



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**CARLOS ALEXANDRE MOREIRA GONÇALVES**

***Barreiras à prática de exercício físico no tempo de lazer dos  
utentes adultos de um Centro de Saúde***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:  
DOUTOR HUMBERTO MANUEL NEVES VITORINO  
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

MARÇO, 2016

# **Barreiras à prática de exercício físico no tempo de lazer dos utentes adultos de um Centro de Saúde**

Carlos Gonçalves<sup>1</sup>, Humberto Vitorino<sup>2</sup>, Hernâni Caniço<sup>3</sup>

1- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), Portugal

2- Unidade de Saúde Familiar (USF) Cruz de Celas; FMUC, Portugal

3- Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego, Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC); FMUC, Portugal

## Índice

Resumo.....	3
Abstract .....	5
Introdução.....	7
Materiais e Métodos .....	10
Resultados .....	13
Caracterização da amostra .....	13
Número médio de barreiras .....	14
Número de utentes sem barreiras.....	16
Barreiras mais frequentes .....	16
Discussão.....	24
Conclusão .....	35
Agradecimentos.....	36
Referências Bibliográficas .....	37
Anexo 1 - Questionário .....	40
Anexo 2 – Consentimento .....	44

## Resumo

A atividade física, e especialmente a atividade física no tempo de lazer, é reconhecida como um fator importante na prevenção de doenças, sendo que a inatividade física é um fator de risco modificável e prevalente a nível mundial. As barreiras ao exercício influenciam negativamente a adesão à atividade física e exercício. Neste contexto, identificaram-se as barreiras para a prática de exercício físico no tempo de lazer mais prevalentes em 202 utentes com idade entre os 18 e os 64 anos da USF Cruz de Celas, enfatizando-se as diferenças entre sexo, grupos etários, situação conjugal, situação socioeconómica do agregado familiar e prática ou não de exercício moderado e/ou vigoroso, de maneira a guiar a intervenção do médico de família.

A situação socioeconómica do agregado familiar foi obtida aplicando a Escala de Graffar Adaptada. Para aferir a prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso foi usado o Questionário de Godin para Exercício no Tempo de Lazer. Para a identificação das barreiras mais frequentes à prática de exercício físico no tempo de lazer, foi utilizado o instrumento proposto por Martins & Petroski, ao qual se acrescentaram cinco barreiras.

O número médio de barreiras foi superior no sexo feminino, na faixa etária dos 50 aos 64 anos, nos inquiridos sem companheiro(o), nas classes socioeconómicas mais baixas e nas pessoas que não praticavam exercício moderado e/ou vigoroso. Apenas 29 utentes se mostraram sem barreiras, concluindo-se que a maior parte dos indivíduos encontrarão pelo menos uma barreira à prática de exercício físico no tempo de lazer. As barreiras mais frequentemente assinaladas foram a “jornada de trabalho extensa”, os “compromissos familiares” e as “tarefas domésticas”, destacando a falta de tempo como a principal impedimento à prática de exercício físico no tempo de lazer. As barreiras “a sua profissão já é um exercício” e “perdeu o hábito” também surgem com uma certa frequência. Outras

barreiras se mostraram importantes quando a população foi analisada tendo em conta as várias variáveis sociodemográficas: “tarefas domésticas” no sexo feminino; dos 18 aos 29 anos “tempo dedicado aos estudos”; dos 50 aos 64 anos “limitações físicas” e “devido a doença e seus sintomas”; “falta de recursos financeiros” nas classes socioeconómicas III e IV. As barreiras mais prevalentes nos inquiridos que praticam e não praticam exercício foram iguais, indicando diferentes capacidades para as ultrapassar as mesmas barreiras.

Aprender a organizar o tempo e estabelecer prioridades, bem como adaptar o tipo de exercício e criar programas atraentes adaptados às preferências dos indivíduos e seus objetivos podem ser medidas eficazes para ultrapassar as barreiras mais prevalentes. Deste ponto de vista, o médico de família assume um papel central.

Um resultado surpreendente foi o fato de que 48% dos inquiridos faziam exercício moderado e/ou vigoroso e 52% não fazia, mostrando que o paradigma da inatividade física pode estar já a mudar.

**Palavras-Chave:** Exercício, Atividade Motora, Atividade de Lazer, Metas, Fatores de risco, Médicos, Pesquisas e Questionários, Portugal

## **Abstract**

Physical activity, especially leisure-time physical activity, is recognized as an important factor in preventing disease, and physical inactivity is a worldwide prevalent modifiable risk factor. Barriers to exercise negatively influence participation and adherence to physical activity and exercise. In this context, we identified the most prevalent barriers to leisure-time physical exercise in 202 users of the USF Cruz Celas aged between 18 and 64 years, emphasizing the differences between sex, age groups, marital status, socio-economic situation of the household and engaging or not in moderate and/or vigorous exercise, in order to guide the family physician's intervention.

The socio-economic status of the household was obtained by applying the Adapted Scale of Graffar. To assess the moderate and/or vigorous physical exercise was used the Godin Leisure Time Exercise Questionnaire. To identify the most common barriers to leisure-time physical activity, we used the instrument proposed by Martins & Petroski, to which we added five barriers.

The average number of barriers was higher in females, in people aged from 50 to 64 years old, in the respondents without a partner, in the lower socioeconomic classes and people who did not engage in moderate and/or vigorous exercise. Only 29 users have shown no barriers, concluding that most people will find at least one barrier to leisure-time physical exercise. The most frequently indicated barriers were "long working hours", "family commitments" and "housekeeping", highlighting the lack of time as the main impediment to leisure-time physical activity. Barriers "your profession is already an exercise" and "lost the habit" also come with a certain frequency. Other barriers are very important when the population was analysed taking into account the various socio-demographic variables: "housekeeping" in women; 18 to 29 years "time dedicated to studies "; 50 to 64 years

"physical limitations " and "due to illness and its symptoms"; " lack of funds " in the socio-economic classes III and IV. The most prevalent barriers among respondents who do not engage in exercise were equal, indicating different capacities to overcome the same barriers.

Learning to organize time and set priorities, and to adapt the type of exercise and create attractive programs tailored to the preferences of individuals and their goals can be effective measures to overcome the most prevalent barriers. From this point of view, the family physician plays a central role.

A surprising result was the fact that 48% of respondents did moderate and/or vigorous exercise and 52% didn't, showing that the paradigm of physical inactivity may already be changing.

**Keywords:** Exercise, Motor Activity, Leisure Activities, Goals, Risk Factors, Physicians, Surveys and Questionnaires, Portugal

## **Introdução**

A atividade física (AF) é consensualmente definida como “todo e qualquer movimento corporal produzido pela contração músculo-esquelética que aumenta o gasto energético acima do nível basal”, enquanto, exercício, não deixando de ser AF, corresponde, mais especificamente, a “um subtipo de AF planeada, estruturada e repetitiva que visa a obtenção dum objetivo concreto, tendo em vista a manutenção ou melhoria da aptidão física”. [1]–[3] A AF é reconhecida como um fator importante na manutenção da saúde e qualidade de vida e na prevenção de doenças cardiovasculares (DCVs), como doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), síndrome metabólico e obesidade, sendo fundamental para o balanço energético e controlo do peso. Se regular, pode reduzir o risco de desenvolver determinados tipos de cancro, como os cancros da mama, do cólon, do endométrio e do pulmão. A AF também pode ajudar a: melhorar a capacidade cardiorrespiratória e muscular; manter uma boa densidade óssea; reduzir o risco de quedas e fraturas da anca e vértebras. [1], [3]–[6]

A OMS recomenda que adultos saudáveis dos 18 aos 64 anos deveriam fazer, ao longo da semana, pelo menos 150 minutos de AF aeróbia moderada, ou pelo menos 75 minutos de AF aeróbia vigorosa (ou uma combinação equivalente das duas). [6] O atingimento dos níveis recomendados de AF chega a ser mesmo uma medida não farmacológica de primeira linha no controlo da DM2 e da HTA, diminuindo a necessidade de medicação e melhorando o controlo glicémico e da tensão arterial (TA). [7], [8]

A inatividade física tem sido identificada como o quarto fator de risco mais comum para a mortalidade global (acima do tabagismo [7]), causando 3,2 milhões de mortes em todo o mundo (duas vezes mais do que aquelas atribuídas à obesidade [7]) e mais de 2 milhões nos países desenvolvidos. [1], [3] O risco de mortalidade é menor em adultos fisicamente ativos



que seguem as guidelines para a atividade física.[1], [7] Verifica-se efetivamente uma relação dose-resposta entre a AF e os benefícios à saúde, com redução da morbimortalidade por todas as causas na população adulta praticante de exercício físico.[9]

Estima-se que 1 em 4 adultos não são ativos o suficiente e, dados da OMS, estimam que 60% a 80% da população mundial não é ativa o suficientemente para obter benefícios na saúde.[1], [3] Várias estudos fazem referência à alta prevalência da inatividade física em doentes com DM2,[7], [8] Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1),[10] HTA,[7] insuficiência cardíaca (IC),[2] sobreviventes de AVC,[11] grávidas,[5] doentes com artrite reumatóide (AR),[12] cancro colorrectal (CCR)[13] e cancro da mama,[14] expondo um problema transversal a várias entidades nosológicas.

Dada a importância da AF e a inatividade física ser um fator de risco modificável,[15] torna-se relevante estudar as barreiras à sua prática. Uma barreira percebida é “um fator que, segundo julgamento do indivíduo, está negativamente relacionado com a adesão e manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo”. [3] Tem sido sugerido que as barreiras influenciam a participação e adesão à AF e exercício, com indivíduos que referem menos barreiras à AF tendo maior probabilidade de se tornarem fisicamente ativos do que aqueles que referem mais.[4], [11], [13], [15], [16] A identificação e resolução destas barreiras pode ajudar os médicos a dar melhores conselhos no que diz respeito à iniciação da AF e atingimento dos níveis recomendados. Aliás, embora os médicos tenham noção dos benefícios da AF, não lhe dão tanta prioridade na consulta como aos conselhos dietéticos e cessação tabágica.[7] De todos os tipos de AF, a atividade física no tempo de lazer (AFTL) é a que reduz mais o risco de mortalidade por DCVs.[9]

Em Portugal, estudos sobre o tema são em número reduzido e encontram-se desatualizados, sendo que nenhum deles foi realizado num Centro de Saúde (tanto quanto foi

possível averiguar pelo autor). Isto torna óbvia a necessidade deste estudo, que serve também de ponto de partida para outros estudos dentro da mesma área.

Entendendo que estudar o comportamento humano é importante para a formulação de estratégias de intervenção,[16] este estudo tem dois objetivos: a) identificar as barreiras mais prevalentes à prática de exercício físico no tempo de lazer dos utentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) Cruz de Celas, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (idade adulta, a idade mais provável de manifestação das várias patologias relacionadas com a inatividade física[15]), dando ênfase às variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal, situação socioeconómica do agregado familiar e prática de exercício moderado e/ou vigoroso, com o intuito de evidenciar fatores negativos no processo de tomada de decisão. b) Identificar padrões, permitindo criar estratégias específicas e eficazes de intervenção que permitam, não só, remover ou reduzir as barreiras identificadas, mas também, favorecer a prática de exercício físico.

