga-nos quais.

27- _____

Nome da atividade

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia

- 6 3 ou mais horas por dia

28- _____

Nome da atividade

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 1 hora por dia
 4 1 a 2 horas por dia
 5 2 a 3 horas por dia
 6 3 ou mais horas por dia

Preencha a secção seguinte se estiver empregada, se fizer voluntariado, ou se for estudante. Se trabalhar em casa, estiver sem trabalho, ou incapacitada para trabalhar, não necessita de preencher esta última secção.

No trabalho...

Durante este trimestre, quanto tempo dedica normalmente:

29- A estar sentada a trabalhar ou em aulas

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 2 horas por dia
 4 2 a 4 horas por dia
 5 4 a 6 horas por dia
 6 6 ou mais horas por dia

30- A estar de pé ou andar lentamente no local de trabalho transportando objetos (de peso igual ou superior a um garrafão de água (5 Litros)

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 2 horas por dia
 4 2 a 4 horas por dia
 5 4 a 6 horas por dia
 6 6 ou mais horas por dia

31- A estar de pé ou andar lentamente no local de trabalho sem transportar qualquer objeto

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 2 horas por dia
 4 2 a 4 horas por dia
 5 4 a 6 horas por dia
 6 6 ou mais horas por dia

32- A andar rapidamente, no local de trabalho transportando objetos (de peso igual ou superior a um garrafão de água (5 Litros)

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 2 horas por dia
 4 2 a 4 horas por dia
 5 4 a 6 horas por dia
 6 6 ou mais horas por dia

33- A andar rapidamente no local de trabalho sem transportar qualquer objeto

- 1 Nenhum
 2 Menos de 1/2 hora por dia
 3 1/2 a 2 horas por dia
 4 2 a 4 horas por dia
 5 4 a 6 horas por dia
 6 6 ou mais horas por dia

Chegou ao término do seu questionário.

Obrigado pela colaboração!

