



Ana Carina Monteiro Correia Teixeira

O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Luís Manuel Neves da Silva Cavalheiro e pela Professora Doutora Maria Madalena Santos Duarte apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre

Coimbra, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira

“O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos”

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Luís Manuel Neves da Silva Cavalheiro e pela Professora Doutora Maria Madalena Santos Duarte apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre

Coimbra, 2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre acreditaram no meu empenho, por serem o meu porto seguro e por me terem ensinado a lutar pelos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Um estudo desta natureza, apesar do seu carácter individual, implica a colaboração, compreensão e estímulo de várias pessoas, sem as quais a sua concretização não seria possível. Concluído este, gostaria de expressar publicamente aqui a minha inteira gratidão e maior apreço a todas as pessoas que, de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo fosse uma tarefa possível e uma realidade.

Ao Professor Doutor Luís Cavalheiro, o meu orientador, pela forma com que, com o seu saber, orientações, sugestões, conselhos, me ajudou a “vencer” mais uma etapa. Agradeço o seu profissionalismo, compreensão e disponibilidade.

À Professora Doutora Madalena Duarte, a minha co-orientadora, pela sua amizade, conselhos, e disponibilidade permanente.

Aos meus Pais pelo incentivo, pelo apoio incondicional, por tudo o que fizeram para que hoje me encontre a terminar mais uma etapa da minha formação e por ser quem sou e o que sou.

Um agradecimento muito especial à minha família e amigos, portos seguros de todas as minhas aventuras, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, suportaram o meu desânimo, assim como desculparam e compreenderam as minhas ausências.

Ao ginásio *Phive Health & Fitness Centers*, gerentes, que deram autorização e liberdade para realizar o estudo, aos professores, staff e sócios pela total colaboração, disponibilidade e empenho aquando a aplicação dos questionários.

A todos, muito obrigado por estarem sempre presentes, pelo apoio nos momentos mais frágeis e por me fazerem acreditar que a vida é um caminho a percorrer onde encontramos obstáculos e contratempos que muitas vezes nos desviam desse caminho. Mas há que retomar esse rumo por muito difícil que seja, pois sem esforço e perseverança não conseguimos atingir os nossos objetivos.

O meu sincero muito obrigado!

RESUMO

Objetivos: identificar os fatores pessoais e do exercício físico preditivos de alterações na QVRS do adulto; Avaliar a QVRS/estado de saúde percebido pelos sócios do ginásio *Phive Health & Fitness Centers*, bem como identificar quais as características pessoais, como o sexo, idade, estado civil, níveis de escolaridade e estatuto socioprofissional que explicam variações no estado de saúde/QVRS, assim como, identificar a influência das características, como diversidade de modalidades que pratica, índice de massa gorda, frequência semanal do ginásio, mais anos a frequentar o ginásio e maior atividade física na QVRS do adulto.

Material e métodos: foi realizado um estudo transversal e preditivo em 406 sócios do ginásio *Phive Health & Fitness Centers* na cidade de Coimbra no período de Setembro de 2016 a Maio de 2017. Foi utilizado como modo de abordagem o auto-relato escrito e como instrumento de colheita de dados, o questionário, o qual era constituído pelo IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L.

Resultados: Pode-se afirmar que os dados sociodemográficos e pessoais não explicam alterações no estado de saúde dos indivíduos ($p > 0,05$). Relativamente às pontuações da medida EVA, verifica-se que apenas o peso ($p = 0,043$), a altura ($p = 0,014$) e o IMC ($p = 0,03$) influenciam a QVRS. A prática de qualquer modalidade também explica maior QVRS ($p < 0,05$), tal como um maior número de modalidades diferentes praticadas por cada indivíduo também influencia a QVRS ($p = 0,00$), contudo o mesmo não se verificou com a EQ-EVA. Relativamente à motivação para a prática de exercício físico, verificou-se que as pessoas praticam exercício físico por motivos de saúde o que melhora a sua QV ($p = 0,019$), o que não se verifica com a EQ-EVA. A perceção da melhoria de saúde dos indivíduos revelam uma melhoria na EQ-EVA ($p = 0,00$). No que diz respeito à atividade física, conclui-se que apenas os indivíduos que praticam atividades de intensidade moderada, de intensidade vigorosa e caminhada nos últimos 7 dias apresentam uma melhoria na QV relativamente à EQ-EVA ($p = 0,009$).

Conclusão: Atualmente já existe alguma sensibilidade na população portuguesa para a prática de exercício físico o qual se reflete na perceção que estes têm na sua QV.

Palavras-chave: Exercício Físico; Qualidade de Vida; Saúde, Atividade Física

ABSTRACT

Goals: to identify predictive personal and physical factors of changes in the HRQoL of the adult; Assessing the HRQoL / perceived health status of the *Phive Health & Fitness Centers* gym members, as well as identifying which personal characteristics such as gender, age, marital status, education levels and socio-professional status explain variations in the health status / HRQoL, as well as, to identify the influence of other characteristics, such as the diversity of gym classes, fat mass index, weekly gym attendance, more years attending the gym and the amount of physical activity in the HRQoL of the adult.

Material and methods: A cross-sectional and predictive study has been conducted in 406 members of the *Phive Health & Fitness Centers* gym in the city of Coimbra (Portugal) from September 2016 to May 2017. A written self-reporting was used as a way of approach and as an instrument of data collection, the questionnaire, which consisted of IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L.

Results: it can be stated that socio-demographic and personal data do not explain changes in the health status of individuals ($p > 0,05$). Regarding the VAS scores, it is verified that only weight ($p = 0,043$), height ($p = 0,014$) and BMI ($p = 0,03$) influence the HRQoL. The practice of any gym class also explains higher HRQoL ($p < 0,05$), as well as a greater number of different gym classes practiced by each individual also influences the HRQoL ($p = 0,00$), but this was not the case with EQ-VAS. Regarding the motivation to practice physical exercise, it was verified that people practice physical exercise for health reasons which improves their QoL ($p = 0,019$), which is not verified with the EQ-VAS scale. The perception of the health improvement of the individuals reveals an improvement in the EQ-VAS ($p = 0,00$). Regarding physical activity, it is concluded that only those who practice activities of moderate intensity, vigorous intensity and have walk in the last 7 days show an improvement in the QoL relative to the EQ-VAS ($p = 0,009$).

Conclusion: currently we can verify some awareness in the Portuguese population to the practice of physical exercise, which is reflected in the perception that these individuals have in their QoL.

Keywords: Physical Exercise; Quality of life; Health, Physical Activity

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS

ACE - American Council on Exercise

AFAA - American Fitness & Aerobics Association

AIMS2–SF- Arthritis Impact Measurement Scales2 – Short Form

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD's - Atividades de Vida Diárias

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EQ EVA – EQ-Escala Visual Analógica

EQ VAS – EQ- Visual Analogic Scale

EVA - Escala Visual Analógica

EMI-2p – The Exercise Motivations Inventory- 2p

HRQoL - Health Related Quality of Life

HIV/AIDS - Human immunodeficiency virus infection /acquired immune deficiency syndrome

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

IDEA - Internacional *Dance & Exercise Alliance*

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire

QV - Qualidade de Vida

QoL – Quality of Life

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

MET - Metabolic Equivalent Task

MOS-Medical Outcome Study

NHP- Nottingham Health Profile

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAQOL-39- Stroke and Aphasia Quality of Life Scale

SF-36 - Medical Outcomes Study 36

SIS - Stroke Impact Scale

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SS-QOL –Stroke specific of Quality of Life

VAS – Visual Analogic Scale

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões, instrumento e itens do instrumento EMI-2p.....	47
Tabela 2 - Escala de Percepção de Melhoria (Âncora)	48
Tabela 3 - Dimensões e indicadores do instrumento EQ-5D-5L.....	49
Tabela 4 - Codificação das variáveis	51
Tabela 5 - Características sociodemográficas da amostra.....	53
Tabela 6 – Características sociodemográficas e do exercício físico	54
Tabela 7 - Resultados da avaliação das modalidades	55
Tabela 8 - Características sociodemográficas e do exercício físico	56
Tabela 9 - Características IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L, EQ-EVA e EPM	56
Tabela 10 - Influência das variáveis Dummy e idade, peso, altura, IMC e IMG nas pontuações da medida EQ-5D-5L	57
Tabela 11 – Influência das variáveis Dummy e idade, peso, altura, IMC e IMG nas pontuações da medida EQ-EVA.....	57
Tabela 12 - Influência das modalidades, tempo que frequenta o ginásio, frequência que vai ao ginásio, EPM, EMI 2p (BEFP; MS; MSA) e IPAQ nas pontuações da medida EQ-5D-5L.....	59
Tabela 13 - Influência das modalidades, tempo que frequenta o ginásio, frequência que vai ao ginásio, IPAQ, EMI 2p (BEFP; MS; MSA) e EPM nas pontuações da medida EQ-EVA	61

SUMARIO

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - REVISÃO TEÓRICA	12
CAPITULO I - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	13
CAPITULO II – QUALIDADE DE VIDA.....	16
2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAUDE.....	18
2.2. AVALIAÇÃO DA QVRS.....	20
2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QV E DA QVRS.....	22
CAPITULO III - EXERCÍCIO FÍSICO	25
3.1. BARREIRAS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	33
3.2. PORTUGAL E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	36
PARTE II – METODOLOGIA	40
CAPITULO IV -CONSTRUTO METODOLOGICO	41
4.1.PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	41
4.2.OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	42
4.3. TIPO DE ESTUDO	42
4.4. HIPOTESIS DE INVESTIGAÇÃO	42
4.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTA.....	43
4.6. VARIÁVEIS	44
4.6.1. Variável dependente	44
4.6.2. Variável Independente.....	44
4.7. COLHEITA DE DADOS	44
4.7.1. Instrumento de colheita de dados	44
4.7.2. Processo de colheita de dados	51
4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
4.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	52
PARTE III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	53
CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
5.1. APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS RESULTADOS	54
5.2.RESULTADOS RELATIVOS À APRESENTAÇÃO E ANÁLISE INFERENCIAL.....	56

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
6.1. AMOSTRA E SUAS CARACTERISTICAS	63
6.2. CARACTERÍSTICAS DO IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L, EQ- EVA e EPM.....	68
6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	75
CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

O conceito de QV (Qualidade de Vida) na área da saúde é relativamente recente e surge, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença são complexos e multifatoriais. Neste sentido, saúde e doença andam par-a-par, configurando em processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspetos económicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Com a mudança deste paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, quer das práticas assistenciais, quer das políticas públicas para o setor no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Schuttinga, 1995).

Existe uma relação entre saúde e exercício físico que é fundamental para a melhoria da QV. A prática regular de exercícios é indicada por diversos profissionais da área de saúde, pois um estilo de vida ativo pode evitar a ocorrência de diversas doenças, tanto de ordem física como psicológica. Este quando é realizado regularmente é benéfico para a saúde e QV (Samulski, 2009; Ferreira, Matsudo, Braggion, 2005).

Na área da saúde, diferentes estudos relacionam diversas práticas corporais, tais como, atividade física, exercício físico e prática desportiva como fatores que são positivamente vinculados à melhoria da QV. Contudo, nem sempre há clareza conceptual ou mesmo um delineamento preciso sobre as referidas práticas e a sua relação com a QV (Santos e Simões, 2012).

Com base nesta problemática surge a necessidade de perceber o exercício físico e a QVRS (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde) em adultos.