## **Materiais e Métodos**

Este estudo foi realizado na USF Cruz de Celas, no distrito de Coimbra. A amostra foi obtida por conveniência, durante o espaço de tempo de uma semana, e foi constituída por 202 adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, utentes daquela USF. Para obtenção dos dados, recorreu-se a um questionário (Anexo 1), o qual foi entregue aos participantes e preenchido pelos próprios enquanto aguardavam a consulta, na sala de espera. Visto a USF Cruz de Celas compreender duas salas de espera separadas, o questionário foi distribuído aos utentes em ambas.

No referido questionário (Anexo 1), foram contempladas as variáveis sexo, idade, situação conjugal, situação socioeconómica do agregado familiar e prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso. Também se incluiu uma listagem de potenciais barreiras.

A situação socioeconómica do agregado familiar foi obtida aplicando a Escala de Graffar Adaptada, que contempla cinco critérios (profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, tipo de habitação e aspeto do bairro onde habita), pontuados individualmente de 1 a 5. A soma destes cinco critérios coloca o agregado familiar numa de cinco classes socioeconómicas (classe I/alta, classe II/média alta, classe III/média, classe IV/média baixa ou classe V/baixa).

Para aferir a prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso no tempo de lazer, ou ausência dela, foi utilizado o Questionário de Godin para Exercício no Tempo de Lazer.[17] Os participantes responderam à questão “Durante um período típico de 7 dias (uma semana), quantas vezes, em média, faz os seguintes tipos de exercício durante mais de 15 minutos, no seu tempo livre?”. Os participantes deviam indicar o número de vezes relativamente ao exercício vigoroso (ex.: corrida), ao exercício moderado (ex.: andar de bicicleta) e ao exercício leve (ex.: passear a pé). Neste estudo, relativamente a esta variável, os inquiridos foram dicotomizados como praticando exercício moderado e/ou vigoroso (no seu tempo de

lazer) ou não. Para se considerar um participante como fazendo exercício, bastava que praticasse pelo menos uma vez por semana exercício moderado e/ou vigoroso durante mais de 15 minutos. Os indivíduos que só realizavam exercício de intensidade leve foram considerados como não realizando exercício, visto o exercício desta intensidade não ser contemplado nas guidelines da OMS como contribuindo para os níveis recomendados de AF.[6] O questionário de Godin tem demonstrado fiabilidade e validade favoráveis no que concerne à medição objetiva de AF.[13]

Para a identificação das barreiras mais frequentes à prática de exercício físico no tempo de lazer, foi utilizado o instrumento proposto por Martins & Petroski.[16] Esta ferramenta constitui um instrumento objetivo e de fácil aplicação que possibilita a identificação das barreiras mais prevalentes em determinado grupo populacional.[16] Encontra-se validado para adultos, do ponto de vista da sua reprodutibilidade, aplicabilidade, clareza e consistência, apresentando uma reprodutibilidade confiável e um tempo de preenchimento considerado ótimo pelos autores.[16] Estes fatos, aliados à possibilidade de inclusão de outras barreiras para além das contempladas por Martins & Petroski[16], consoante o subgrupo populacional e o propósito do estudo, levaram à sua escolha. Esta ferramenta é constituída por 19 barreiras (mais a categoria “outros”) e cada barreira é classificada quanto à frequência com que dificulta a prática de AF (“sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “raramente” ou “nunca”), pelo que o instrumento permite diferenciar as barreiras importantes, mais presentes no dia-a-dia do indivíduo (citadas como dificultando “sempre” ou “quase sempre” a prática de atividades físicas), das pouco importantes ou inexistentes (citadas como “raramente” ou “nunca” dificultando a prática de atividades físicas).[16] Como tal, para ser considerada uma barreira significativa, cada dificultante deveria ser citado pelo indivíduo como sendo “sempre” ou “quase sempre” um dificultante

para a prática de atividades físicas (visto as barreiras “às vezes” percebidas evidenciarem pouca reprodutibilidade).[16]

Neste estudo, foram acrescentadas, ao instrumento proposto por Martins & Petroski[16], as barreiras ”a sua profissão já é um exercício”, “não vê necessidade de praticar exercício”, “dores fortes”, “tempo dedicado aos estudos”, “devido a doença e seus sintomas”, “efeitos adversos da medicação”, “perdeu o hábito”, “falta de transporte”, “medo de ataque cardíaco” e “medo de hipoglicémia”, perfazendo um total de 29 barreiras avaliadas, sendo que o inquirido podia mencionar outras barreiras por si sentidas, e não contempladas, na categoria “outros”. Para além disso, as barreiras validadas por Martins & Petroski[16] foram clarificadas ao máximo, nomeadamente com situações-exemplo, de modo a facilitar ainda mais o preenchimento do instrumento.

Sugerindo a literatura que, modificando-se o foco populacional (diferentes faixas etárias, profissões, níveis socioeconómicos e contextos culturais, por exemplo), a perceção de barreiras modifica-se também, faz sentido preservar a categoria “outros”, pois algumas pessoas confirmam, ao preencher esta categoria, a importância de alguma barreira não presente na lista proposta.[16]

Todos os dados recolhidos foram tabulados e categorizados em folhas eletrónicas do Excel da Microsoft Office, versão 2010, recorrendo-se ao mesmo programa para o tratamento estatístico dos dados e obtenção dos resultados.

Antes do preenchimento do questionário (Anexo 1), cada um dos participantes foi informado verbalmente e por escrito sobre o propósito do estudo e assinou o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo 2). O estudo foi pela USF Cruz de Celas.

## Resultados

Tabela 1. Caracterização da amostra inquirida USF Cruz de Celas	
Média de idades da amostra (anos)	42,95
<b>Sexo</b>	
Frequência de inquiridos do sexo masculino	29,21%
Frequência de inquiridos do sexo feminino	70,79%
<b>Idade</b>	
Frequência de inquiridos entre 18 - 29 anos	18,81%
Frequência de inquiridos entre 30 - 39 anos	20,79%
Frequência de inquiridos entre 40 - 49 anos	26,73%
Frequência de inquiridos entre 50 - 64 anos	33,66%
<b>Situação Conjugal</b>	
Frequência de inquiridos "com companheiro(a)"	64,36%
Frequência de inquiridos "sem companheiro(a)"	35,64%
<b>Situação socioeconómica do agregado familiar</b>	
Frequência de inquiridos Classe I (alta)	26,73%
Frequência de inquiridos Classe II (média alta)	39,61%
Frequência de inquiridos Classe III (média)	25,74%
Frequência de inquiridos Classe IV (média baixa)	7,92%
Frequência de inquiridos Classe V (baixa)	0%
<b>Exercício</b>	
Frequência de inquiridos que "não faz exercício moderado e/ou vigoroso"	51,98%
Frequência de inquiridos que "faz exercício moderado e/ou vigoroso"	48,02%

### Caracterização da amostra

A amostra usada para este estudo foi constituída por 202 utentes da USF Cruz de Celas. A tabela 1 caracteriza a amostra quanto à média de idades, sexo, distribuição por faixas etárias, situação conjugal, situação socioeconómica do agregado familiar e quanto à prática de exercício.

A média de idades dos participantes foi de 43 anos; 71% dos inquiridos foram mulheres; a faixa etária dos 50 aos 64 anos foi a mais observada (33,7%); 64% dos indivíduos

encontravam-se com companheiro(a) na altura do preenchimento do questionário; 52% não faziam exercício moderado e/ou vigoroso e 48% fazia. A percentagem de indivíduos pertencentes a agregados familiares de classe socioeconómica baixa (classe V) foi de 0%, pelo que este subgrupo não foi mais considerado nas restantes tabelas e gráficos.

<b>Tabela 2. Número médio de barreiras (na totalidade da amostra e por variável)</b>	
<b>Nº médio de barreiras na amostra total</b>	4,0
<b>Sexo</b>	
Nº médio de barreiras sexo masculino	3,8
Nº médio de barreiras sexo feminino	4,1
<b>Idade</b>	
Nº médio de barreiras entre 18 - 29 anos	3,8
Nº médio de barreiras entre 30 - 39 anos	3,0
Nº médio de barreiras entre 40 - 49 anos	4,2
Nº médio de barreiras entre 50 - 64 anos	5,0
<b>Situação conjugal</b>	
Nº médio de barreiras "com companheiro(a)"	3,9
Nº médio de barreiras "sem companheiro(a)"	4,3
<b>Situação socioeconómica do agregado familiar</b>	
Nº médio de barreiras Classe I (alta)	3,1
Nº médio de barreiras Classe II (média alta)	3,5
Nº médio de barreiras Classe III (média)	4,6
Nº médio de barreiras Classe IV (média baixa)	7,4
<b>Exercício</b>	
Nº médio de barreiras "não faz exercício moderado e/ou vigoroso"	5,7
Nº médio de barreiras "faz exercício moderado e/ou vigoroso"	2,2

### **Número médio de barreiras**

O número médio de barreiras para a totalidade da amostra e para cada uma das variáveis consideradas é apresentado na tabela 2.

Na amostra total, o número médio de barreiras foi de 4,0. O número médio de barreiras no sexo feminino foi de 4,1; dos 50 aos 64 anos, o número médio de barreiras foi de

5,0; para os indivíduos com e sem companheiro(a) a média de barreiras foi de 3,9 e 4,3, respetivamente. Para a classe socioeconómica I, o número médio de barreiras foi de 3,1 e, para a classe IV, 7,4. As pessoas que não faziam exercício moderado e/ou vigoroso apresentavam uma média de 5,7 barreiras, em comparação com aquelas que faziam, as quais apresentavam um número médio de 2,2 barreiras.

<b>Tabela 3. Número de inquiridos sem barreiras (na totalidade da amostra e por variável)</b>	<b>Nº total</b>	<b>%</b>
<b>Nº de inquiridos sem barreiras na amostra total</b>	29	14,36%
<b>Sexo</b>		
Nº de inquiridos sem barreiras sexo masculino	8	3,96%
Nº de inquiridos sem barreiras sexo feminino	21	10,40%
<b>Idade</b>		
Nº de inquiridos sem barreiras entre 18 - 29 anos	7	3,47%
Nº de inquiridos sem barreiras entre 30 - 39 anos	6	2,97%
Nº de inquiridos sem barreiras entre 40 - 49 anos	5	2,48%
Nº de inquiridos sem barreiras entre 50 - 64 anos	11	5,45%
<b>Situação Conjugal</b>		
Nº de inquiridos sem barreiras "com companheiro(a)"	19	9,41%
Nº de inquiridos sem barreiras "sem companheiro(a)"	10	4,95%
<b>Situação socioeconómica do agregado familiar</b>		
Nº de inquiridos sem barreiras Classe I (alta)	8	3,96%
Nº de inquiridos sem barreiras Classe II (média alta)	12	5,94%
Nº de inquiridos sem barreiras Classe III (média)	9	4,46%
Nº de inquiridos sem barreiras Classe IV (média baixa)	0	0%
<b>Exercício</b>		
Nº de inquiridos sem barreiras que "não faz exercício moderado e/ou vigoroso"	0	0%
Nº de inquiridos sem barreiras que "faz exercício moderado e/ou vigoroso"	29	14,36%



### **Número de utentes sem barreiras**

A tabela 3 mostra o número de inquiridos, na totalidade da amostra e por variável, que não apresentou barreiras à prática de exercício físico. A respetiva percentagem, em relação à amostra total, é também apresentada.

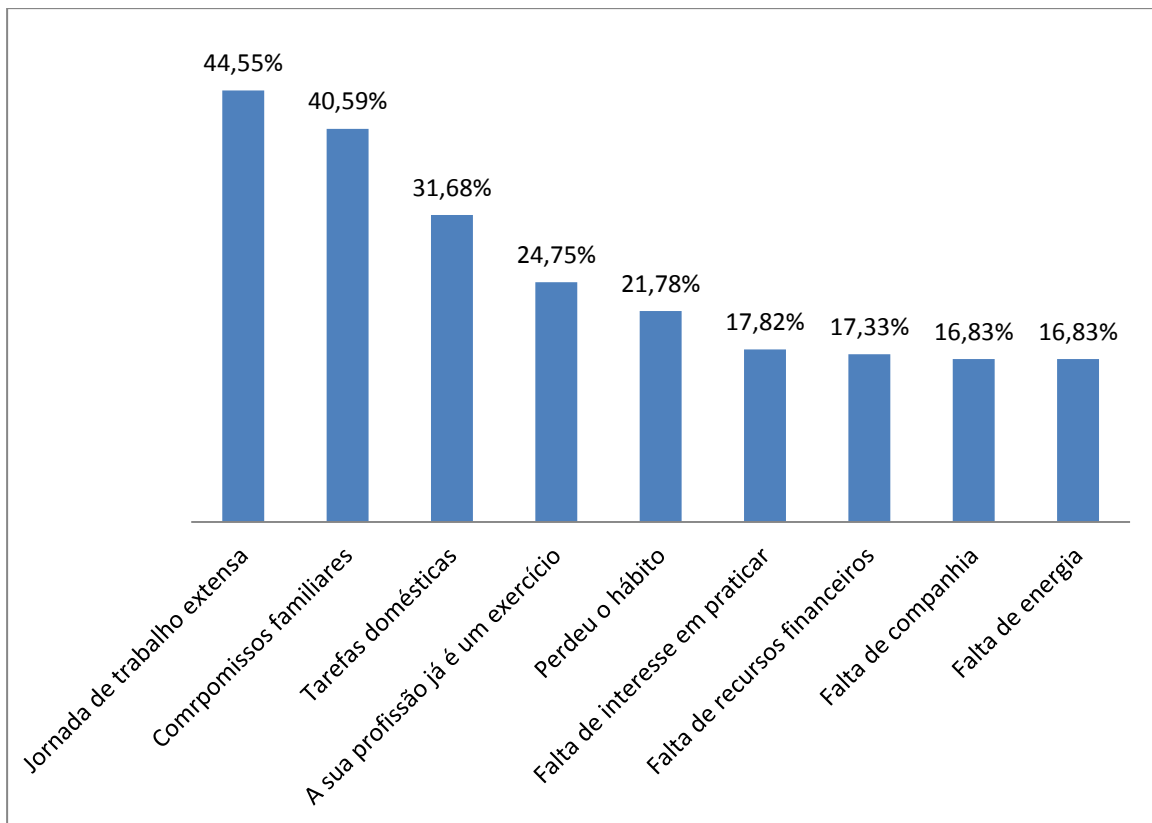
Na amostra total de 202 inquiridos, apenas 29 (14,36%) se mostraram sem barreiras. Relativamente ao sexo, 8 homens (3,96%) e 21 mulheres (10,4%) não apresentaram qualquer barreira. Quanto à idade, 7 utentes (3,47%) dos 18 aos 29 anos e 11 utentes (5,45%) dos 50-64 anos não referiram barreiras. Dos indivíduos com companheiro(a), 19 (9,41%) não apontaram qualquer barreira e, dos indivíduos sem companheiro(a) 10 (4,95%) também não citaram barreiras. Na classe socioeconómica IV (média baixa), nenhum dos inquiridos (0%) apresentou ausência de barreiras. Igualmente, dentro do grupo das pessoas que não pratica exercício moderado e/ou vigoroso, nenhuma (0%) citou ausência de barreiras.

### **Barreiras mais frequentes**

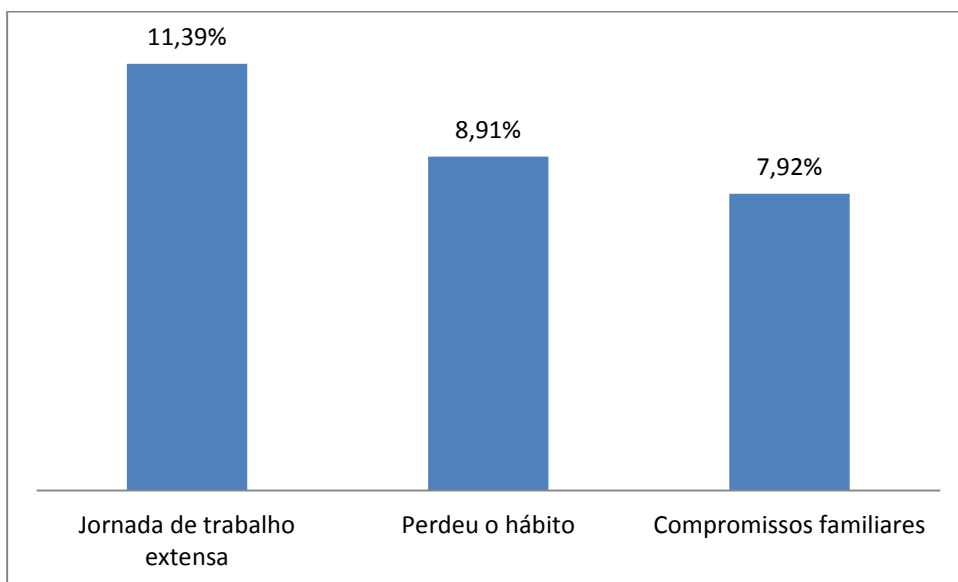
Com base nas barreiras assinaladas nos questionários, foram construídos gráficos de barras (figuras 1-15) em que são demonstradas as barreiras mais frequentes na amostra total e por cada variável considerada.

As barreiras mais frequentes da amostra estão identificadas na figura 1. As três barreiras mais prevalentes foram a “jornada de trabalho extensa” (44,55%), os “compromissos familiares” (40,59%) e as “tarefas domésticas” (31,68%). As barreiras “a sua profissão já é um exercício” e “perdeu o hábito” também se mostraram comuns (24,75% e 21,78%, respetivamente).

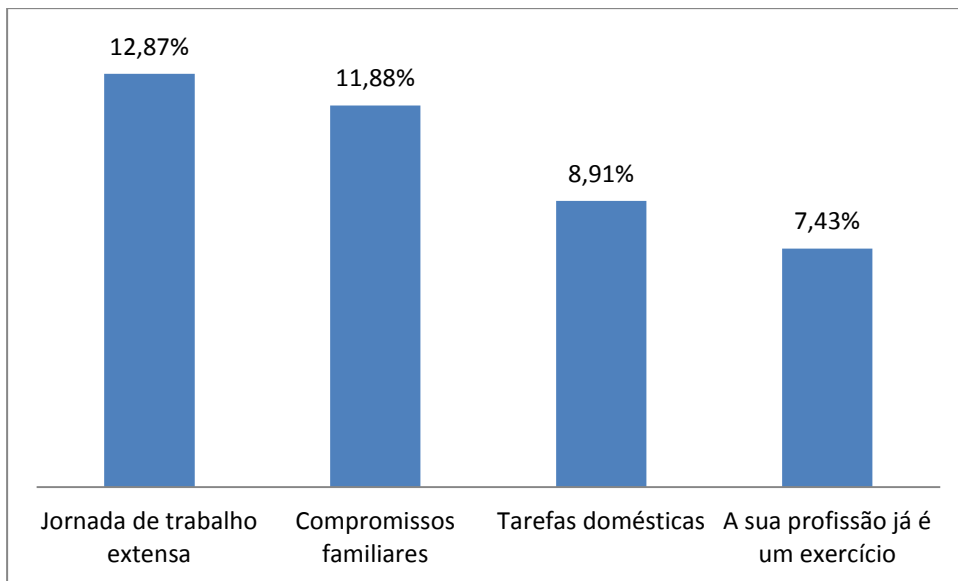
Foram acrescentadas cinco barreiras na categoria “outros”: “falta de tempo” (4 inquiridos), “gravidez” (3 mulheres), “fumar” (1 inquirido), “medo de cair” (1 inquirido com 64 anos de idade) e “preferência por conseguir descansar” (1 inquirido). No total, 10 inquiridos acrescentaram barreiras.



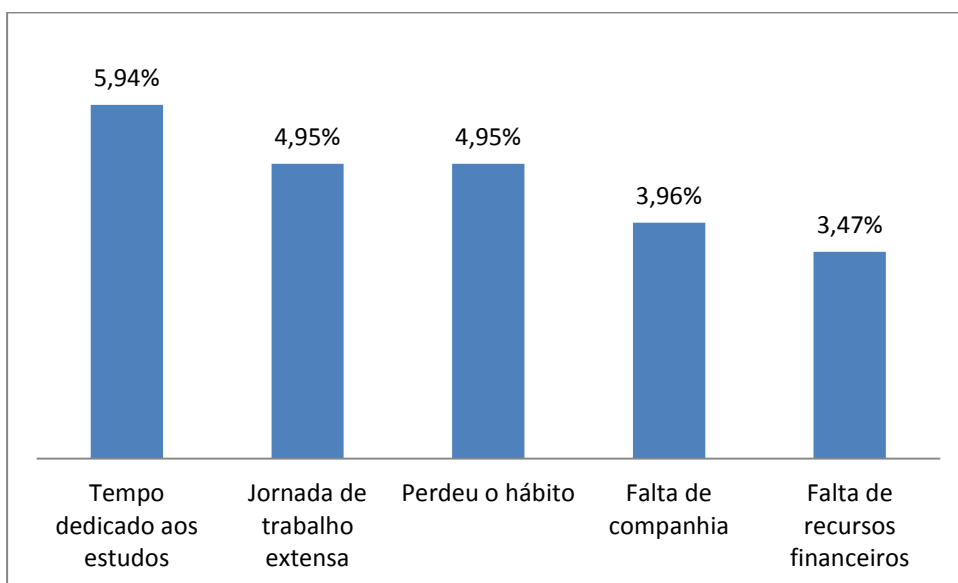
**Figura 1.** Barreiras mais frequentes na amostra total



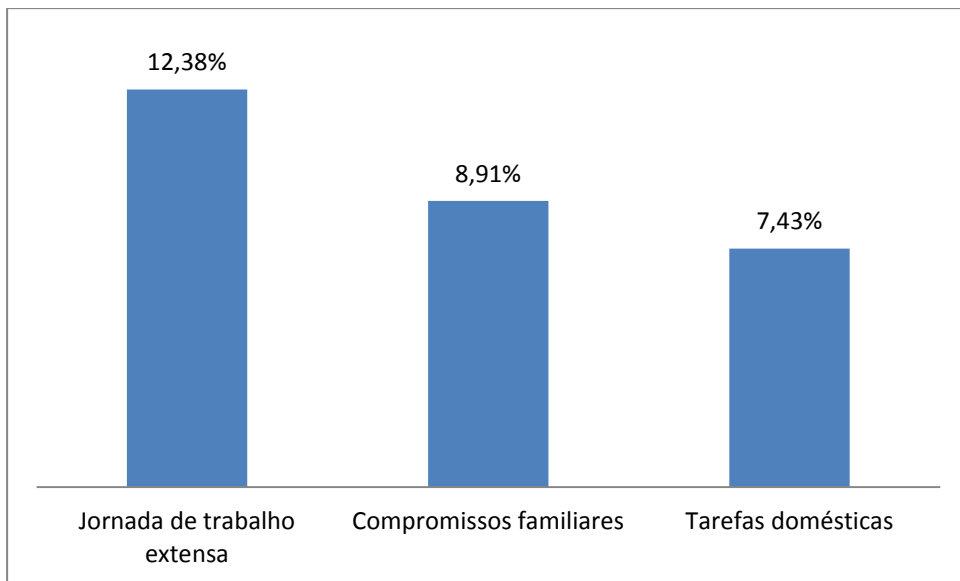
**Figura 2.** Barreiras mais frequentes no sexo masculino