No âmbito da temática deste trabalho de investigação surgiu como objetivo principal: identificar os fatores pessoais e do exercício físico preditivos de alterações na QVRS do adulto. Como objetivos específicos, temos: Avaliar a QVRS/estado de saúde percebido pelos sócios do ginásio *Phive Health & Fitness Centers*, bem como identificar quais as características pessoais, como o sexo, idade, estado civil, níveis de escolaridade e estatuto socioprofissional que explicam variações no estado de saúde/QVRS, assim como, identificar a influência das características, como diversidade de modalidades que pratica, índice de massa gorda, frequência semanal do ginásio, mais anos a frequentar o ginásio e maior atividade física na QVRS do adulto.

Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo preditivo, onde foi aplicado um questionário aos sócios do ginásio, *Phive Health & Fitness Centers*.

Como metodologias utilizadas para a realização deste trabalho recorreu-se a monografias, documentos de publicação em série e à Internet.

Este trabalho está estruturado em três partes: a revisão teórica, a metodologia e a apresentação e análise dos resultados. Na revisão teórica é abordado o conceito de saúde, a QV e o exercício físico. Na metodologia, por sua vez, é abordado o construto metodológico e na apresentação e análise dos resultados onde são evidenciados os resultados e a discussão dos mesmos.

PARTE I
- ENQUADRAMENTO TEÓRICO -

Nos presentes capítulos é realizada uma contextualização do conceito saúde, sua evolução e fatores determinantes da saúde. É ainda discutido o conceito de QV e QVRS, sua avaliação e os respetivos instrumentos de avaliação. Por último, é ainda realizada uma revisão do conceito do exercício físico, sua influencia na QVRS e as determinantes/barreiras da prática de exercício físico.

CAPITULO I - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A esperança média de vida do ser humano tem aumentado significativamente (Astrand, 1994) contudo, ter uma maior longevidade, atualmente, já não é um grande sucesso, uma vez que a média atual de expectativa de vida nos países desenvolvidos ronda os oitenta anos, assim como, quando as pesquisas biomédicas encontram dados que as permitem inferir sobre o potencial genético do homem para viver até mais de cem anos (Astrand, 1994; Guiselini, 1999). Neste sentido, para que haja uma maior longevidade, é importante que níveis dignos de sobrevivência e de direitos humanos sejam respeitados, sendo facultado ao cidadão o acesso aos avanços científicos e tecnológicos das diferentes áreas relacionadas com a saúde (Araújo e Araújo, 2000).

A saúde é um conceito globalizante, que integra várias áreas do conhecimento social, económico, político, cultural e humano, pelo que pressupõe um conceito holístico da pessoa (Praça, 2012).

Durante muito tempo a saúde foi considerada como o oposto da doença, encarando unicamente, as perturbações físicas ou biológicas e vista como um acontecimento accidental, que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reação que o pudesse evitar (Carvalho e Carvalho, 2006 citado por Praça, 2012).

Segundo Márties (2003), a saúde oferece a integridade dos sentidos, a disponibilidade do corpo e da mente, o suporte emocional, estimula a cooperação, a amizade, possibilita a realização de tarefas socialmente desejáveis e o uso do tempo livre de uma forma adequada, criativa, mantendo a força e a resistência necessária para enfrentar frustrações.

Por sua vez, a caracterização do estado de saúde de uma população é algo complexo, que emerge do próprio conceito de saúde. Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde não apenas como ausência de doença ou simplesmente o desequilíbrio na saúde, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social (Terris, 1975).

De acordo com este conceito definido pela OMS, na literatura epidemiológica, existem investigações que se preocupam em discutir as possíveis diferenças na percepção do estado de saúde entre homens e mulheres. As diferenças de mortalidade e de morbidade entre sexos constitui um tema fulcral nesta área. Num passado recente, tais diferenças eram consideradas naturais e próprias da biofisiologia, dos papéis familiares, profissionais e sociopolíticos, distintas e condicionantes das diferentes opções de socialização. Na base de todas as diferenças observáveis das atitudes típicas encontrava-se a mera justificação de serem diferentes por natureza (Oliveira, 2009). George (2014) considera que os determinantes da saúde podem ser agrupados por categorias, tais como: fixas ou biológicas (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicas (pobreza, emprego, classe social, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); e acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Estes determinantes influenciam, nos diferentes sentidos, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário.

A percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, segundo a OMS, abrange vários aspetos da sua vida, nomeadamente, aspetos da saúde física, cognitiva e emocional (Idler e Benyamini, 1997, Ofstedal et al., 2003 citado por Oliveira, 2009).

Da mesma forma, a percepção do estado de saúde encontra-se fortemente relacionada com a saúde do indivíduo, o que sugere que o estado de saúde subjetivo pode ser utilizado como *proxy* da avaliação objetiva (Appels et al., 1996). Esta percepção pode ser influenciada por diversos fatores dos quais se destacam: os sociodemográficos, que compreendem a zona de residência, a classe etária e o estado civil; os indicadores socioeconómicos, que incluem o nível de escolaridade, o rendimento e a ocupação; e por fim, os indicadores gerais de saúde, que contêm a doença crónica e o Índice de Massa Corporal (IMC). A percepção de saúde é individual, pois cada pessoa tem uma vivência própria, de acordo com o que se considera normal, atendendo à experiência pessoal, ao nível cultural, socioeconómico, à religião e estilos de vida, entre outros (Oliveira, 2009).

A avaliação empírica da saúde, que atualmente incorpora diversos domínios, abrange medidas de saúde "testadas" (por meio de exames laboratoriais e funcionais), de saúde observada (baseada em avaliação clínica feita por profissionais) e de saúde percebida (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais) (Sadana *et al.*, 2002).

Nunes e Rego (2002) acrescentam ainda que o conceito de saúde pode ter diferentes significados, que embora divergentes do ponto de vista conceptual são indissociáveis. Deste modo, existem diferentes aproximações: numa perspetiva médica, ausência de doença; numa perspetiva psicossocial, ausência de mal-estar, estado de segurança e conforto; numa perspetiva político-legal, garantia do equilíbrio das pessoas e da comunidade; e numa perspetiva económica, fator de impacto a nível da afetação de recursos na sociedade e de desenvolvimento económico.

Neste sentido, de acordo com Albuquerque e Matos (2003), saúde é um desafio, um conceito dinâmico, difícil de definir e medir. Trata-se de um estado, uma QV influenciada por múltiplos fatores físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais.

De acordo com Portrait *et al.* (2001) a saúde é um dos principais fatores de QV dos indivíduos. A obtenção de um estado completo de bem-estar físico, mental e social obedece a fatores que não estão só ao alcance da medicina, mas também de toda a sociedade em geral. A condição de saúde de um indivíduo é um conceito multidimensional e dinâmico, a sua caracterização requer informação detalhada de diferentes aspetos da sua vida, os quais podem ser considerados individualmente. Contudo, quando analisados em separado são insuficientes para descrever o estado de saúde individual.

CAPITULO II – QUALIDADE DE VIDA

A sociedade moderna tem usado frequentemente o termo QV em diversas circunstâncias. Este termo pode ser encontrado associado à alimentação, ao transporte, à segurança, ao urbanismo, assim como, a outros aspetos de extrema relevância para a vida quotidiana dos indivíduos e da sociedade (Santos e Simões, 2012).

Em 1964 foi utilizada pela primeira vez, a expressão QV, por Lyndon Johnson, o presidente dos Estados Unidos, quando declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas” (Flecket *al.*, 1999, p.20).

Quando se fala em QV, pode-se reincidir num discurso mais comum, devido à imprecisão e complexidade associada à sua definição. Nahas refere que esta é a medida da própria dignidade humana, o que parece totalmente humanista. Este autor considera que se trata da perceção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socio-ambientais modificáveis. Como parâmetros individuais temos: hereditariedade, estilo de vida (hábitos alimentares, controle do stress, atividade física habitual, comportamento preventivo e relacionamentos). Como parâmetros socio-ambientais: moradia, transporte, segurança, assistência médica, educação, cultura e meio ambiente (Barbosa, 2012).

Em 1995 o WHOQOL group definiu a QV como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Uma preocupação acrescida com o conceito QV, no âmbito das Ciências Humanas e Biológicas, levou a que se estabelecessem parâmetros mais amplos que a mera ausência de doenças, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida na determinação de níveis de QV (Flecket *al.*, 1999; Assumpção *et al.*, 2000). Desta forma, vários autores têm apresentado diferentes definições de QV, considerando a articulação entre bem-estar objetivo e subjetivo, perceção das diferenças entre as esperanças e as expectativas do sujeito e sua experiência atual, conceito de saúde positiva da OMS (estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença), a experiência do indivíduo, e a perceção face à sua posição social (Monteiro, 2011).

Em 1994 o Whoqol Group definiu a QV como a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, assim

como, em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações Shephard em 1996, define QV como a percepção da condição de saúde, capacidade funcional e outros aspetos da vida pessoal e familiar. Morton e Fracsem 1997 referem que a QV é a medida de percepção que o utente tem entre a diferença da sua realidade e as suas necessidades ou desejos.

No âmbito da linguagem quotidiana, o conceito QV é um termo que pode ser utilizado em duas vertentes: por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas (Rogerson, 1995); e no âmbito da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras especialidades da saúde (Bowling e Brazier, 1995; Rogerson, 1995). A QV é uma noção eminentemente humana que segundo Minayoet *al.* (2000) se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Esta pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. O uso polissémico em que o modo e as condições de vida se inter-relacionam com os ideais de desenvolvimento sustentável, ecologia humana e democracia é identificado pelos autores. Este conceito remete, pois, a uma relatividade cultural, pois trata-se de uma construção social e historicamente determinada, concebida segundo o grau de desenvolvimento de uma sociedade específica.

Araújo e Araújo (2000) e Fleck (2000) referem que a QV é um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente.

É notório a falta de um consenso face à definição do termo QV. Este pode levar frequentemente, a um uso incorreto do conceito, nomeadamente utilizando-o de forma reduzida e indiscriminada (Minayo et *al.*, 2000). Mas este é caracterizado por uma riqueza e complexidade multidimensional.

Cramer (1993) também reforça a ideia considerando aQV um conceito subjetivo. Este tema, no âmbito da saúde/doença, aumenta a sua complexidade, visto que o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de diferentes fatores, os quais nem sempre são controláveis. Tal como a saúde não pode ser definida como ausência de doença, também a QV não pode ser considerada inexistência de queixas e reclamações.

Assim, a avaliação da QV começa a fazer parte da prática clínica, permitindo medir problemas que interferem no bem-estar e na vida dos utentes, sendo considerada uma medida efetiva para a avaliação terapêutica de utentes e de grupos de utentes (Anes e Ferreira, 2009).

O estudo da QV tem vindo a despertar interesse não só na sociedade em geral, como também na comunidade científica, surgindo cada vez mais estudos neste âmbito. Este termo QV de indivíduos e grupos sociais tem vindo a ser conceituado, compreendido e relacionado pelos pesquisadores a partir dos preceitos da ciência. Quando esta reflexão sobre este tema surge no âmbito académico, torna-se necessário considerar parâmetros rigorosos que permitam uma compreensão mais detalhada e precisa do conceito. Estes parâmetros incluem a delimitação de conceitos, a estrutura lógica de reflexão, a elaboração e o uso de instrumentos de medida adequados para comprovar ou refutar hipóteses básicas ou a possibilidade ou não de generalização de resultados (Santos e Simões, 2012).