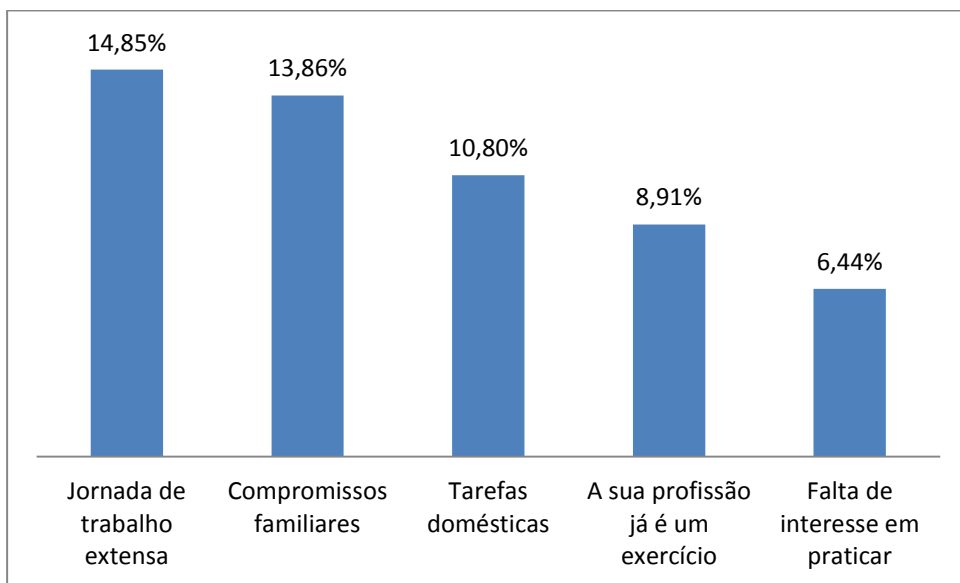
**Figura 3.** Barreiras mais frequentes no sexo feminino



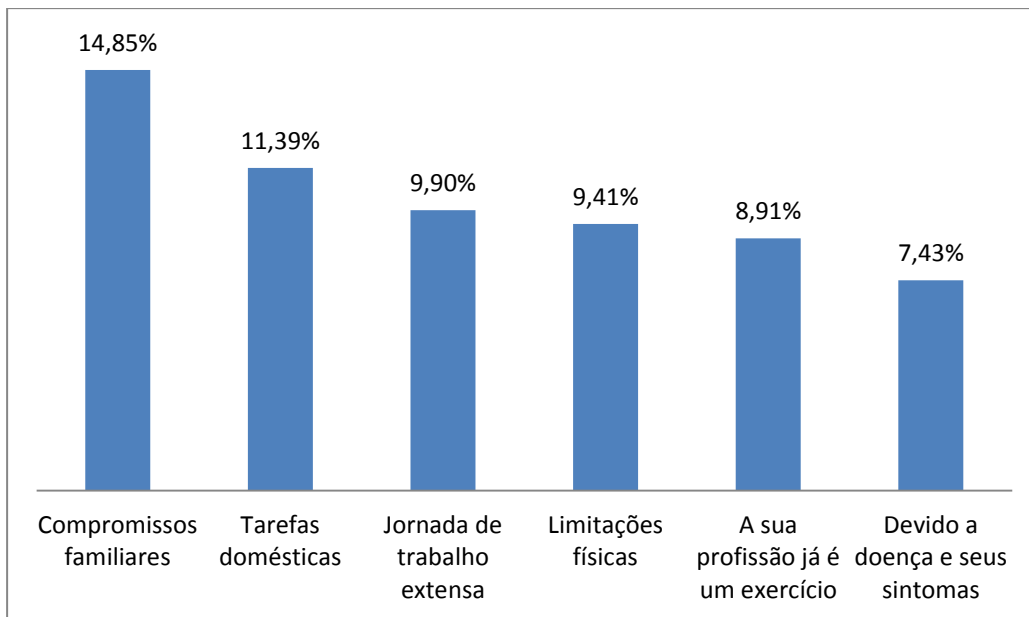
**Figura 4.** Barreiras mais frequentes entre os 18 e os 29 anos



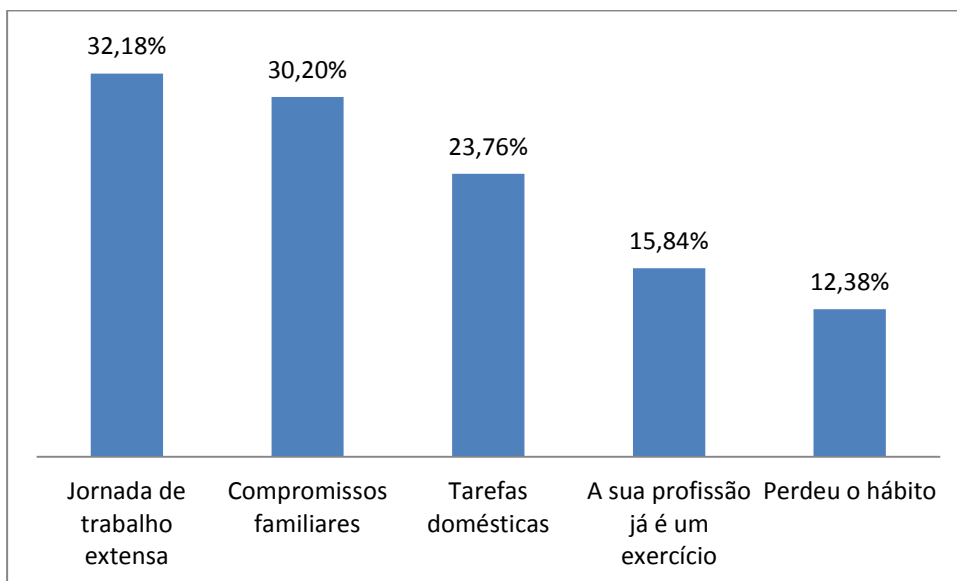
**Figura 5.** Barreiras mais frequentes entre os 30 e os 39 anos



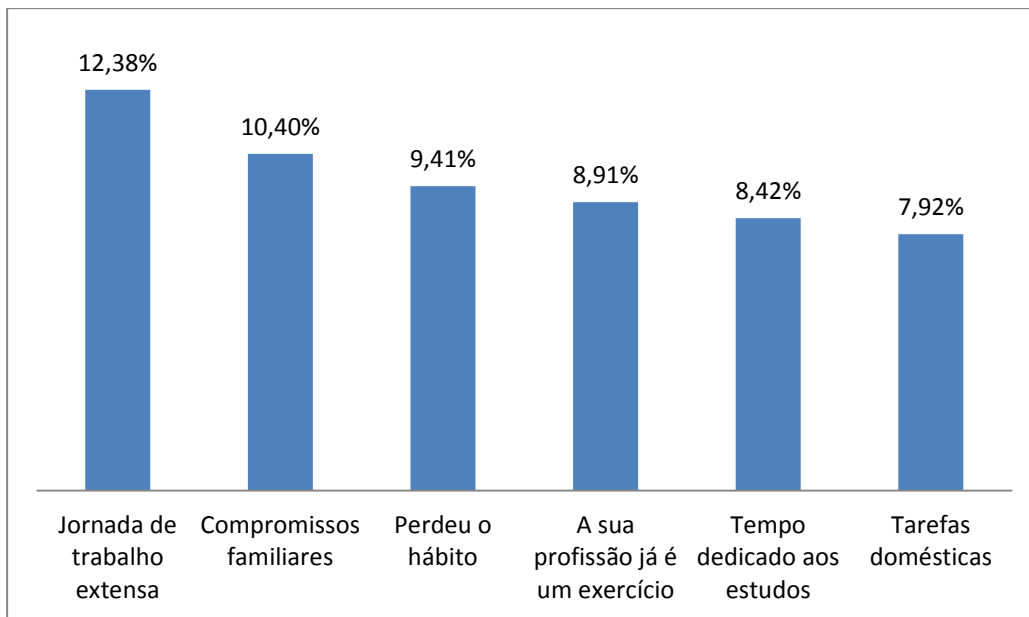
**Figura 6.** Barreiras mais frequentes entre os 40 e os 49 anos



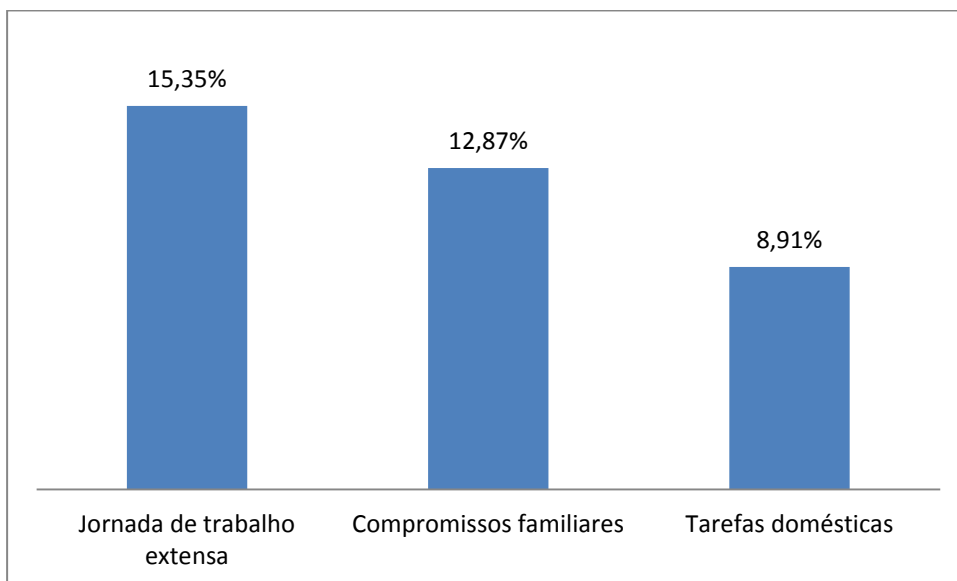
**Figura 7.** Barreiras mais frequentes entre os 50 e os 64 anos



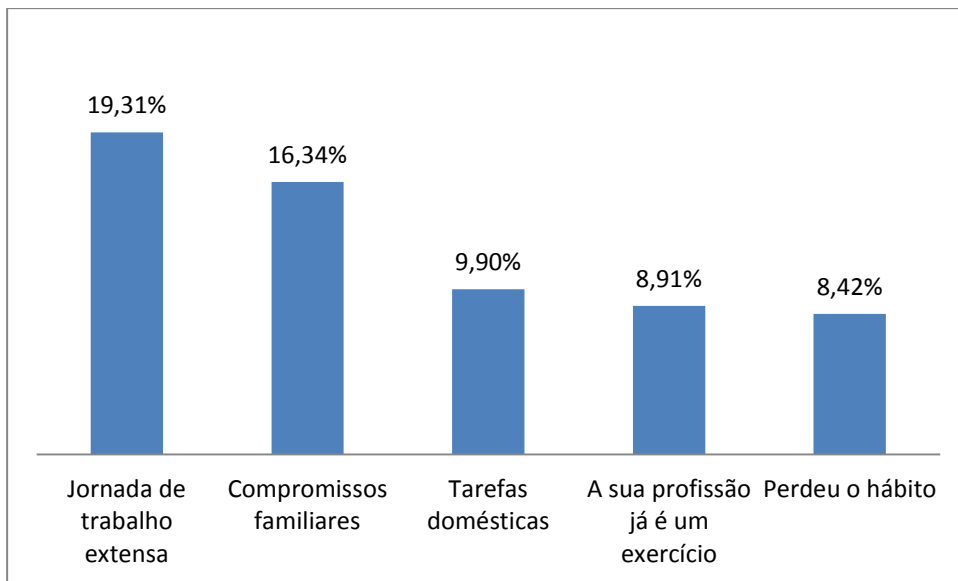
**Figura 8.** Barreiras mais frequentes nos inquiridos com companheiro(a)