2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAUDE

A QV, de acordo com Cramer e Spilker (1998) citado por Araújo e Araújo (2000), pode ser delimitada de duas formas: QV não relacionada à saúde e QVRS. A QV não relacionada à saúde inclui, segundo os mesmos autores, quatro domínios: interno pessoal; pessoal social; meio ambiente natural externo; e meio ambiente social externo. Cada um destes domínios subdivide-se em diferentes componentes que por sua vez dependem de fatores individuais. No que diz respeito à QVRS, esta representa a parte da QV ligada diretamente à saúde do indivíduo. Como referido anteriormente, existem fatores externos e internos que afetam a perceção, a função e a sensação de bem-estar de uma pessoa, como por exemplo, fatores do meio ambiente, que podem ter um grande impacto na QVRS de uma pessoa que sofre, por exemplo, de asma brônquica.

O termo QVRS tem vindo a ser utilizado frequentemente e refere-se à perceção que um indivíduo tem nas dimensões física, funcional, psicológica e social, influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravamentos (Minayo et al., 2000). “É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (Patrick & Erickson, 1993, citados por Pires, 2009).

“QVRS” (“*health-related quality of life*”) e “Estado subjetivo de saúde” (“*subjective health status*”) são conceitos afins, centrados numa avaliação subjetiva do utente, mas obrigatoriamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente (Flecket *al.*, 1999).

Cramer e Spilker (1998) e Rejeski *et al.* (1996) citado por Araújo e Araújo (2000) referem que a QVRS reflete os efeitos funcionais de uma doença e seu consequente tratamento sobre o utente, tal como é percebido pelo mesmo. A perceção que o utente manifesta passa pela sua autoavaliação sobre atributos, tais como, conforto resultante, sensação de bem-estar, capacidade de manter funções físicas emocionais e intelectuais razoáveis e nível de habilidade para participar em atividades com a família, no local de trabalho e na comunidade. No que diz respeito aos atributos, fica claro que a QVRS envolve a avaliação da função subjetiva pelo utente (Rejeski *et al.*, 1996 citado por Araújo e Araújo, 2000). A QVRS é agora bem aceite, como uma medida apropriada para o somatório do tratamento e eficácia em pesquisas clínicas.

Segundo Pimentel (2006), a QVRS traduz a forma como as pessoas percecionam a sua saúde, traduzindo o bem-estar subjetivo do indivíduo em vários domínios, nomeadamente:

- ✓ Estado funcional - capacidade de executar uma sequência de atividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se inclui geralmente o autocuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social;
- ✓ Domínio físico - doença e o tratamento, onde se inclui a dor e o mau funcionamento urinário, entre outros;
- ✓ Domínio psicológico - *stress* psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão;
- ✓ Domínio social - transtorno muito comum nos utentes crónicos. Neste incluem-se as relações com a família e o meio social mais alargado, bem como a frequência de participação em atividades sociais.

De acordo com Franchignoni e Sallaffi (2003), a QVRS é um constructo multidimensional e refere-se às perceções do indivíduo sobre o impacto da doença e do tratamento do ponto de vista físico, psicológico e social. Este termo difere do termo “QV”, no sentido em que especifica a perceção do indivíduo, a qual pode ser afetada por uma condição de saúde ou modificada por serviços de saúde e que não abrange outros domínios (rendimentos, ambiente e suporte social), que podem ser influenciados pela

doença, mas não são passíveis de mudança por profissionais de saúde (Guyatt, Feeny e Patrick, 1993; Guyatt, e Cook, 1994).

Neste sentido, surge uma preocupação crescente de avaliar a QV, mais concretamente a QVRS, isto é, a QV das pessoas que, por qualquer razão, estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde (Silva *et al.*, 2003).

2.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAUDE

A conceptualização dos constructos consentiu uma avaliação da QVRS em diferentes contextos, tendo surgindo inicialmente uma preocupação com a avaliação da saúde de pessoas com incapacidade, e a avaliação da sua funcionalidade. Ao longo do tempo, com as investigações nesta área, foi surgindo a necessidade de compreender e avaliar a QV, nomeadamente a QVRS da população em geral, no sentido da definição e melhoria das estratégias de promoção da saúde (Ravens-Sieberer, 2008 citado por Monteiro, 2011).

Assim, surge um esforço acrescido dos investigadores para compreenderem o conceito de QV e por sua vez da avaliação da QVRS, o que de acordo com Martins (2006), pode ser realizada através de indicadores objetivos ou subjetivos. O uso de indicadores objetivos, calculados através de dados quantitativos, de acordo com a autora, expressam o bem-estar social, mas não transmitem indicação de satisfação ou bem-estar individual subjetivo. Apesar destes indicadores serem úteis, surgiu a necessidade de recorrer a indicadores subjetivos, para a avaliação psicológica da QVRS.

A preocupação económica, segundo Silva (2003), surge como um dos motivos que está na origem da avaliação da QVRS. Deste modo, tem sido amplamente discutida a escassez de recursos de saúde, sendo que a QV tem vindo a ser considerada como um critério possível para a tomada de decisão no contexto dos cuidados de saúde. Os profissionais de saúde devem procurar escolher tratar os utentes que mais possam beneficiar, em termos de quantidade e qualidade dos anos de vida restantes, e dos recursos existentes. Esta perspetiva coloca graves problemas éticos, nomeadamente, relacionados com a dificuldade em estimar os anos de vida esperados para um doente, assim como, pela possível discriminação relacionada com a idade, sexo, raça, entre outros fatores e pelas preocupações economicistas subjacentes. Neste sentido, o que interessa é maximizar os benefícios dos escassos recursos existentes.

Em 2006, Santos refere que a avaliação da QVRS tem como objetivos, a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos utentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/utente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população. Na perspetiva de Pires (2009), a avaliação da QVRS deve incidir sobre quatro áreas que se sobrepõem e inter-relacionam, tais como:

- ✓ Competência comportamental – refere-se aos comportamentos que o indivíduo teve e tem relativamente à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo;
- ✓ Condições ambientais - dizem respeito aos atributos do meio físico que rodeiam o indivíduo;
- ✓ QV percebida - dimensão subjetiva que depende do julgamento do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e a sua competência comportamental;
- ✓ Bem-estar psicológico - reflete a avaliação pessoal sobre as três dimensões anteriores e depende da capacidade do indivíduo de se adaptar às perdas, à sua capacidade de recuperação de eventos que proporcionam stress (tais como a doença, morte de familiares, desemprego, violência física, entre outros), e da capacidade de encarar essas situações pelo lado positivo.

Ferreira, Ferreira e Baleiro (2008) desenvolveram um estudo cujo tema era “Qualidade de vida em doentes com artrite reumatoide”. Neste estudo pretendia-se investigar a capacidade que as medidas genéricas de QVRS (nomeadamente o SF-6D) tinham na distinção de grupos em termos de gravidade e de características sociodemográficas, aumentando deste modo a validação de tais medidas. Era ainda propósito deste estudo a comparação de ambas as medidas genéricas de QVRS (EQ-5D e SF-6D) com uma medida específica para artrite reumatoide, o AIMS2–SF (Arthritis Impact Measurement Scales2 – Short Form). Assim, os autores verificaram que as medidas de utilidade utilizadas neste estudo discriminaram adequadamente grupos de utentes com artrite reumatoide, de acordo com a gravidade da doença e grupos sociodemográficos. Os valores descritivos encontrados podem ser usados como uma aproximação aos valores normativos para o SF-6D em estudos clínicos e de avaliação económica, uma vez que incorporam as preferências dos utentes e traduzem a utilidade atribuída ao seu estado de saúde.

2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAUDE

Na última década, ocorreu uma proliferação de instrumentos de avaliação da QV e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos, com grande interesse em traduzi-los, no sentido de os aplicar noutras culturas (Fox-Rushby e Parker, 1995 citado por Fleck et al., 1999).

A escolha de um instrumento de medição, de acordo com Lohret *al.* (1996), deve ter em consideração alguns critérios, mais concretamente as suas propriedades psicométricas. Os atributos relacionados com a escolha do instrumento são: a fiabilidade; a validade; o poder de resposta; a interpretabilidade; a aplicabilidade; a possibilidade de uso de formas alternativas; e a capacidade de adaptação cultural e linguística.

Os instrumentos utilizados na avaliação da QV mais comuns são os questionários, em que as formas de administração mais frequentes são a auto-administração e a entrevista. Wu et al. (1997) verificou se existiam diferenças entre os resultados obtidos com instrumentos de avaliação da QV administrados pela entrevista e auto-administrados, em amostras de pessoas com HIV/AIDS (Human immuno deficiency vírus infection /acquiredimmune deficiency syndrome). Neste estudo verificaram-se diferenças não significativas entre as duas formas de aplicação. Contudo, observou-se que as respostas dadas por outros participantes (familiares ou pessoas próximas) mostraram diferenças relevantes se comparadas com os resultados dos próprios utentes, sendo que os familiares e amigos tiveram tendência para avaliar de modo menos favorável a QV dos sujeitos. A auto-administração foi evidenciada por eles como vantajosa, visto que além de requerer menos tempo, permite que a pessoa responda no seu ritmo, podendo voltar aos itens e refletir melhor sobre as suas respostas.

Algumas dificuldades têm sido sentidas na avaliação da QV, as quais limitam a sua inclusão na prática clínica, em grande parte devido à ausência de informação por parte das equipas de saúde acerca das diferentes possibilidades que existem hoje para a investigação da QV (Seidl e Zannon, 2004).

Contudo, a necessidade de se criarem instrumentos específicos levou à adaptação de questionários ou escalas construídas para situações específicas ou para situações genéricas, as quais são modificadas para se adequar à avaliação da QV em pessoas com outro tipo de situação. No estudo de Wu et al. (1997) foi utilizado o *Medical Outcome*

Study (MOS), o qual foi utilizado em diferentes situações de doença, e foi testado junto de pessoas seropositivas, passando a dominar-se de MOS-HIV, tornando-se específico para estes doentes.

As escalas genéricas podem ser usadas na população geral para avaliar uma larga faixa de domínios, de modo a permitir comparações entre as diferentes condições ou doenças. Como exemplos de escalas genéricas temos: Escala de Qualidade de Vida utilizada na Europa (do inglês, Euroqol), Escala de Qualidade do Bem-estar (QWBS – do inglês, Quality of Well-Being Scale), Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers, Perfil do Impacto da Doença (SIP – do inglês, Sickness Impact Profile), Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL – do inglês, The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument), Perfil de Saúde de Nottingham (NHP – do inglês, Nottingham Health Profile) e o Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36 – do inglês, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey). As escalas específicas salientam problemas específicos de uma determinada doença e são indicadas para um ensaio no qual uma intervenção específica é avaliada. Exemplos de escalas específicas: Escala Específica de Qualidade de Vida no AVC (SS-QOL – do inglês, Strokespecific of Quality of Life), Escala de Qualidade de Vida de Niemi, Entrevista de Satisfação de Vida de Viitanen, Instrumento de Qualidade de Vida para AVC Hemorrágico, Escala do Impacto do AVC versão 3.0 (SIS – do inglês, Stroke Impact Scale), e a Escala de Qualidade de Vida em pacientes com AVC e Afasia (SAQOL-39 – do inglês, Stroke and Aphasia Quality of Life Scale) (Oliveira e Orsini, 2009).

Para a realização do presente estudo, no que diz respeito à avaliação da QVRS, optou-se, pela aplicação do instrumento genérico: EQ-5D-5L.

O EQ-5D foi desenvolvido pelo Grupo EuroQol – um grupo multidisciplinar de investigadores – como um instrumento genérico para descrever e medir a QV possibilitando, assim, comparar estados de saúde entre países, incluindo Portugal (Kind, Hardman e Macran, 1999 e Kopec e Willison, 2003). Este instrumento é formado por um sistema descritivo, composto por cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão), cada uma delas com três níveis, o que permite gerar um total de 243 estados de saúde. É composta também por uma Visual Analogue Scale (EVA) que tem a aparência de um termómetro com valores que correspondem às perceções dos inquiridos sobre a sua QVRS e que permite aos indivíduos

classificarem a gravidade da sua doença. É pedido aos inquiridos que avaliem o seu estado de saúde atual numa escala de 0 a 100, semanticamente limitada pelo pior e pelo melhor estado de saúde imagináveis (Brooks, 1996).

Diferentes estudos na área da saúde estabelecem uma relação entre diversas práticas corporais, atividade física, exercício físico e prática desportiva, como fatores que são positivamente vinculados à melhoria da QV. Contudo, nem sempre existe uma clareza conceitual ou mesmo um delineamento preciso acerca das tais práticas e a sua relação com a QV (Santos e Simões, 2012).

CAPITULO III - EXERCÍCIO FÍSICO

Na área da educação física tem surgido alguma controvérsia histórica sobre dos conceitos de atividade física, exercício físico e desporto. No sentido de existir uma clarificação acerca desta temática é importante que estes conceitos sejam esclarecidos.

Em 1999 Shephard e Balady definiram “atividade física” como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que tenham como resultado um gasto energético, não sendo preocupação a magnitude desse gasto de energia. Os referidos autores diferenciam atividade física e exercício físico tendo em conta a intencionalidade do movimento, considerando que o exercício físico é um subgrupo das atividades físicas, que é planejado, estruturado e repetitivo, tendo como propósito a manutenção ou a otimização da condição física.

Os principais benefícios associados à prática de atividade física, de acordo com Matsudo e Matsudo (2000) são os aspetos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos antropométricos e neuromusculares surgem, segundo os autores, associados à diminuição da gordura corporal, ao desenvolvimento da força, da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade. Os efeitos metabólicos referidos pelos autores são o aumento do volume sistólico, o aumento da potência aeróbica, o aumento da ventilação pulmonar, a melhoria do perfil lipídico, a diminuição da pressão arterial, a melhoria da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo. No que diz respeito aos aspetos psicológicos, os mesmos autores afirmam que a atividade física promove uma melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, bem como uma diminuição do *stress*, da ansiedade e uma diminuição do consumo de medicamentos.

Alguns estudos acrescentam ainda aos benefícios já enumerados, que os exercícios habituais são benéficos para a saúde, promovendo uma melhoria na eficiência do metabolismo, fortalecimento do tecido conjuntivo, desenvolvimento da flexibilidade, melhoria da postura, da tensão muscular e da insónia, melhoria no humor, aumento da disposição física e mental, assim como, melhoria no funcionamento orgânico geral, proporcionando aptidão física para uma boa QV (Santarém, 1996).

De acordo com a *Health and Development Through Physical Activity and Sport* (2003), as vantagens da atividade física regular são:

- ✓ Reduzir o risco de morte prematura;
- ✓ Reduzir o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;
- ✓ Reduzir o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo II;
- ✓ Ajudar a prevenir/reduzir a hipertensão, que afeta 1/5 da população adulta mundial;
- ✓ Ajudar a controlar o peso e diminuir o risco de ficar obeso;
- ✓ Ajudar a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- ✓ Reduzir o risco de desenvolver dores lombares e dores nos joelhos;
- ✓ Ajudar o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- ✓ Promover o bem-estar psicológico e reduzir o stress, ansiedade e depressão;
- ✓ Ajudar a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, toxicofilias, alimentação não saudável e violência), especialmente em crianças e adolescentes.

A prática da atividade física, segundo Guedes e Guedes (1995), influencia e é influenciada pelos índices de aptidão física, as quais determinam e são determinados pelo estado de saúde.

No que diz respeito ao exercício físico, Bouchard, Shepard, Stephens et *al.* (1988) citado por Lourenço (2002) este é definido como todo o movimento planeado, estruturado e repetido, realizado com intenção de desenvolver ou manter a aptidão física.

A prática do exercício físico é uma alternativa terapêutica que pode contribuir de alguma forma para o tratamento e melhoria da QV de muitos portadores de doenças crônicas, promoção de saúde e prevenção de doenças. O exercício físico leve/moderado segundo Zanata, Navarro e Greatti (2014) apresenta melhor eficácia na redução da gordura corporal bem como, no controle da glicemia, colesterol, melhoria da frequência cardíaca, entre outros benefícios quer em utentes saudáveis quer portadores de doenças. Este é o mais importante aliado dos seres humanos para a saúde. Estes autores defendem a importância do exercício físico independentemente da modalidade. Estes ressaltam a importância dos exercícios aeróbios que representam intensidade baixa e moderada, os quais podem ser mantidos por um período maior de execução. A frequência deve ser no

mínimo de três vezes por semana, para se obter benefícios concretos devendo ser realizados preferencialmente exercícios aeróbios acima de 30 minutos, assim como, caminhadas, corridas leves e natação. Estes defende ainda que as três fases durante o decorrer das atividades, devem ser: fase 1, onde o glicogênio muscular é utilizado para fornecimento de energia para realização da atividade; fase 2, onde a glicogênio passa a ser degradado pelos processos de gliconeogénese e glicogenólise para fornecer a glicose necessária á realização do exercício; e fase 3 onde após 30 – 40 minutos de exercício leve/moderado passa a haver crescente participação de lípidos com o processo de formação de energia através da lipólise (degradação de moléculas de gordura em ácidos gordos livres). Desta forma, o glicogênio muscular serve apenas como fonte limitada de energia durante os minutos iniciais de atividade, pois está diretamente disponível no tecido contrátil, e não depende da resposta circulatória para sua mobilização. Após os minutos iniciais, o organismo começa a utilizar outras fontes de energia, tais como, glicose e ácidos gordos, esses englobam outros processos de formação de energia, sendo essa energia mais duradoura, porém dependente da circulação para chegar ao tecido contrátil alvo (Zinman e Vranic, 1985 citado por Zanata, Navarro e Greatti, 2014).

Mendes (2013) realizou um estudo em que pretendia caracterizar a prática de exercício físico e os níveis de atividade física habitual de doentes com diabetes tipo 2, assim como, analisar a influência da prática de exercício e de alguns fatores sociodemográficos como a idade, género, meio habitacional e situação profissional na atividade física habitual e nas suas componentes, através do IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Neste verificou-se uma prevalência de prática de exercício regular de 40.59% e apenas 2.44% dos praticantes referiram praticar uma combinação de exercício aeróbio e exercício resistido. Relativamente à avaliação dos níveis de atividade física habitual, 34.65% apresentaram um nível baixo, 43.56% um nível moderado e 21.78% um nível elevado. Não foram identificadas diferenças significativas na atividade física habitual entre praticantes e não praticantes de exercício. Foi observada uma correlação negativa e significativa entre a idade e a atividade física habitual e entre a idade e a atividade física vida diária. Identificaram-se também diferenças significativas na atividade física habitual entre habitantes do meio rural e habitantes do meio urbano e diferenças significativas na atividade física habitual e na atividade física vida diária entre indivíduos profissionalmente ativos e não ativos.

No que diz respeito ao conceito de desporto, entende-se como toda a atividade desportiva praticada de forma regular, perfeitamente planificada e com vista à obtenção dos melhores resultados (Bouchard, Shepard, Stephens et *al.*, 1988 citado por Lourenço, 2002).

Após a reflexão acerca destes três conceitos verifica-se que um único conceito pode ter amplitudes diferentes, ou seja, ao estudar um conceito particularmente, torna-se importante determinar qual a abrangência da sua abordagem (Santos e Simões, 2012). Estes autores referem ainda que os termos atividade física, exercício físico ou desporto não são permutáveis, isto é, não podem ser adquiridos como sinónimos. É pertinente compreender que todo o exercício físico é atividade física, mas nem toda atividade física é exercício físico, o que também se pode aplicar em várias circunstâncias ao desporto.

Os indivíduos na sua grande maioria quando iniciam a prática de exercício num determinado ginásio, fazem-no com determinados objetivos de frequência e participação (adesão), o que passado algumas semanas, ou mesmo dias, esses mesmos objetivos são reformulados, e na sua grande maioria, num sentido desajustado à obtenção dos benefícios, quer físicos, quer psicológicos, que uma prática regular proporciona aos praticantes (Moutão, 2005).

Neste sentido, conhecer os motivos que levam as pessoas à prática de atividade física também é algo importante, permitindo aos profissionais adequar os programas de atividade física às expectativas dos praticantes, aumentando desta forma a sua satisfação e conseqüente permanência. Os estudos neste âmbito evidenciam que os motivos para a prática de exercício físico podem ser diversos e distintos dos da prática de atividade física. Contudo, torna-se importante conhecer quais são os principais motivos que levam as pessoas a praticar atividade desportiva. Os estudos não divergem muito nos principais motivos da prática apontando a saúde e a condição física como os principais motivos (Ascensão, 2012).

Um dos instrumentos utilizado especificamente para fazer esta avaliação é a EMI-2 (The Exercise Motivations Inventory- 2), versão Portuguesa. Da aplicação deste questionário destacam-se os motivos mais e menos importantes. A manutenção da saúde, revitalização, manutenção e agilidade são os fatores evidenciados como mais importantes e, por outro lado, os fatores de reconhecimento social, pressão saúde e competição são os menos importantes (Moutão, 2005).

Este instrumento foi utilizado no estudo desenvolvido por Lourenço em 2002, cujo tema era “Motivações para a adesão ao exercício físico regular em populações especiais”, em que o autor pretendeu conhecer os principais fatores motivacionais que conduzem os hipertensos a praticar exercício físico. Este estudo foi realizado com 48 sujeitos hipertensos de ambos os géneros, dos 19 aos 81 anos. Neste estudo verificou-se que os fatores motivacionais mais importantes para a aderência ao exercício físico regular, em hipertensos são: para se Manterem Saudáveis; para evitarem Doenças; pela sensação de Revitalização; para melhorarem a Agilidade e para gerirem o "Stress". Por outro lado, o Reconhecimento Social; Competição; Afiliação; Desafio e Aparência, foram apontados como sendo os menos importantes. Por sua vez, os normotensos apresentaram como fatores mais importantes: para se Manterem Saudáveis; pela sensação de Revitalização; para evitarem Doenças; o Prazer; para melhorarem a Agilidade e desenvolverem a Força e Resistência. Como menos importantes, indicaram: o Reconhecimento Social; Competição e a Saúde.

Em 2012, Guedes, Legnani e Legnani, realizaram um estudo acerca dos “Motivos para a prática de exercício físico em universitários e fatores associados”. Este tinha como objetivo identificar os motivos para a prática de exercício físico em universitários de acordo com sexo, idade e condição económica. Amostra foi constituída por 2380 sujeitos (1213 raparigas e 1167 rapazes), com idades entre 18 e 35 anos. Este estudo revelou que os rapazes reportaram oferecer significativamente maior importância para prática de exercício físico em motivos identificados com Condição Física e Competição, e as raparigas com Controle de Peso Corporal e Aparência Física. Motivos relacionados à Prevenção de Doenças, ao Controle de Peso Corporal e à Reabilitação de Saúde aumentaram significativamente com a idade. Motivos associados ao Controle de Peso Corporal e à Aparência Física receberam importância significativamente maior pelos universitários mais privilegiados economicamente.