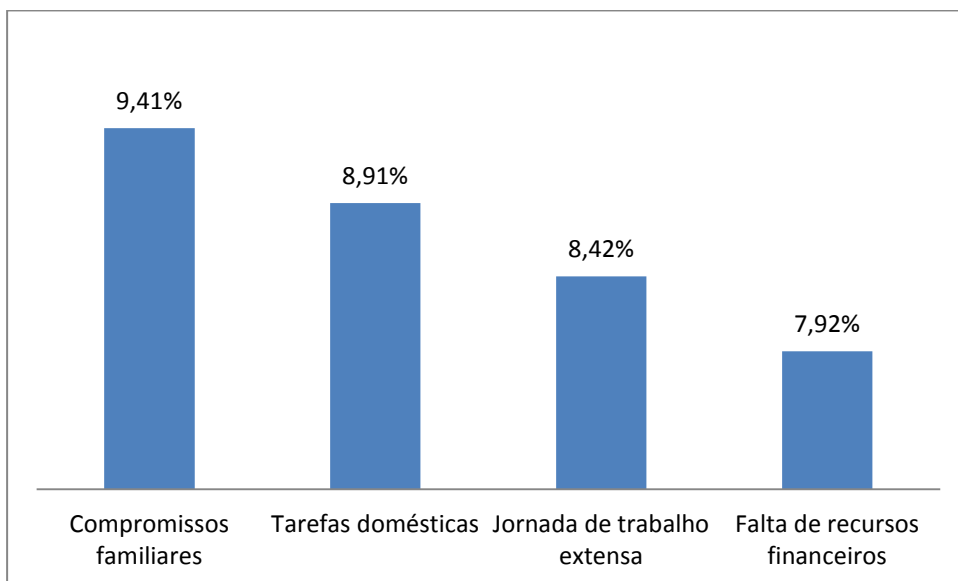
**Figura 9.** Barreiras mais frequentes nos inquiridos sem companheiro(a)



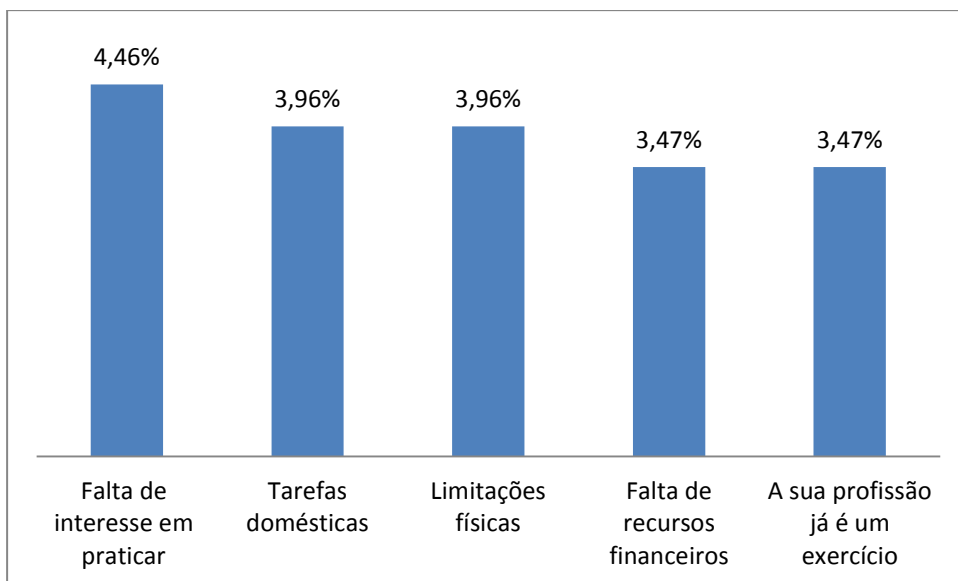
**Figura 10.** Barreiras mais frequentes da Classe socioeconómica I (alta)



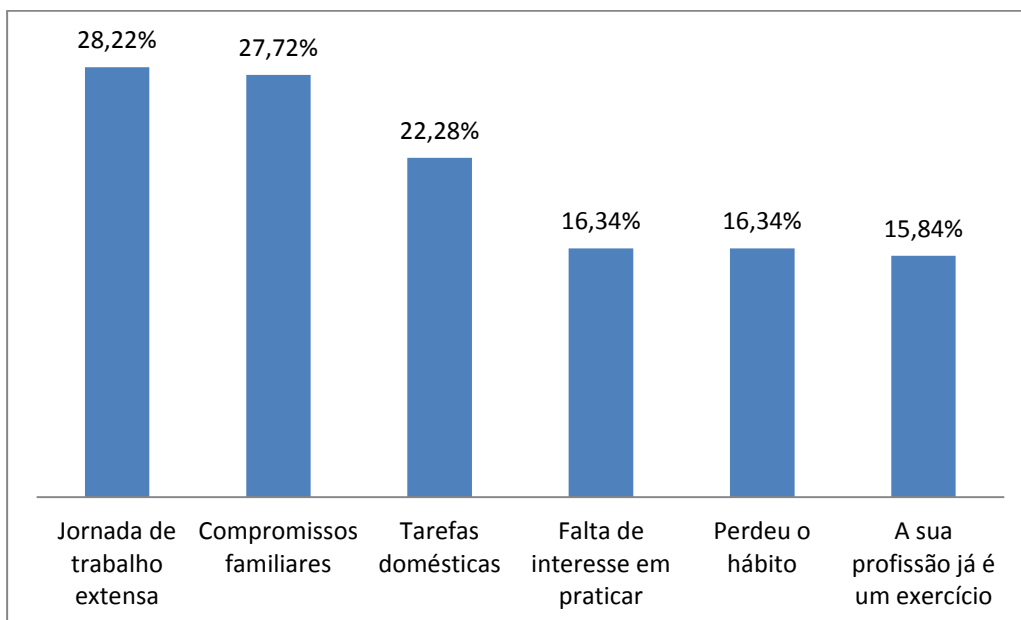
**Figura 11.** Barreiras mais frequentes da Classe socioeconómica II (média alta)



**Figura 12.** Barreiras mais frequentes da Classe socioeconómica III (média)

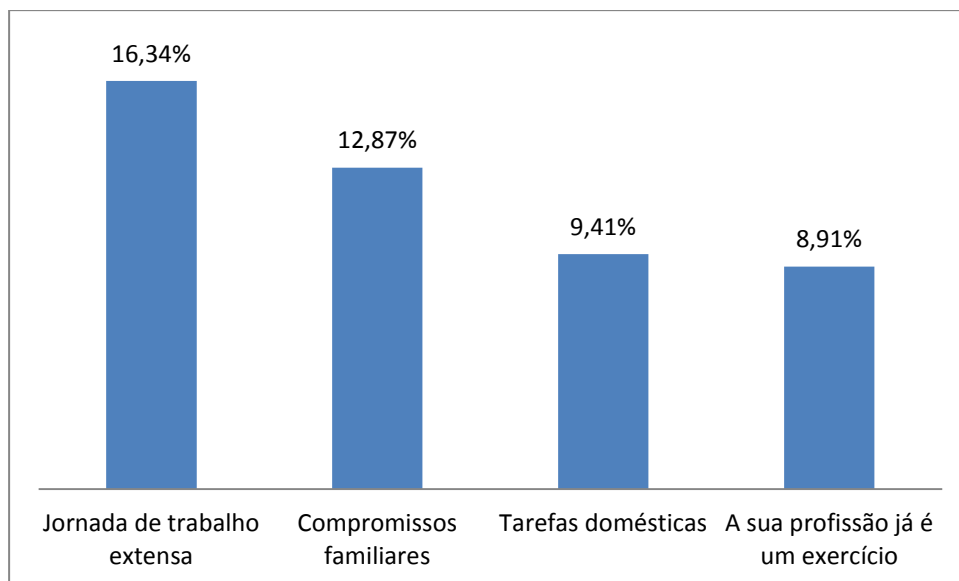


**Figura 13.** Barreiras mais frequentes da Classe socioeconómica IV (média baixa)



**Figura 14.** Barreiras mais frequentes dos inquiridos que fazem exercício





**Figura 15.** Barreiras mais frequentes dos inquiridos que não fazem exercício

## Discussão

Este estudo identificou as barreiras mais prevalentes em 202 utentes da USF Cruz de Celas com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos.

No que diz respeito às variáveis sexo e situação conjugal, verificou-se uma disparidade na frequência de inquiridos do sexo feminino face à do sexo masculino (71% vs 29%; tabela 1) e, embora menos pronunciada, também se verificou uma diferença significativa entre inquiridos com e sem companheiro(a) (64% vs 36%; tabela 1). Isto tem uma implicação importante: as conclusões que se tiram para o sexo masculino e para os inquiridos sem companheiro(a), neste estudo, poderão não ser generalizáveis para a totalidade dos utentes homens ou sem companheiro(a) da USF Cruz de Celas. A faixa etária mais frequente foi a dos 50 aos 64 anos (tabela 1), fato que pode ser justificado por a mesma constituir o maior intervalo de idades.

Um resultado surpreendente foi o fato de que 48% dos inquiridos faziam exercício moderado e/ou vigoroso e 52% não fazia (tabela 1). Esta elevada percentagem de atividade

física e distribuição quase equitativa vão contra o constado em estudos anteriores relativamente a variadas patologias.[2], [5], [7], [8], [10]–[14] Contudo, isto não implica que as metas das guidelines da OMS para AF estejam a ser atingidas.[6] O que poderá significar é uma maior sensibilização das pessoas para este aspeto da saúde. Seria certamente oportuno abordar, em estudos futuros, até que ponto o paradigma da inatividade física tem mudado e o papel que os médicos de família têm assumido nesta mudança.