Neste sentido, o exercício físico segundo Martins, Mello e Tufik (2001) tornou-se uma concordância no que diz respeito à promoção da saúde e melhoria da QV, diminuindo os riscos de desenvolvimento de doenças crónicas e revelando-se um fator chave para aumentar a longevidade. Guedes e Guedes (1995) também afirmam que a prática de exercício físico habitual, além de promover a saúde, influencia a reabilitação de

determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbidade e da mortalidade.

Tal como já referido, a OMS define a QV como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida no seu contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, assim como, preocupações. Neste sentido, o exercício físico contribui como fator de prevenção, uma vez que a sua prática regular e devidamente prescrita apresenta uma relação direta com a diminuição dos fatores de riscos no desenvolvimento de várias doenças (Mota e Pimenta, 2002).

Para se ajustar um treino adequado a um indivíduo saudável é necessário ter total conhecimento sobre os pilares do treino, assim como, dos princípios científicos do treino, sendo estes a base para qualquer *personal trainer* ou profissional que trabalhe com atletas de alta competição ou apenas indivíduos que queiram melhorar a sua condição física ou de saúde (Zanata, Navarro e Greatti, 2014).

Pesquisadores distintos na área do exercício físico, educação física e de medicina do exercício e do desporto, através dos métodos de pesquisa epidemiológica, já evidenciaram que quer a inatividade física quer a baixa aptidão física são prejudiciais para a saúde (Blair et al., 1995).

Recentemente a relação exercício físico e saúde tem vindo a ser substituída pelo enfoque da QV. Vários estudos referem uma relação positiva estabelecida entre exercício físico e melhores padrões de QV (Martínez et al., 2011).

O termo “qualidade”, de acordo com Araújo e Araújo (2000), para o senso comum pode ter um significado de uma coisa boa, contudo se verificarmos a definição expressa no dicionário da Língua Portuguesa (2013-2016) certificamos que se trata de uma propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhe determinar a sua natureza. Esse atributo ou condição pode ser positivo ou negativo. Quando falamos na relação entre o exercício físico e a QV, precisamos estar conscientes de que essa relação pode ser negativa, seja pela ausência de resultados positivos para a saúde, seja pela ausência de exercício físico ou também por efeitos nocivos que o exercício físico pode causar à saúde e consequentemente à QV do cidadão). O mesmo autor refere que quando colocamos os efeitos do exercício físico, que é adequadamente realizado, como um fator indispensável para a melhoria na QV do indivíduo, partimos do pressuposto que uma pessoa inativa e sedentária não revela boa

QV. No entanto, a classificação de uma QV boa ou má está diretamente relacionada com a maneira como indivíduo entende o sentido da vida.

A inclusão do exercício físico, de acordo com Giannuzzi et al. (2003) e Balady et al. (2007) por ser planeada, estruturada e repetitiva, em que os movimentos corporais são efetuados com o intuito de melhorar ou manter uma ou mais componentes da condição física, é recomendada pela comunidade científica como um bom meio de preservar o bem-estar físico, psíquico e social.

Bocalini, Santos e Serra (2008) num estudo que realizaram acerca do “*Physical exercise improves the functional capacity and quality of life in patients with heart failure*”, em que o objetivo era investigar os efeitos do exercício físico sobre a capacidade funcional e a QV em utentes com insuficiência cardíaca verificaram que o exercício físico guiado e monitorizado é seguro e tem potencial para melhorar a capacidade funcional e a QV em utentes com insuficiência cardíaca com múltiplas etiologias.

No estudo desenvolvido por Fernandes et al. (2009) sobre o tema “A influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos” cujo objetivo foi investigar os níveis da atividade física de adultos em idade avançada e a sua influência nos domínios da satisfação com a vida, auto-estima e crescimento pessoal, concluiu-se que existem níveis superiores de satisfação com a vida, auto-estima e crescimento pessoal, sendo esse efeito superior nos idosos que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada durante cinco ou mais dias da semana.

Por sua vez, Correia et al. (2010) subordinado ao tema “Influência do exercício físico aeróbico na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos diabéticos” procurou correlacionar a prática de exercício físico à funcionalidade e QV de idosos diabéticos sedentários e praticantes de exercício físico. Neste estudo, observou-se uma correlação forte entre a prática de exercício físico, QV e a funcionalidade. Idosos diabéticos praticantes de exercício físico possuem níveis de QV e de capacidade funcional superiores aos dos idosos que não praticam exercício físico, resultando em maior independência na realização das AVD’s (Atividades de Vida Diárias) e na autonomia funcional.

Em 2011 Martínez et al. realizaram um estudo cujo tema era “Associação entre exercício físico e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise”, com o objetivo de avaliar a associação entre exercício físico e QV de uma amostra de utentes em hemodiálise. Este estudo apresentou uma amostra de utentes renais crónicos com perfil semelhante para as

características idade, hemoglobinemias, tempo de hemodiálise, etiologia da doença renal crónica e renda familiar, e verificou que aqueles que praticavam exercício físico regular apresentaram melhor QV, que foi significativa em alguns domínios, quer da componente física como mental. Contudo, conclui-se que estes aspetos não são suficientes para defender que a melhor QV tenha sido consequência ou tenha sido causa da prática de exercício físico.

Tairova e Lorenzi (2011) num estudo que realizaram acerca da “Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle” em que pretendiam avaliar a influência de atividade física na QV e sintomas referidos por um grupo de mulheres pós-menopáusicas, concluíram que a atividade física regular de intensidade leve a moderada e a renda familiar *per capita* influenciavam positivamente a QV e a intensidade da sintomatologia climatérica.

Santos e Simões (2012) realizaram um estudo sobre a “Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspetivas”, onde procuraram analisar alguns fatores que compõem o conceito de QV e atividade física, sendo a questão inicial deste estudo: um indivíduo que tem um grande gasto energético diário relacionado a muitas tarefas, incluindo atividades domésticas, de trabalho, de lazer, de transporte entre outras, tem melhor perceção em relação ao seu bem-estar emocional? No que diz respeito ao exercício físico, observou-se a melhoria da perceção dos indivíduos relativamente ao bem-estar físico, social e emocional. No entanto, ainda é essencial verificar qual o tempo necessário de adesão ao exercício físico, para que surjam essas mudanças. Também se tornou intrigante neste estudo o facto de que, apesar das comparações acerca do bem-estar físico, social e emocional, quais seriam os motivos que levavam os indivíduos a abandonarem a prática de exercício físico com tanta frequência. Neste sentido, é necessário investigar as razões pelas quais o exercício físico não se torna um hábito na vida das pessoas, uma vez que essa prática eleva a perceção de vários fatores que integram os componentes de QV.

Num estudo recente, sobre “Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida” de acordo com Macedo et al. (2012), demonstrou-se que ocorreu melhoria significativa na QV em ambos os géneros praticantes de exercício físico, quando comparados com indivíduos sedentários.

Noutro estudo realizado por Tavares et al. (2013) sobre “O efeito de um programa de exercício físico na qualidade de vida em doentes cardíacos”, em que pretendiam analisar

e comparar os resultados da aplicação do exercício físico supervisionado, no programa de reabilitação cardíaca, em fase de ambulatório precoce, com os dados obtidos pelos utentes sujeitos apenas ao tratamento convencional, assim como, avaliar a QV geral e a função emocional, física e social relacionada com a doença cardíaca, concluíram que o exercício físico supervisionado realizado na comunidade logo após a alta hospitalar, com uma intensidade pelo menos moderada, potencia a QV em doentes cardíacos.

Em 2014, Caputo e Costa desenvolveram um estudo sobre “Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose” em que o seu objetivo era realizar uma revisão sobre a associação entre exercício físico e a QV, nos campos psicológico e físico, de mulheres portadoras de osteoporose que se encontram na fase de pós-menopausa. Concluiu-se neste estudo que a intervenção com o exercício físico demonstrou ser fundamental para o aprimoramento da QV de mulheres na pós-menopausa que sofrem de osteoporose. Exercícios que têm por objetivo o aperfeiçoamento da força e do equilíbrio são essenciais para evitar a ocorrência de quedas e, conseqüentemente, reduzir a incidência de fraturas nessa população.

3.1. BARREIRAS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Acredita-se que os hábitos e as opções que definem o estilo de vida de um indivíduo são definidos e consolidados, em grande parte, antes da vida adulta, sendo os fatores que contribuem para aquisição de determinados comportamentos decorrentes do ambiente físico e social em que se vive (Nahas, 2003 citado por Copetti, Neutzling e Silva, 2010). Mais do que o indivíduo se sentir ativo ao longo da vida é importante que este realize uma atividade que lhe promova prazer (Ascensão, 2012).

As vantagens que decorrem da prática regular da atividade física são inúmeras, desde os benefícios cardiovasculares, até aos psicológicos, sociais e afetivos, os quais também integram o conceito de saúde holística (Moutão, 2005). Contudo, apesar dos benefícios da prática de atividade física, esta também pode acarretar risco e/ou inconvenientes como refere Barata (2003) citado por Moutão (2005), os quais estão relacionados essencialmente com três aspetos: o tipo de atividade que praticam; o contexto clínico e grupo etário em que se encontra o indivíduo, e essencialmente, a intensidade da atividade física praticada.

Um estilo de vida fisicamente ativo pode ser determinado por características demográficas, conhecimento, atitudes e crenças sobre exercícios físicos, assim como, fatores ambientais Sallis (1999) citado por Ascensão (2012). Copetti, Neutzling e Silva (2010) acrescenta ainda que a prática de atividade física está relacionada a variáveis pessoais e ambientais. As variáveis pessoais podem ser divididas em biológicas (idade, sexo e obesidade), psicológicas (conhecimento, atitude, superar barreiras, tipo de personalidade, intenção, stress percebido, medo de obesidade) e ambientais (apoio dos pais e amigos, acesso a programas de atividade física, tempo que passa fora de casa, tipo de atividade desenvolvida nos fins de semana). Esses determinantes, em algumas situações, podem ser facilitadores do comportamento ativo, noutras podem ser percebidas como barreiras à prática de atividades físicas (Sallis, 1995 e 1999 citado por Copetti, Neutzling e Silva, 2010).

A identificação dos fatores determinantes da atividade física, de acordo com Sallis *et al.* (2000) e Sallis (1999) citado por Salvador (2016) permite descobrir os mecanismos através dos quais o comportamento é controlado ou modificável, de forma a se estabelecerem os programas de intervenção. Para além das habilidades motoras, o prazer e o sucesso na participação em atividade física poderão promover e motivar esta prática. As barreiras, de acordo com Dishman citado por Moutão (2005), representam fatores isolados que estão respetivamente negativa ou positivamente relacionados com a adesão e manutenção da atividade física. Reconhecer as barreiras/ determinantes revela uma grande importância, uma vez que permite a mobilização de recursos adequados às necessidades específicas de grupos ou segmentos de população, levando ao aumento da eficácia dos programas. As barreiras podem ser objetivas ou subjetivas. Se estas forem objetivas, é necessário modificar o ambiente social e físico. Se são subjetivas, devem ser adotadas estratégias de intervenção que ajudem a eliminar crenças ou pensamentos negativos, ou pelo menos, tentar torná-los menos frequentes e influentes nas tomadas de decisão individual (Moutão, 2005).

A perceção do indivíduo das barreiras, segundo os autores supracitados, varia conforme o estadio de mudança de comportamentos em que este se encontra. Uma das características desta fase é a falta de informação do indivíduo acerca do exercício físico. Estes estadios podem ser divididos em duas fases: os “contempladores” e aqueles que estão em fase de ação e manutenção. A grande diferença entre eles é a perceção das

barreiras. Os que se encontram em fase de ação e manutenção tem menos percepção das barreiras ou considera-as insignificantes, sendo desta forma, a prática de atividade física mais constante e/ou regular.

Fatores internos (características individuais, menor prioridade para a atividade física, e envolvimento com atividades relacionadas à tecnologia), assim como, fatores externos (influência de alguém ou da família, falta de tempo, inacessibilidade e facilidades de custo) são consideradas barreiras para a atividade física (Allison et *al.* citado por Santos et *al.*, 2010).

Uma outra barreira que condiciona a prática de atividade física, segundo Teixeira et *al.* (2012) é a falta de motivação. Esta é um fator crítico no apoio à atividade física sustentada, que por sua vez se encontra associada a resultados importantes de saúde. A falta de motivação pode, por sua vez, ser amplamente explicada por dois fatores, nomeadamente: os indivíduos podem não ser suficientemente interessados em atividade física, ou o valor dos seus resultados não ser suficiente para torná-la uma prioridade nas suas vidas. Muitos indivíduos experimentam competir entre as exigências do dia-a-dia sobre o tempo de educação, carreira e obrigações familiares, possivelmente em detrimento do tempo e recursos que poderiam ser investidos em atividade física regular; alguns podem não se sentir suficientemente competentes na realização de atividades físicas, não se sentindo fisicamente aptos ou qualificados para as exercer, por vezes, ainda, por limitações de saúde que também constituem uma barreira para a atividade física.

Reichert em 2004 evidência que existem diferentes fatores que afetam a participação em atividades físicas. Características demográficas, conhecimento, atitudes e crenças sobre exercício físico, tal como, fatores ambientais e hábitos familiares podem determinar um estilo de vida fisicamente ativo.

Santos et *al.* (2010) num estudo que realizaram acerca das “Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais” em que o objetivo era identificar as barreiras para a prática de atividade física em adolescentes, verificaram que os principais motivos relatados pelos jovens para a falta de atividade física foram: a falta de suporte dos amigos/família; falta de segurança; baixa prioridade para a atividade física; falta de tempo; falta de acesso e custo; baixa auto-eficácia; prioridade com os estudos; preferência em assistir televisão; utilizar computador e internet; jogar consola; conversar

em *chats* e ao telefone. Neste estudo verificou-se que ambos os géneros percebem as barreiras para a atividade física de maneira distinta, sendo os fatores “psicológicos, cognitivos e emocionais” e “culturais e sociais” mais relevantes. Para os meninos, as barreiras mais descritas foram a preguiça, a falta de companhia e a falta de tempo. Para as meninas, as mais importantes foram a preguiça, a falta de companhia e a ocupação.

Apesar da perceção das barreiras ser influenciada por fatores como idade, nível socioeconómico, sexo, tempo disponível, crenças pessoais, auto-conceito, disponibilidade de recursos financeiros, materiais e ambientais (Oman, 1998 citado por Copetti, Neutzling e Silva, 2010), é importante procurar compreender o comportamento humano relacionando à atividade física e seus fatores determinantes de forma cada vez mais específica, o de planear e implementar estratégias de intervenção, cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamentos inadequados (Copetti, Neutzling e Silva, 2010).

3.2. PORTUGAL E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Em Portugal ainda é de reduzida importância a participação em atividades físico-desportivas. Marivoet (2000) desenvolveu alguns estudos referentes a 1988 e 1998, acerca desta temática, os quais indicam que a prática desportiva na sociedade portuguesa é baixa, cerca de 23% e apenas cerca de 4% dos não participantes demonstraram interesse em iniciar a prática desportiva num futuro próximo.

Em 1997, de 15 países da União Europeia (Varo, *etal.*, 2003) a população portuguesa era a que apresentava prevalência mais alta de sedentarismo (87,8%). Com base na mesma amostra Europeia, (Vaz de Almeida *et al.*, 1999) foi descrito que a participação em qualquer tipo de atividade física decresce significativamente com o aumento do IMC. Paralelamente a esta situação encontra-se a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na população portuguesa (Marques-Vida e Dias, 2005).

Os indicadores que apontam para a existência de uma elevada prevalência de sedentarismo em Portugal são diversos. Na Europa, numa recente avaliação epidemiológica, estima-se que 87,8% dos Portugueses são sedentários, inserindo-se Portugal no conjunto dos países do Sul da Europa com mais elevadas taxas de sedentarismo (Teixeira, Sardinha, Barata, 2008).

O sexo, a idade, a escolaridade, a ocupação e estado civil são características sociodemográficas que parecem ser fatores determinantes de um estilo de vida sedentário

(Elizondo-Armendariz, Grima, Aguinaga, 2005). O sedentarismo tem sido identificado como o quarto fator de risco principal para a mortalidade global causando uma estimativa de 3,2 milhões de mortes a nível mundial (WHO, 2009).

Num estudo suplementar sobre a saúde (estado de saúde e comportamentos relacionados com a saúde), os resultados do Eurobarómetro 58.2 (*Special Eurobarometer Wave 58.2*) (Sjöström, et al., 2006), com dados de aproximadamente 1000 pessoas com mais de 15 anos em cada um dos 15 Estados-membros da União Europeia, os quais foram recolhidos em 2002 através do questionário IPAQ, considerando a média conjunta de homens e mulheres, demonstraram que:

- ✓ Entre os países-membros, a prevalência de uma prática suficiente de atividade física foi de 31,3%, a qual variou entre 44,2% na Holanda e 22,9% na Suécia;
- ✓ A população adulta era insuficientemente ativa numa perspetiva de saúde;
- ✓ Dos sete países mais ativos, Holanda (44,2%), Alemanha (40,2%), Grécia (37,0%), Luxemburgo (36,3%), Dinamarca (34,1%), Portugal (33,1%) e Finlândia (32,5%) cinco deles demonstraram uma prevalência elevada do tempo passado na posição sentada, com exceção da Grécia (36,5%) e de Portugal (23,5%). Destes, Portugal foi o país da União Europeia com menor prevalência do tempo naquela posição;
- ✓ A prevalência de sedentarismo revelou, de um modo geral, um reflexo da prática insuficiente de atividade física, com os sete países mais ativos, à exceção da Grécia, que revela níveis de sedentarismo mais baixos (< 30%).

Por sua vez, no estudo publicado por Martínez-González et al. em 2001, foi evidência do que os países do Norte da Europa são os mais ativos comparativamente aos do Sul, com Portugal a demonstrar uma prevalência de atividade física mais baixa (40,7%), e a Finlândia com a prevalência mais elevada (91,9%).

Moutão (2005) reforça esta ideia, referindo que a participação desportiva portuguesa comparada com a de outros países da União Europeia, revela que Portugal é dos países que tem piores índices de prática de atividade física, quer a nível masculino quer feminino.

Contudo, os dados de 2009 revelam que a percentagem de portugueses que afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente» (pelo menos 5 vezes por semana) – 9% - corresponde exatamente à média europeia e que 33% dos portugueses

praticam desporto pelo menos uma vez por semana («Regularmente» e «Com alguma regularidade»). Porém, os homens praticam mais desporto e fazem mais exercício físico do que as mulheres, sendo esta disparidade particularmente nítida na faixa etária dos 15 aos 24 anos. Enquanto 24% dos homens afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente», apenas 7% das mulheres o faz (Santos et al., 2010).

Apesar da taxa de participação desportiva em Portugal se ter mantido constante, verificou-se um ligeiro crescimento de 2% na prática desportiva federada, associado a um igual decréscimo da prática desportiva no âmbito do lazer. Estes resultados podem estar associados às políticas desportivas promovidas nesse período de tempo que reforçam o apoio ao desporto, principalmente, de alta competição, não existindo uma política de promoção do “desporto para todos” (Marivoet e Malveiro, 1999).

No que diz respeito ao desporto e atividade física, os portugueses aproximam-se da média europeia, sendo de assinalar uma notória e positiva evolução em diversos parâmetros face ao inquérito realizado em 2004. Se em 2004, 66% dos portugueses referiram «Nunca» fazer exercício físico ou praticar desporto, em 2009, essa percentagem reduziu para 55%, isto é, um decréscimo de 17 pontos percentuais (Santos et al., 2010).

Os mesmos autores acrescentam ainda que são mais os portugueses que afirmaram fazer algum tipo de exercício - marcha, corrida, andar de bicicleta, por exemplo, do que os que afirmaram praticar um desporto ou fazer exercício físico de um modo organizado («Com alguma regularidade» - 31% dos portugueses, valor que se aproxima da média europeia - 38%). Contudo, 36% dos portugueses afirmaram «Nunca» realizar qualquer tipo de atividade física e 15% indicaram que o fazem «Raramente».

Apesar destes resultados, esta é uma situação que se tornam preocupante, uma vez que a falta da prática de exercício físico têm sido relacionada com todas as causas de mortalidade e conduz a um maior risco de doenças crónicas incluindo obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca coronária, osteoporose, fraturas, cancro do cólon, da mama, da próstata, transtornos psiquiátricos, um risco mais elevado de hospitalização e consequentemente a uma diminuição da QV (Varo et al., 2003; Dewulf et al., 2012).

Contudo, a prática de exercício em ginásios e *health clubs* conheceu um grande desenvolvimento desde os tempos em que Kenneth Cooper, nos finais da década de sessenta, propôs a utilização do exercício aeróbio como forma de melhorar a condição física. Nesta fase, os ginásios eram locais frequentados por um público jovem e saudável

virado para o “culto” do corpo, sob o lema *"No pain, no gain"*. Mais recentemente, a indústria do fitness tem evoluído ao encontro do “*wellness*” (bem-estar) que se reflete no surgimento de novas modalidades (ex: Pilatos ou Yoga) e serviços personalizados, tais como, avaliação física, treino personalizado, entre outros (Moutão, 2005).

Deste modo, atualmente a “indústria do fitness” é um fenómeno sócio-cultural que se difundiu a nível mundial associado ao interesse manifestado por inúmeros profissionais ligados às áreas da fisiologia, biomecânica, nutrição, atividade física, entre outros, e à participação de entidades como a Internacional *Dance & Exercise Alliance* (IDEA), a *American Fitness & Aerobics Association* (AFAA), o *American Council on Exercise* (ACE), o *American College of Sports Medicine*, entre outras. (Franco e Santos, 1999).

A grande maioria dos estudos que existem aborda a importância do exercício físico na QV das pessoas com algum problema de saúde. Neste sentido, surgiu a necessidade de estudar a importância do exercício físico na QV em adultos.

PARTE II
- METODOLOGIA -

Com a revisão da literatura, na qual foram clarificados os conceitos teóricos e práticos respeitantes ao problema de investigação colocado e tendo sido delimitada a área específica a estudar, inicia-se outra etapa: a descrição da metodologia utilizada.

CAPITULO IV – CONSTRUTO METODOLÓGICO

O presente capítulo inicia-se com o problema em estudo, os objetivos da investigação, o tipo de estudo, hipóteses de investigação, as características da amostra estudada, as variáveis do estudo, a colheita de dados, as considerações éticas e, por último, o tratamento estatístico.