As mulheres apresentaram maior número médio de barreiras (4,1 vs 3,8; tabela 2), sugerindo que encontram maior número de dificultantes para praticar exercício físico. Na verdade, as mulheres são fisicamente menos ativas no tempo de lazer do que os homens e têm maior probabilidade de experimentar barreiras à AF.[2], [9] Afirma-se mesmo que a prevalência de barreiras é superior em mulheres e que as mesmas apresentam maior dificuldade em atingir as recomendações de AF.[9], [15]

Relativamente à idade, verificou-se uma maior média de barreiras na faixa etária dos 50 aos 64 anos (5,0; tabela 2). Este achado está de acordo com o fato da idade jovem se correlacionar positivamente com os níveis de AF e de que a menor adesão ao exercício está associada a idades mais avançadas.[2] Chega mesmo a ser afirmado que a diminuição da AF com a idade está bem documentada,[13] tendo sido demonstrado um declínio das atividades físicas a partir da adolescência.[3]

O número médio de barreiras foi superior nos inquiridos sem companheiro(a) (4,3 vs 3,9; tabela 2), resultado que vai de encontro à literatura, onde ser solteiro se tem correlacionado negativamente com os níveis de AF e mulheres casadas e que vivem acompanhadas apresentam maiores níveis de AF.[2] Num estudo de 2015, que envolveu 121 sobreviventes de AVC nigerianos, o número de barreiras foi superior naqueles que eram

solteiros.[11] No entanto, a literatura encontra disparidade relativamente a este resultado, na qual já foi afirmada que adultos solteiros costumam praticar mais AF no lazer.[9]

No que diz respeito à classe socioeconómica do agregado familiar, o número de barreiras vai aumentando à medida que a mesma diminui (tabela 2). Foi já apontado, em estudos anteriores, que indivíduos de classe socioeconómica mais baixa se encontram em maior risco de inatividade física e apresentam menores níveis AFTL moderada e vigorosa.[2], [4] A adesão à AF é também menor.[2] Foi ainda reportada uma associação inversa entre o salário recebido e o número de barreiras.[11] Como tal, parece fazer sentido que se verifique um aumento do número de barreiras à AF quando se desce na classe socioeconómica. Para além disso, face à desvantagem socioeconómica das classes mais baixas, atingir a quantidade recomendada de AF pode assumir relativamente menos importância no curto-prazo comparativamente a outras prioridades.[4], [11] Neste caso, é possível que o fator financeiro assuma maior importância, como é demonstrado pelo aumento de frequência da barreira “falta de recursos financeiros” nas classes socioeconómicas III e IV (figuras 12 e 13).

Como seria de esperar, os inquiridos que não fazem exercício moderado e/ou vigoroso apresentam maior número médio de barreiras (5,7 vs 2,2; tabela 2).

Já relativamente ao número de inquiridos sem barreiras, na amostra total de 202 utentes da USF Cruz de Celas, apenas 29 (14,36%) se mostraram sem barreiras, concluindo-se que a maior parte dos indivíduos encontrarão pelo menos uma barreira à prática exercício físico no tempo de lazer. Verificou-se que o número de mulheres sem barreiras para a prática de exercício físico foi superior ao de homens (21 vs 8; tabela 3). Contudo, neste caso, o resultado pode ter sido enviesado pelo tamanho da amostra do sexo feminino: se o número de mulheres inquiridas é maior, a probabilidade de haver mais mulheres sem barreiras também é maior. As faixas etárias com maior número de inquiridos sem barreiras foram os extremos

(18-29 anos: 7 e 50-64 anos: 11; tabela 3). As pessoas com companheiro(a) apresentaram maior número de inquiridos sem barreiras (19 vs 10; tabela 3). Este resultado pode complementar-se com o menor número médio de barreiras dos inquiridos com companheiro(a) (3,9 vs 4,3; tabela 2), podendo supor-se uma diminuição das barreiras ao exercício associada ao fato de um indivíduo ter companheiro(a). A classe socioeconómica IV (média baixa) não apresenta qualquer indivíduo sem barreiras (tabela 3), o que pode também corroborar a mudança de prioridades à medida que se desce na classe socioeconómica do agregado familiar, parecendo os recursos financeiros assumir um papel relevante (figuras 12 e 13). Como se estaria à espera, todas as pessoas que não praticavam exercício moderado e/ou vigoroso, apresentaram pelo menos uma barreira (tabela 3). Este resultado é reforçado pela literatura, que diz que a prática regular de exercício é um preditor do nível futuro de AF,[2] sendo mais provável isso acontecer nos indivíduos que não apresentam barreiras.

No que diz respeito às barreiras, a “jornada de trabalho extensa” e os “compromissos familiares” foram as duas barreiras mais comuns em ambos os sexos (figuras 2 e 3). Destaca-se ainda a barreira “tarefas domésticas”, para o sexo feminino, podendo sugerir o ainda maior papel da mulher dentro de casa, na sociedade atual (figura 3).[4] Esta barreira parece realmente assumir um papel relevante no sexo feminino, sendo mencionada em literatura recente.[4]

A “jornada de trabalho extensa”, os “compromissos familiares” e as “tarefas domésticas” foram as barreiras mais referidas em todas as faixas etárias (figuras 5, 6 e 7), exceto na dos 18 aos 29 anos em que, sendo uma faixa etária de maior atividade académica, o “tempo dedicado aos estudos” se assumiu como a principal barreira (figura 4). A “falta de companhia” também surgiu com frequência nesta faixa etária. Este resultado vai de encontro ao verificado para adolescentes, num estudo realizado em 2015.[1] Embora a faixa etária considerada neste estudo não incluía os adolescentes, será natural que adultos mais jovens

(ex.: 18 anos) partilhem algumas barreiras com eles. Dos 50 aos 64 anos, foram referidas também, com frequência, as barreiras “limitações físicas” e “devido a doença e seus sintomas” (figura 7), expondo uma faixa etária mais debilitada do ponto de vista físico. Aliás, tem lógica que com o envelhecimento surjam limitações físicas e doenças que dificultem a prática de exercício físico.[7], [18]

Nos inquiridos com e sem companheiro(a), a “jornada de trabalho extensa” e os “compromissos familiares” voltaram a ser as barreiras mais citadas (figuras 8 e 9). As “tarefas domésticas” foram frequentes em ambos, mas assumiram mais importância nos inquiridos com companheiro(a). As barreiras “a sua profissão já é um exercício” e “perdeu o hábito” foram também barreiras comuns em ambos os subgrupos.

Nas classes socioeconómicas I-III, a “jornada de trabalho extensa”, os “compromissos familiares” e as “tarefas domésticas” foram as barreiras mais referidas (figuras 10, 11 e 12). Na classe socioeconómica III (média), destaca-se também a “falta de recursos financeiros” (figura 12), começando a delinear-se o aparecimento das dificuldades económicas à medida que a situação do agregado familiar piora em termos socioeconómicos. Relativamente à classe socioeconómica IV (média baixa), a barreira “falta de interesse em praticar” surgiu como a mais frequente (figura 13). Salientam-se também as barreiras “falta de recursos financeiros” e “a sua profissão já é um exercício”, não porque tenham sido as mais frequentes, mas sim porque, conjugadas com a barreira “falta de interesse em praticar”, retratam uma classe socioeconómica com empregos mais simples e físicos (que as pessoas já consideram muitas vezes “exercício suficiente”), menor nível de escolaridade, menores rendimentos e que vive em condições mais precárias. Será de esperar que estas famílias, perante as dificuldades financeiras e sociais que apresentam, dêem mais importância a outros aspetos da sua vida do que ao exercício físico (gastos em saúde, renda da casa, comida e bens essenciais,...).[4], [11] Deste ponto de vista, seria pertinente a realização posterior de um estudo sobre a influência do

rendimento e estatuto socioeconómico na prática de AF e exercício, com o objetivo de perceber se realmente existe uma relação sólida entre os dois.

Finalmente, no que diz respeito às barreiras mais frequentes nos inquiridos que praticam e não praticam exercício moderado e/ou vigoroso, elas foram comuns aos dois subgrupos de utentes: “jornada de trabalho extensa”, “compromissos familiares” e “tarefas domésticas” voltaram a ser as barreiras mais escolhidas (figuras 14 e 15). Poderá isto indiciar que praticantes e não praticantes apresentam barreiras semelhantes, mas diferentes capacidades para as ultrapassar. Foi já salientado em trabalhos anteriores que, mesmo na presença de barreiras ao exercício, os praticantes tinham maior tendência a implementar estratégias para as ultrapassar e mostraram maior número de facilitadores da AF (fatores que encorajam o indivíduo a aumentar os níveis de AF[10]).[8] Num artigo de revisão de 2015 sobre AR, salientou-se que, apesar das barreiras sentidas por praticantes e não praticantes serem semelhantes, os primeiros apresentavam estratégias de coping mais eficazes, conseguindo ultrapassá-las.[12]

Como se pode ver na figura 1, as barreiras mais frequentemente assinaladas foram a “jornada de trabalho extensa” (próximo de 50% da amostra), os “compromissos familiares” e as “tarefas domésticas”. Segundo Martins & Petroski[16], estas três barreiras resultam do desmembramento da barreira “falta de tempo disponível”. Visto esta barreira não ter apresentado uma reprodutibilidade suficientemente alta, os autores optaram por a reformular nestas três. Nesta linha, Berger tinha anteriormente afirmado que as pessoas referem a falta de tempo quando não atribuem a importância devida à prática de exercício físico.[3] Como tal, pode tirar-se a conclusão de que, neste estudo, a “falta de tempo” é a principal barreira ao exercício e de que estas três barreiras são as principais razões para haver falta de tempo para a prática de exercício físico no tempo de lazer. Saba havia já indicado, em 2001, a falta de tempo como um fator crítico, destacando ainda que a falta de tempo estaria relacionada com a

jornada excessiva de trabalho, o tempo para obrigações familiares e a dificuldade na administração do tempo.[3]

Este resultado encontra-se de acordo com a literatura, que tem apontado a “falta de tempo” como uma das principais razões para a inatividade física e pouca prática de exercício físico e AF, quer na população geral [3], [10], quer noutras subpopulações (adolescentes,[1], [15] adultos,[2] mulheres,[4] diabéticos tipo 2,[8] diabéticos tipo 1,[10] doentes com cancro[10] e, em específico, com CCR,[13] sobreviventes de cancro da mama,[14] sobreviventes de AVC,[11] doentes com AR[12]).

O fato de haver 4 inquiridos que acrescentaram a barreira “falta de tempo” na categoria “outros” (barreira mais acrescentada), vem reforçar ainda mais a importância da mesma. Para além disso, destes 4 inquiridos, a totalidade deles assinalou concomitantemente a barreira “jornada de trabalho extensa”, 2 deles assinalaram a barreira “compromissos familiares”, e 1 deles a barreira “tarefas domésticas”. Todos eles selecionaram pelo menos uma barreira contemplada por Martins & Petroski[16] na sua divisão da barreira “falta de tempo disponível”. Isto reforça a ideia de que as três barreiras mais mencionadas neste estudo se assumem como os motivos para a falta de tempo para a prática de exercício no tempo de lazer.