Na seleção do método de investigação devem ser sempre considerados determinados elementos: a natureza da investigação, a orientação pessoal do investigador, assim como, as suas preferências. Sabendo que os métodos de investigação quantitativa e qualitativa têm por finalidade obter respostas acerca de fenómenos ou situações, é necessário saber qual a maneira mais adequada para obter estas respostas (Fortin, 2009).

4.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação incide primeiro numa questão geral, seguida de uma questão precisa, que está diretamente relacionada com o problema de investigação, sendo que esta é uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação (Diers citado por Fortin, 2009).

A problemática em estudo teve o seu início nas inquietudes percebidas face ao facto de Portugal ser dos países da Europa que apresenta taxas mais elevadas de sedentarismo. A inatividade física é uma realidade em Portugal que precisa de ser combatida. De acordo com o relatório divulgado pelo observatório Global da Atividade Física, quatro dos países mais ativos estão concentrados no sul e sudoeste da Ásia e cinco dos países menos ativos estão localizados na Europa, sendo que em Portugal 65% dos homens e mulheres são fisicamente ativos.

Neste sentido, torna-se importante perceber quais os fatores pessoais e do exercício físico preditivos da QVRS do adulto.

4.2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O objetivo de um estudo de investigação, de acordo com Fortin (2003), evidencia a razão da investigação. Este deve ser afirmativo determinando a orientação da investigação, tendo por base o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

Neste sentido, de acordo com o tipo de estudo a ser realizado, este tem como objetivo geral: identificar os fatores pessoais e do exercício físico preditivos de alterações na QVRS do adulto. Como objetivos específicos, temos: Avaliar a QVRS/estado de saúde percebido pelos sócios do ginásio *Phive Health & Fitness Centers*, bem como identificar quais as características pessoais, como o sexo, idade, estado civil, níveis de escolaridade e estatuto socioprofissional que explicam variações no estado de saúde/QVRS, assim como, identificar a influência das características, como diversidade de modalidades que pratica, índice de massa gorda, frequência semanal do ginásio, mais anos a frequentar o ginásio e maior atividade física na QVRS do adulto.

Como critérios de inclusão foram definidos: todas as pessoas que praticam exercício físico há mais de um mês, que são capazes de responder autonomamente ao questionário e que aceitem participar no estudo.

Para além dos decorrentes dos critérios de inclusão não serão definidos outros critérios de exclusão.

4.3. TIPO DE ESTUDO

Em investigação quantitativa o que se pretende é obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares, como por exemplo os estudos em que o objetivo é verificar a eficácia de intervenções de cuidados junto de doentes com problemas de saúde (Fortin, 2009).

A investigação quantitativa comporta vários tipos de investigação, sendo que aqui será definido um estudo transversal e preditivo porque é aquele que coincide com os objetivos que se pretende alcançar.

4.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1:

- Prevê-se estados de saúde com pontuações elevadas obtidas pelo ED-5D-5L;

Hipótese 2:

• Prevê-se que indivíduos do sexo masculino, com menor faixa etária, casados, com níveis de escolaridade mais elevada e estatuto socioprofissional com maiores níveis de qualificação, com menor índice de massa corporal e menos índice de massa gorda expliquem estados de saúde mais favoráveis;

Hipótese 3:

• Prevê-se que indivíduos com maior frequência semanal no ginásio, a frequentar o ginásio há mais anos, a praticar maior diversidade de modalidades, com maior perceção da sua saúde, com maior motivação para o exercício físico e com maior atividade física expliquem maior QVRS do adulto.

4.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009), uma população é o conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A sua definição tem como objetivo delimitar com precisão o tema de estudo e assim recolher dados junto de pessoas ou grupo homogéneos. Deste modo, a população deste estudo é constituída pelas pessoas que praticam exercício físico.

No que diz respeito a este estudo, a população alvo é constituída por todas as pessoas que praticam exercício físico no ginásio *Phive Health & Fitness Centers*.

A amostra do presente estudo foi constituída pelas pessoas que praticam exercício físico no ginásio *Phive Health & Fitness Centers* na cidade de Coimbra no período de Setembro de 2016 a Maio de 2017.

Para a constituição da amostra optou-se por uma amostragem não probabilística. O tipo de amostragem utilizado foi o acidental, uma vez que, a amostra foi formada por um grupo de sujeitos de fácil acesso e que estiveram no momento do estudo no *Phive Health & Fitness Centers*.

A amostra foi assim constituída por 406 pessoas.

4.6. VARIÁVEIS

1.6.1. Variável dependente

A variável dependente é considerada aquela que sofre um efeito sobre a variável independente (Fortin, 2009). Assim, neste estudo a variável dependente é a QVRS do adulto. De acordo com Praça (2012) a QVRS é considerada um conceito específico do sistema de cuidados de saúde. Este pode ser percebido de uma forma geral para todo o sistema ou de acordo com cada uma das doenças ou na população saudável.

1.6.2. Variável Independente

A variável independente segundo Fortin (2009) é considerada um elemento que é introduzido e manipulado numa investigação, procurando exercer um efeito sobre outra variável. Neste estudo definimos como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão, a frequência do ginásio, o número de vezes que frequenta o ginásio por semana, as modalidades que pratica, o índice de massa corporal (IMC), o índice de massa gorda (IMG), o EPM (Escala de Perceção de Melhoria), a atividade física (IPAQ) e a motivação para o exercício físico (EMI-2p).

4.7. COLHEITA DE DADOS

Os dados podem ser colhidos de diferentes formas, sendo o investigador quem determina o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo em causa, às questões de investigação formuladas ou às hipóteses colocadas (Fortin, 2003). Pode-se ter como objetivo a colheita de dados reais recorrendo a entrevistas e questionários procurando avaliar características psicossociais com a ajuda de instrumentos de medição, ou através de situações de observação direta (Fortin, 2009).

1.7.1. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), permite ao investigador recolher informações para alcançar conclusões do seu estudo. Considerando que o presente estudo se insere numa abordagem quantitativa e se trata de um estudo descritivo e preditivo, entendeu-se que os instrumentos de dados estruturados seriam os mais adequados. Na seleção do instrumento de colheita de dados foi tido em consideração os

objetivos do estudo e características da população. Assim, para este estudo selecionou-se como modo de abordagem o auto-relato escrito e como instrumento de colheita de dados, o questionário.

Neste estudo, é utilizado um auto-relato, dirigido às pessoas que praticam exercício físico no ginásio *Phive Health & Fitness Centers*.

O questionário entregue aos sócios do ginásio (Apêndice I) está dividido em cinco partes. A primeira parte é constituída por doze questões, que pretendem caracterizar a amostra, em que a segunda, terceira, sexta, sétima, oitava, décima e décima primeira e décima segunda são de resposta aberta e a primeira, a quarta, a quinta e a nona são de escolha alternativa. A segunda parte é constituída pela IPAQ – versão curta, a qual foi utilizada e adaptada com a respetiva autorização do autor da mesma (Apêndice II). A terceira pela EMI – 2p-versão reduzida”, que foi solicitado ao autor a devida autorização de utilização (Apêndice III) a quarta parte pela escala da percepção de melhoria da QVRS (âncora), e por último, a quinta parte pela versão portuguesa da EQ – 5D - 5L, que, também foi solicitada a devida autorização do autor (Apêndice IV).

No questionário aplicado o sexo foi respondido pelos indivíduos como feminino ou masculino. A idade, no presente estudo, foi avaliada em anos, tendo os indivíduos respondido à questão aberta colocada no questionário. O estado civil, por sua vez, inicialmente foi definido como: casado/a, divorciado/a, solteiro/a; união de facto e viúvo/a. Contudo, face aos resultados obtidos, para se obter valores significativos, surgiu a necessidade de agrupar as respostas em: casado/união de facto e divorciado/solteiro/viúvo. A escolaridade foi obtida através de uma resposta fechada de: Sabe ler e escrever, 1º Ciclo de ensino básico, 2º Ciclo de ensino básico, 3º Ciclo de ensino básico, Ensino Secundário e Ensino Superior. Estes foram agrupados em: ensino básico, ensino secundário e ensino superior.

Relativamente à profissão os indivíduos responderam a uma questão aberta, tendo sido posteriormente agrupadas essas mesmas respostas, de acordo com a classificação portuguesa das profissões (2010). Como resultados obtivemos os seguintes grupos: Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas; Estudantes; Técnicos e Profissões de nível intermédio; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de

Proteção e Segurança e Vendedores; Pessoal Administrativo; Aposentados; Desempregados; e Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artes e Ofícios.

A frequência no ginásio foi obtida através de uma resposta aberta em que os indivíduos atribuem o valor em anos ou meses do tempo em que estão inscritos no ginásio. De forma a se obter valores mais significativos o tempo em anos descrito pelos indivíduos foi convertido em meses.

Outra variável avaliada foi a frequência com que os indivíduos vão ao ginásio, que poderiam referir o número de vezes por semana ou por mês que vão ao ginásio, sendo esta uma resposta aberta.

As modalidades que os indivíduos praticam foram avaliadas através de uma resposta fechada em que as pessoas selecionavam através de uma cruz as modalidades que praticavam.

O peso e a altura foram avaliados através de uma resposta aberta em que os indivíduos quantificavam respetivamente cada uma das variáveis. Posteriormente estes foram convertidos no valor do Índice de Massa Corporal (IMC). O peso foi avaliado em kilogramas (kg) e a altura em metros (m).

O Índice de Massa Gorda (IMG) foi respondido pelos indivíduos em percentagens, sendo obtido o valor do IMG inicial, ou seja, quando a pessoa iniciou a inscrição no ginásio e o valor atual, tendo sido posteriormente verificada a diferença entre ambos. Este era um valor que os indivíduos tinham em seu conhecimento através das avaliações físicas que realizaram quando se inscreveram no ginásio e após inscrição.

A atividade física foi outra variável utilizada a qual foi avaliada através do IPAQ. Este é um instrumento desenvolvido para avaliar o nível de atividade física dos indivíduos adultos entre os 15 e 69 anos. É um instrumento de avaliação subjetiva que se baseia na perceção individual de cada indivíduo no que diz respeito aos níveis de atividade física. Este avalia a atividade física através 31 itens (Hagstromer, Oja e Sjostrom, 2005), em quatro domínios: atividade física nas atividades de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e atividade relacionada com transporte (IPAQ, 2005). A forma curta do IPAQ é constituída por 9 itens, que avalia atividade de intensidade moderada, de intensidade vigorosa e caminhada nos últimos 7 dias. Cada um destes itens tem uma pontuação e existe um resultado total. Os resultados podem ser obtidos através de variáveis contínuas ou em categorias, com 3 níveis de

atividade física: elevado; moderado e baixo. Na categoria 1 (nível elevado) incluem-se os indivíduos que realizam, no mínimo, 1h de atividade de intensidade moderada ou meia hora de atividade de intensidade vigorosa diária, acima do nível basal de atividade. A categoria 2 (nível moderado) pode ser definida como a realização de meia hora de atividade de intensidade moderada na maioria dos dias. A categoria 3 (nível baixo) é definida como não tendo critérios para integrar os níveis prévios. As variáveis contínuas apresentam-se com a unidade MET-minutos/semana, em que MET (Metabolic Equivalent Task) representa a energia necessária para um tipo de atividade (Hagstromer *et al.* 2005). Estas três categorias para análise inferencial foram denominadas de IPAQ Total. Existe ainda uma questão que avalia o tempo que a pessoa se encontra sentado (IPAQ-Sitting), de forma a ser um indicador de atividade sedentária (IPAQ, 2005). A pontuação do IPAQ é calculada a partir do somatório da duração (em minutos) e a frequência (dias) destes três tipos de atividades (Craig *et al.*, 2003; IPAQ, 2005). Em Portugal a fiabilidade da versão curta foi um coeficiente de correlação de spearman de 0,77 o que revela uma boa fiabilidade teste-reteste para este questionário. A validade deste questionário foi testada através da aplicação deste questionário e de um acelerómetro. Na validade concorrente (inter-método) comparando as formas longas e curta aplicadas ao mesmo tempo, revelam uma concordância razoável ($p=0,67$ a 95% IC 0,64-0,70) (Craig *et al.*, 2003). Utilizou-se os valores de METS e fórmulas recomendadas para o processamento de dados do IPAQ (2005).