Assim sendo, aprender a organizar o tempo da melhor forma possível, distribuindo-o de maneira racional pelos compromissos laborais, familiares e domésticos, pode ser uma medida que aumente a prática de exercício e AF e diminua a inatividade física eficazmente. Weinberg & Gould revelaram que a falta de tempo seria uma questão de prioridades e que programas de AF atraentes poderiam derrubar este fator.[3] Mas, para isso, é preciso que a pessoa assuma a importância da AF e queira praticar exercício, jogando-se aqui com a motivação. Deste ponto de vista, o médico de família tem, não só, uma função importante em

ajudar o utente a organizar o seu tempo, como também em motivá-lo para a prática de exercício, [2], [7] tendo sempre presente que, no geral, o número de barreiras é superior no sexo feminino, em faixas etárias mais velhas, em indivíduos sem companheiro(a), de classe socioeconómica mais baixa e que ainda não praticam exercício. Realmente, o papel do clínico é central [7] e, apesar da falta de tempo para abordar este tema na consulta,[7] conhecer as barreiras que os seus doentes enfrentam pode ajudá-lo a melhor aconselhá-los, permitindo que adotem um estilo de vida ativo. [11] Hoje em dia, já existem, inclusive, aplicações de telemóvel que permitem à pessoa praticar exercício em qualquer lugar, como em casa, sem necessidade de equipamento específico e economizando tempo.[7] De notar, que a AF não precisa de ser contínua para produzir benefícios à saúde.[3]

As barreiras “a sua profissão já é um exercício” e “perdeu o hábito” também surgem com uma certa frequência. “Obtenho exercício suficiente no meu trabalho” havia sido já referida como uma barreira significativa em trabalhos anteriores.[3] “Perdeu o hábito” traduz a importância de motivar as pessoas para a manutenção da prática de exercício. Será importante, para isso, adaptar o tipo e programa de AF (aeróbio e/ou exercício de resistência) às preferências dos indivíduos e seus objetivos.[8], [9] Segundo a teoria da autodeterminação, comportamentos, como praticar exercício, serão mais provavelmente mantidos a longo prazo se a motivação for intrínseca (ex.: pelo prazer e interesse em praticar exercício) em vez de extrínseca (ex.: conselho do médico).[4], [8] De toda a forma, embora o conselho do médico possa assumir um papel menos relevante na manutenção da AF, ele é com certeza significativo na sua iniciação.[8]

Às 29 barreiras contempladas inicialmente, foram acrescentadas cinco barreiras na categoria “outros” (“falta de tempo”, “gravidez”, “fumar”, “medo de cair” e “preferência por conseguir descansar”). Contudo, elas colocaram dúvidas sobre se deveriam ser contabilizadas como uma das 29 barreiras iniciais ou individualmente. Mesmo assim, acabaram por ser



interpretadas como “novas barreiras” e contabilizadas em separado, deixando ao critério de estudos posteriores se as mesmas devem ser incorporadas ou não nas barreiras inicialmente contempladas.

Tendo em conta o propósito da divisão da barreira “falta de tempo disponível”, feita por Martins & Petroski,[16] tinha toda a lógica considerá-la como uma barreira independente. Contudo, no desenho do estudo, ainda se ponderou incluir a barreira “falta de tempo” e confrontar se as pessoas que selecionavam esta barreira também selecionavam uma ou mais das três barreiras em que ela foi desmembrada (“jornada de trabalho extensa”, “compromissos familiares” e “tarefas domésticas”).[16] Todavia, seria de maior valor para o estudo se os inquiridos a referissem na categoria “outros” porque efetivamente percecionavam a “falta de tempo” para o exercício como uma barreira, em vez de serem obrigados a classificá-la quanto à frequência com que dificulta a AF. Como se pode ver pelas conclusões tiradas anteriormente, isto verificou-se.

Relativamente às restantes quatro barreiras acrescentadas, a barreira “gravidez” deixou a dúvida se deveria ser considerada uma barreira completamente nova ou contabilizada como “compromissos familiares”. Como tal, optou-se por se considerar separadamente. Já a barreira “fumar”, não tem lógica considerá-la como sendo “devido a doença e seus sintomas” pois, embora fumar possa diminuir a capacidade física, não é propriamente uma doença, considerando-se também, por isso, uma barreira independente. De notar que, num estudo recente, o estatuto de fumador foi associado a níveis mais baixos de AF, reforçando o seu carácter de barreira independente.[14] O “medo de cair” podia ser entendido como “medo de lesionar-se” e, realmente, o inquirido também assinalou esta barreira. Contudo, o indivíduo tem 64 anos, uma idade próxima da faixa etária do idoso ( $\geq 65$  anos [19]). Atendendo a que, nesta faixa etária, a barreira “medo de cair” foi já apontada como significativa,[18] foi, por isso, considerada uma barreira à parte. Relativamente à “preferência por conseguir

descansar”, esta barreira podia ser contabilizada como “falta de energia (cansaço físico)”. No entanto, este participante não a apontou como barreira à prática de exercício. Assim, decidiu-se considerar individualmente a barreira “preferência por conseguir descansar”.

Este estudo apresenta limitações. Uma das principais limitações relaciona-se com o número de indivíduos do sexo masculino e de inquiridos sem companheiro(a). Sendo significativamente muito menor relativamente ao número de mulheres e pessoas com companheiro(a), pode limitar a generalização das conclusões à totalidade da população da USF. Tal fato poderia ser solucionado, num estudo futuro, aumentando-se a amostra masculina ou o número de inquiridos sem companheiro(a) ou, alternativamente, fazendo-se um estudo dirigido à população masculina ou à população sem companheiro(a) da referida USF. Para além disso, a literatura sugere que, modificando-se o foco populacional (diferentes faixas etárias, profissões, níveis socioeconómicos e contextos culturais, por exemplo) a perceção de barreiras modifica-se também. Desta maneira, deve-se procurar identificar as barreiras percebidas por dado subgrupo diante de qualquer particularidade específica que o mesmo apresente.[16] Isto expõe a segunda limitação deste estudo: o fato de ele ter sido realizado apenas numa USF pode restringir a aplicabilidade das elações a outros contextos. Para além disso, as barreiras podem alterar-se no tempo: barreiras inicialmente citadas podem desvanecer com o tempo e surgirem outras.[4] O número de barreiras também pode aumentar com o tempo.[8]

Uma conclusão que pode ser precipitada é o fato de se assumir que o paradigma da inatividade física está a mudar com base neste estudo. Efetivamente, o critério para considerar que uma pessoa era fisicamente ativa era fazer 15 minutos de exercício moderado e/ou vigoroso pelo menos uma vez por semana. Trata-se de um critério demasiado lato para se poder tirar uma conclusão sólida, visto distanciar-se largamente das metas assumidas pelas

guidelines da OMS.[6] Como tal, salienta-se a necessidade de um estudo que esclareça este resultado, para se poder afirmar com certeza que o paradigma está a mudar.

Finalmente, a última limitação contata-se em relação ao questionário. Apesar de todas as ferramentas usadas neste estudo terem sido validadas em estudos próprios, não existe um questionário standardizado para a quantificação do exercício físico no tempo de lazer e avaliação das suas barreiras. Assim, a comparação de resultados entre estudos dessa temática fica limitada pela diversidade de procedimentos metodológicos adotados, como diferentes tipos de formas de mensuração, de instrumentos e de pontos de corte utilizados.[9] Para além disso, é sabido que a avaliação subjetiva da AF por questionários de autopreenchimento podem sobrestimar a sua medida devido ao viés de aprovação social. [7] Este aspeto pode também justificar a elevada percentagem de indivíduos que afirmaram praticar exercício. Assim sendo, a literatura recomenda o uso de acelerómetros para medir os níveis de AF, fornecendo valores precisos, o que deverá ser considerado em estudos posteriores. Têm, contudo, a desvantagem do custo elevado.[11]

O estudo também apresenta pontos positivos. A validação dos instrumentos utilizados é um deles. O fato da AFTL ser medida relativamente a uma semana típica diminui a sobrestimação do tempo dedicado ao exercício. Para além disso, também é utilizado um número elevado de barreiras neste estudo. Mas, sem dúvida, o principal ponto positivo é o carácter inovador do estudo, abordando um tema relativamente esquecido em Portugal. Apesar de tudo, trata-se de um estudo generalista, sendo importante ter em conta as barreiras indicadas na literatura para cada doença e situação específica.

## Conclusão

A quantidade e o tipo de barreiras que uma dada pessoa ou população apresentam variam. Contudo, é natural que as pessoas apresentem barreiras à prática de exercício físico e AF.

As barreiras mais frequentemente encontradas foram a “jornada de trabalho extensa”, os “compromissos familiares” e as “tarefas domésticas”. Estas três barreiras denotam uma falta de tempo generalizada para a prática de exercício físico no tempo de lazer. Deste modo, preconiza-se que um melhor estabelecimento das prioridades do dia-a-dia aliado a uma boa organização do tempo pode aumentar os índices de AF e exercício e diminuir a inatividade física. O médico de família poderá assumir, neste sentido, um papel fulcral na iniciação da AF, podendo fornecer conselhos ao seu doente que lhe permitam uma melhor administração do seu tempo. Contudo, o paradigma da inatividade física pode estar já a mudar.

Todavia, as barreiras supracitadas não foram as únicas identificadas. “A sua profissão já é um exercício” e “perdeu o hábito” foram duas barreiras também relevantes, tornando necessário adaptar o tipo e programa de AF às preferências dos indivíduos e seus objetivos.

Consoante a população considerada, determinadas barreiras assumem-se como mais importantes, salientando-se uma variação sociodemográfica das barreiras: as tarefas domésticas parecem assumir um maior papel na mulher, pessoas mais jovens dedicam mais tempo aos estudos e os mais velhos começam a sentir limitações físicas, classes socioeconómicas mais desfavorecidas sentem dificuldades financeiras. Ainda assim, praticantes e não praticantes parecem apresentar as mesmas barreiras, mas diferente capacidade para as ultrapassar.

Todos estes dados devem guiar a ação do clínico. Ele tem a obrigação de motivar e ajudar o seu doente a ultrapassar as barreiras que enfrenta e a permitir que possa adotar um estilo de vida ativo e saudável. Para isso, é importante ter em mente que o número de barreiras, independentemente de quais sejam, é, em norma, superior no sexo feminino, em faixas etárias mais velhas, em indivíduos sem companheiro(a), de classe socioeconómica mais baixa e que ainda não praticam exercício.

Apesar da falta de tempo para abordar este tema na consulta, o papel do clínico é central e a determinação do doente nunca deve ser menosprezada.

### **Agradecimentos**

Agradeço ao Rafael Calôba Verdade, aluno da Escola Secundária Marques de Castilho, Águeda, pela ajuda preciosa que me deu no tratamento estatístico dos dados. Não é exagero afirmar que, sem o auxílio dele, este trabalho nunca teria sido concluído.

Agradeço também à Cláudia Maria dos Reis Sanguinete Costa pelos seus conselhos, apoio e paciência.

Agradeço ao Herculano de Jesus Amaral Sanguinete Costa e ao meu irmão pela sua ajuda num momento de maior aperto.

Finalmente, agradeço aos meus pais por toda a sua preocupação e disponibilidade.

## Referências Bibliográficas

- [1] B. Predictors, “Saudi Arabia : Evidence for Obesogenic Environment,” vol. 9, no. 4, 2015.
- [2] D. Press, “Physical activity in patients with heart failure : barriers and motivations with special focus on sex differences,” pp. 1603–1610, 2015.
- [3] R. P. Alves, “Rui Pedro Alves de Ascensão,” 2012.
- [4] I. Santos, K. Ball, D. Crawford, and P. J. Teixeira, “Motivation and Barriers for Leisure-Time Physical Activity in Socioeconomically Disadvantaged Women,” *PLoS One*, vol. 11, no. 1, p. e0147735, 2016.
- [5] M. Connelly, H. Brown, P. van der Pligt, and M. Teychenne, “Modifiable barriers to leisure-time physical activity during pregnancy: a qualitative study investigating first time mother’s views and experiences.,” *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 15, no. 1, p. 100, 2015.
- [6] “Physical-Activity-Recommendations-18-64Years,” p. 2011, 2011.
- [7] M. Duclos, S. Dejager, N. Postel-Vinay, S. di Nicola, S. Quéré, and B. Fiquet, “Physical activity in patients with type 2 diabetes and hypertension--insights into motivations and barriers from the MOBILE study.,” *Vasc. Health Risk Manag.*, vol. 11, pp. 361–71, 2015.
- [8] H. Tulloch, S. N. Sweet, M. Fortier, G. Capstick, G. P. Kenny, and R. J. Sigal, “Exercise facilitators and barriers from adoption to maintenance in the diabetes aerobic and resistance exercise trial,” *Can. J. Diabetes*, vol. 37, no. 6, pp. 367–374, 2013.
- [9] G. Del Duca, M. V Nahas, P. Hallal, and K. Peres, “Atividades físicas no lazer entre

- adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes,” *Cien. Saude Colet.*, vol. 19, no. 11, pp. 4595–4604, 2014.
- [10] N. Lascar, A. Kennedy, B. Hancock, D. Jenkins, R. C. Andrews, S. Greenfield, and P. Narendran, “Attitudes and barriers to exercise in adults with type 1 diabetes (T1DM) and how best to address them: A qualitative study,” *PLoS One*, vol. 9, no. 9, 2014.
- [11] I. O.A., A. A.F., O. O.O., F. H.O., and A. O., “Perceived barriers to physical activity among Nigerian stroke survivors,” *Pan Afr. Med. J.*, vol. 21, pp. 1–8, 2015.
- [12] J. J. C. S. Veldhuijzen van Zanten, P. C. Rouse, E. D. Hale, N. Ntoumanis, G. S. Metsios, J. L. Duda, and G. D. Kitas, “Perceived Barriers, Facilitators and Benefits for Regular Physical Activity and Exercise in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Review of the Literature,” *Sport. Med.*, vol. 45, no. 10, pp. 1401–1412, 2015.
- [13] A. Fisher, J. Wardle, R. J. Beeken, H. Croker, K. Williams, and C. Grimmett, “Perceived barriers and benefits to physical activity in colorectal cancer patients,” *Support. Care Cancer*, pp. 903–910, 2015.
- [14] A. Jones and R. J. Paxton, “Neighborhood Disadvantage, Physical Activity Barriers, and Physical Activity among African American Breast Cancer Survivors,” *Prev. Med. reports*, vol. 2, pp. 622–627, 2015.
- [15] D. F. Dias, M. R. Loch, and E. R. V. Ronque, “Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes,” *Cien. Saude Colet.*, vol. 20, no. 11, pp. 3339–3350, 2015.
- [16] M. de O. Martins and E. L. Petroski, “Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: Uma proposta de instrumento,” *Rev. Bras.*

*Cineantropometria e Desempenho Hum.*, vol. 2, no. 1, pp. 58–65, 2000.

- [17] G. Godin, “Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire and Science in Sports and Exercise . 29 June Supplement: S36-S38 . Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire,” *Med. Sci. Sports Exerc.*, pp. 14–15, 1997.
- [18] B. A. J. Simmonds, K. J. Hannam, K. R. Fox, and J. H. Tobias, “An exploration of barriers and facilitators to older adults' participation in higher impact physical activity and bone health: a qualitative study,” *Osteoporos. Int.*, 2015.
- [19] Who, “Global Recommendations on Physical Activity for Health: 65 years and above,” p. 2011, 2011.



## Anexo 1 - Questionário

Trabalho de Investigação

### Barreiras à prática de exercício físico no tempo de lazer dos utentes adultos de um Centro de Saúde

Gonçalves do 6ºano da FMUC. O questionário procura abordar a regularidade com que faz exercício físico no seu tempo de lazer, e caso não realize exercício físico, as razões para que tal se suceda. Tenha sempre em conta que **não há respostas certas nem erradas**, o objetivo aqui é conhecer a realidade e, por isso, prima-se pela **sinceridade** das respostas. O fundamental é **ser honesto** no preenchimento deste questionário. O referido aluno assegura a **privacidade** e o **anonimato** exigidos à realização de trabalhos científicos e de acordo com os bons princípios da Ética e Deontologia.

#### Género (coloque um círculo em redor da letra correspondente):

- a. Masculino
- b. Feminino

#### Idade:

#### Nível de Escolaridade:

#### Profissão:

#### Situação conjugal (coloque um círculo em redor da letra correspondente):

- a. Com companheiro(a)
- b. Sem companheiro(a)

**Nota:** Antes de começar a responder ao questionário, não se esqueça de ter em conta a definição de exercício físico/desporto.

1. **Durante um período típico de 7 dias (uma semana), quantas vezes, em média, faz os seguintes tipos de exercício durante mais de 15 minutos, no seu tempo livre? (escreva em cada linha o número apropriado)**
  - a. **Exercício vigoroso** (o coração bate rápido; ex.: corrida, jogging, hóquei, futebol, futsal, basquetebol, andebol, judo e outros desportos de luta, patinagem, nadar vigorosamente, ciclismo, remo, aulas de fitness de alta intensidade no ginásio, como o crossfit, o Body Pump, o Body Attack, o Body Combat e o RPM): \_\_\_\_\_ vezes por semana.
  - b. **Exercício moderado** (que não o deixa exausto; ex.: andar de forma rápida, ténis, andar de bicicleta de forma relaxada, voleibol, badminton, ténis de mesa, nadar de forma relaxada, dança, aulas de ginásio de intensidade moderada, como o Body Step e, a aula de abdominais e a aula de glúteos, pernas e abdominais): \_\_\_\_\_ vezes por semana.
  - c. **Exercício leve** (com esforço mínimo; ex.: yoga, pilates, arco e flecha, pesca, bowling, equitação, golf, caminhar relaxadamente, como num passeio): \_\_\_\_\_ vezes por semana

**Na seguinte tabela, por cada tópico existem 5 retângulos, coloque um X no retângulo que corresponde à sua situação.**

<b>Profissão:</b>	É um dos seguintes: Diretor de banco, diretor técnico de empresa, licenciado, engenheiro, profissional com título universitário ou de escola especial e militar de alta patente.	É um dos seguintes: Chefe de secção administrativa ou de negócio de grandes empresas, subdiretor de banco, perito, técnico e comerciante, dirigente intermédio e quadros técnicos.	É um dos seguintes: Ajudante técnico, desenhador, caixeiro, contramestre, oficial de primeira, encarregado, capataz e mestre-de-obras.	É um dos seguintes: Operário especializado com ensino primário completo (ex. motorista, polícia, cozinheiro, etc.).	É um dos seguintes: Trabalhador manual ou operário não especializado (Mão-de-obra indiferenciada) (ex: jornaleiro, mandarete, ajudante de cozinha, mulher de limpeza, etc.).
<b>Nível de instrução:</b>	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo).	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo).	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo).	Ensino primário completo para a idade (6 anos de estudo).	Ensino primário incompleto para a idade (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
<b>Fonte de rendimento familiar:</b>	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida.	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc..	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário. (vencimento certo)	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa. (remunerações incertas)	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho. (Assistência)
<b>Tipo de habitação:</b>	Casa ou andar luxuoso e muito grande, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.  (Luxuoso)	Casa ou andar que, sem ser tão luxuoso como o da categoria precedente, é, não obstante, espaçosa e confortável.  (Espaçoso e Confortável)	Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminada e arejada, com cozinha e casa de banho.  (Bem conservado e com cozinha e WC; Eletrodomésticos essenciais)	Com cozinha e WC, mas degradado e/ou sem eletrodomésticos essenciais.	Alojamento impróprio para uma vida decente, choça, barraca ou andar desprovido de todo o conforto, ventilação, iluminação ou alojamento onde moram demasiadas pessoas juntas.  (Impróprio)

<b>Aspetto do bairro onde habita:</b>	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.  (Bairro elegante)	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas. (Bom local)	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável.  (Zona antiga)	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho-de-ferro, etc. (Bairro operário/social)	Bairro de lata.
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Considerando os fatores abaixo relacionados, indique com que frequência eles representam, **PARA SI**, fatores que **DIFICULTAM** sua prática de **ATIVIDADES FÍSICAS (AF)**. (Assinale com um **X**.)

FATOR	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
Jornada de trabalho extensa					
Compromissos familiares (pais, cônjuge, filhos, etc.)					
Falta de clima adequado (vento, frio, calor, etc.)					
Falta de espaço disponível para a prática (seja pela distância ou pelo horário)					
Falta de equipamento disponível					
Tarefas domésticas (para com sua casa)					
Falta de companhia					
Falta de incentivo da família e/ou amigos					
Falta de recursos financeiros (seja para comprar o material de desporto necessário, seja para pagar o ginásio,...)					
Mau humor					
Medo de lesionar-se					
Limitações Físicas (p. exemplo, muscular ou articular)					
Dores leves ou mal-estar					
Falta de energia (cansaço físico)					
Falta de habilidades físicas					
Falta de conhecimento ou orientação sobre atividade física					
Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade)					
Preocupação com a aparência durante a prática (seja porque se sinta demasiado gordo(a) ou fora de boa forma física, ou por causa de como as roupas de desporto lhe ficam, ou por não gostar que os outros o(a) vejam suar, ou porque se sinta embaraçado(a) por qualquer outra razão...)					
Falta de interesse em praticar (seja porque não gosta, tem preguiça, não tem vontade ou motivação, porque é aborrecido, não tem prazer em fazê-lo, fá-lo(a) sentir-se mais triste)					

Outros: (preencha da mesma forma e sinta-se à vontade para acrescentar algum outro fator)

FATOR	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
A sua profissão já é um exercício					
Não vê necessidade de praticar exercício					
Dores fortes					
Tempo dedicado aos estudos					
Devido a doença e seus sintomas					
Efeitos adversos da medicação					
Perdeu o hábito					
Falta de transporte					
Medo de ataque cardíaco					
Medo de hipoglicemia					

## Anexo 2 – Consentimento

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

para participação em Investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Barreiras à prática de exercício físico no tempo de lazer dos utentes adultos de um Centro de Saúde.

**Enquadramento:** Trabalho de investigação que passa pela aplicação de questionários a utentes da Unidade de Saúde Familiar de Celas, seguida de trabalho estatístico e produção de relatório para defesa e publicação. Trabalho realizado com vista à atribuição do grau de Mestre pelo aluno Carlos Alexandre Moreira Gonçalves, no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O trabalho é orientado pelo Dr. Humberto Manuel Neves Vitorino e coorientado pelo Professor Dr. Hernâni Pombas Caniço.

**Explicação do estudo:** O objetivo deste projeto será estudar as várias barreiras que se opõem à prática de Exercício Físico no Tempo de Lazer, sejam elas físicas ou psicológicas, mesmo quando o mesmo é prescrito por um médico. Neste estudo, recorrer-se-á a um questionário como método de obtenção de dados e no qual se visa estudar a população da Unidade de Saúde Familiar de Celas dos 18 aos 64 anos. Neste questionário, inclui-se também a Classificação de Graffar Modificada, com vista a obter o nível socioeconómico. O questionário será entregue aos consulentes juntamente com o documento de consentimento informado. Com os resultados obtidos deste questionário, será realizado o seu tratamento estatístico, apurando as barreiras mais frequentes dos Utesntes deste Centro de Saúde e, deste modo, propor possíveis medidas para aumentar a adesão a esta medida não farmacológica. Relativamente à seleção da amostra, esta será feita de forma aleatória e por conveniência. A investigação culminará com a realização de relatório para defesa e publicação.

**Condições e financiamento:** O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Confidencialidade e anonimato:** Garante-se a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, bem como o anonimato (não registo de dados de identificação). Todos os contactos serão realizados em ambiente de privacidade.

1 [http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

O Investigador,  
Carlos Alexandre Moreira Gonçalves

Aluno do 6º ano do curso de Medicina  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra  
Contacto telefónico: 916774404  
Endereço eletrónico: [carlosamg27@hotmail.com](mailto:carlosamg27@hotmail.com)

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2016

SE ANALFABETO OU INCAPAZ DE LER OU ASSINAR, REPRESENTANTE LEGAL OU 2 TESTEMUNHAS IMPARCIAIS:

NOME: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_