Por sua vez a motivação para o exercício físico foi avaliada através da escala do EMI-2p. Esta é uma escala constituída por cinquenta e um itens com catorze motivos organizados em cinco dimensões. O número de itens e fatores foi definido à priori e confirmado através de análise fatorial confirmatória (Markland & Ingledew, 1997). As respostas aos itens são apresentadas numa escala do tipo likert de 0 a 5, onde 0 corresponde a “nada verdadeiro para mim” e 5 corresponde a “completamente verdadeiro para mim”. A avaliação das respostas obtém-se a partir do cálculo da média dos itens correspondentes a cada fator motivacional. Através destes identificam-se os fatores com pontuações mais ou menos elevadas e que representam os motivos mais e menos importantes para a prática do exercício físico. A consistência interna (alfa de Cronbach) para cada fator motivacional neste instrumento apresentou um coeficiente de fiabilidade (alfa de Cronbach) superior a 0,7 (Alves e Lourenço, 2003). A EMI - 2p – versão reduzida avalia de forma reduzida os

motivos para a prática de exercício. Através deste avalia-se um total de 14 itens e 3 fatores. O primeiro fator denomina-se de Modelo de Bem-Estar Físico e Psicológico (BEFP), o segundo fator de Modelo Social (MS) o terceiro fator de Modelo Saúde (MSA) (Tabela 1). As respostas aos itens estão numa escala do tipo likert de 0 a 5, onde 0 corresponde a “nada verdadeiro para mim” e 5 “completamente verdadeiro para mim”. A avaliação das respostas obtém-se a partir do cálculo da média dos itens correspondentes a cada fator motivacional.

Tabela 1 - Dimensões, instrumento e itens do instrumento EMI-2p

DIMENSÃO	INDICADORES	ITEM
Modelo de Bem-Estar Físico e psicológico	Para me ajudar a controlar o peso	5
	Para recarregar energias	6
	Para melhorar a minha aparência	7
	Para me tornar mais forte	9
	Por gostar da experiência de praticar exercício físico	10
	Para me manter/tornar flexível	12
	Para libertar a tensão	13
Modelo Social	Porque gosto de competir	3
	Porque me proporciona situações desafiantes	4
	Para ser reconhecido pelas minhas prestações/realizações	8
	Para fazer novos amigos	14
Modelo Saúde	Para ter um corpo saudável	1
	Para prevenir problemas de saúde	2
	Para me ajudar a recuperar de uma doença/lesão	11

Por fim, foi utilizada uma EPM – âncora (tabela 2), que permite identificar a perceção que o indivíduo tem acerca da sua melhoria de saúde. A escala utilizada é constituída por 15 opções de resposta que vão desde -7 (Muitíssimo pior) a +7 (Muitíssimo melhor).

Tabela 2 - Escala de Percepção de Melhoria (Âncora)

	Qualidade de vida
Muitíssimo melhor	7
Muito melhor	6
Bastante melhor	5
Moderadamente melhor	4
Um pouco melhor	3
Ligeiramente melhor	2
Quase na mesma, praticamente sem qualquer melhoria	1
Sem alterações	0
Quase na mesma, talvez um tudo-nada pior	-1
Ligeiramente pior	-2
Um pouco pior	-3
Moderadamente pior	-4
Bastante pior	-5
Muito pior	-6
Muitíssimo pior	-7

O EuroQol-5D é um instrumento genérico multidimensional, que avalia o estado de saúde. Este detém um elevado grau de fiabilidade e sensibilidade uma vez que se traduz numa melhoria na capacidade de discriminar entre os diferentes níveis de saúde (Hout *et al.* 2012), permite ainda obter informação sobre o impacto do estado de saúde do indivíduo na sua vida e na sua QV (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013). O questionário EQ-5D-5L foi baseado no EQ-5D que é um instrumento de medição de QVRS genérico, que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. O seu preenchimento é realizado em poucos minutos e não exige elevado grau cognitivo. Trata-se de um instrumento de medição de auto-preenchimento. Este é constituído por duas partes: um perfil descritivo simples que pode ser convertido em um único índice de resumo e uma EQ - escala visual analógica (EQ-EVA). Este instrumento é baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (Tabela 3). A descrição do estado de saúde do respondente é conseguida através do sistema classificativo composto pelas cinco escalas com valores de 1 a 5 (Euroqol, 1990).

Tabela 3 - Dimensões e indicadores do instrumento EQ-5D-5L

DIMENSÕES	INDICADORES
MOBILIDADE	Não tenho problemas em andar Tenho problemas ligeiros em andar Tenho problemas moderados em andar Tenho problemas graves em andar Sou incapaz de andar
CUIDADOS PESSOAIS	Não tenho problemas em me lavar ou vestir Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir Tenho problemas graves em me lavar ou vestir Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)
ACTIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
DOR/MAL-ESTAR	Não tenho dores ou mal-estar Tenho dores ou mal-estar ligeiros Tenho dores ou mal-estar moderados Tenho dores ou mal-estar graves Tenho dores ou mal-estar extremos
ANSIEDADE/DEPRESSÃO	Não estou ansioso(a) ou deprimido(a) Estou ligeiramente ansioso(a) ou deprimido(a) Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a) Estou gravemente ansioso(a) ou deprimido(a) Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Este instrumento permite ainda associar um valor a um estado de saúde de uma pessoa, descrevendo o estado de saúde, oferecendo ao respondente a possibilidade de localizar o seu próprio estado de saúde numa EVA, sendo solicitado ao respondente que trace um “X” no local que representa o seu estado de saúde nesse momento no termómetro EQ-EVA de 0 a 100, considerando 0 o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

Para testar a fiabilidade deste instrumento de medição foi utilizado o α de Cronbach que revelou o valor 0,716 indicando uma consistência interna aceitável. O EQ-EVA revelou um Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) elevado entre os dois períodos (0,862 com intervalo de confiança de 0,808 a 0,901), assim como o coeficiente de correlação de

Pearson (0,768; $p < 0,001$). No que diz respeito à validade foram encontradas correlações de intensidade moderada (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

1.7.2. Processo de colheita de dados

O processo de colheita de dados, de acordo com Fortin (2009), consiste em recolher de forma sistemática a informação pretendida junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medição escolhidos.

Os procedimentos realizados foram: um pedido dirigido aos administradores do ginásio (Apêndice V) e à comissão de ética da Administração Regional de Saúde (ARS) (Apêndice VI). Para inquirir os sócios foi utilizado um questionário.

O questionário foi auto-administrado, ou seja, preenchido pelos respondentes de forma individual e autónoma.

O questionário foi distribuído e recolhido pela investigadora. Na distribuição foi clarificado o objetivo da investigação, solicitada a participação dos sócios, assegurando-se a confidencialidade dos dados.

1.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em 1978, uma comissão – *National Research Act*, elaborou um relatório, que ficou denominado como *Belmont Report*, que articulava três importantes princípios éticos: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça e são estes princípios que devem basear a conduta ética (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Como forma de garantir o cumprimento dos princípios éticos procedeu-se à elaboração de um pedido de autorização formal por escrito, o qual foi dirigido aos Excelentíssimos Senhores Administradores do *Phive Health & Fitness Clubs* e à comissão de ética da ARS.

O questionário utilizado apresentava uma nota introdutória dirigida aos participantes do estudo, onde é assegurado o cumprimento dos princípios do anonimato, da confidencialidade e do consentimento livre e esclarecido.

A entrega dos questionários foi realizada individualmente num envelope aberto. Nesta fase solicitou-se aos participantes para não colocarem qualquer elemento identificativo, entregando no final o questionário dentro do mesmo envelope fechado. Para além disto, os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo e da necessidade de

responderem com a maior sinceridade possível para que a informação recolhida fosse fidedigna. De forma a que os participantes expressem melhor os seus sentimentos, estes tiveram a oportunidade de responder ao questionário em privado.

Desta forma, consideram-se que os princípios éticos foram assim respeitados.

1.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreu-se ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences na versão 22.0 de 2016.

No estudo foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

O modelo de regressão linear, método *Enter*, foi usado para estimar a contribuição de diferentes variáveis independentes na variação de uma variável dependente. Consideraram-se variáveis dependentes as pontuações obtidas pelo EQ 5D 5L e pela EQ EVA. Foram considerados modelos separados para cada uma destas variáveis. As variáveis independentes foram tratadas de forma agrupada nos conjuntos: Características sociodemográficas e pessoais; e Características do exercício.

As variáveis categóricas que entraram no modelo de regressão como variáveis independentes foram codificadas em variáveis dicotómicas (Dummy) como se encontram apresentadas na tabela 4, as restantes mantiveram-se como variáveis quantitativas. Todos os modelos realizados cumpriram os pressupostos da regressão linear.

Tabela 4 - Codificação das variáveis

SOCIODEMOGRÁFICAS	
SEXO	Masculino = 1 Feminino = 0
ESTADO CIVIL	Casados, união de facto = 1 Divorciados, solteiros ou viúvos = 0
ESCOLARIDADE	Ensino superior = 1 Todas as restantes = 0
PROFISSÃO	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas = 1 Todas as restantes = 0

Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

PARTE III

- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS –

CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à análise e apresentação dos dados e resultados colhidos através da aplicação dos questionários elaborados e das técnicas estatísticas utilizadas.

São apresentados os dados e resultados procedendo-se primeiro à apresentação em termos descritivos e posteriormente à apresentação dos estudos inferenciais.

5.1 - APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS RESULTADOS

No presente estudo colaboram 406 pessoas (tabela 5), sendo a maioria do sexo feminino (74,1%), portugueses (89,4%), divorciados, solteiros ou viúvos (73,2%), predominantemente com ensino superior (84,5%) e Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (44,1%).

Tabela 5 - Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	n	%
SEXO		
Masculino	105	25,9
Feminino	301	74,1
NACIONALIDADE		
Portuguesa	363	89,40
Brasileira	31	7,60
Espanhola	5	1,20
ESTADO CIVIL		
Divorciados, solteiros ou viúvos	297	73,20
Casados, união de facto	109	26,80
ESCOLARIDADE		
Ensino superior	343	84,50
Ensino secundário	85	13,50
Ensino básico	8	2
PROFISSÃO		
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	179	44,10
Estudantes	126	31
Técnicos e Profissões de nível intermédio	36	8,90
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	23	5,70
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	20	4,90
Pessoal Administrativo	13	3,20
Aposentados	5	1,20
Desempregados	3	0,70
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artes e Ofícios	1	0,20

Como evidencia a tabela 6 a amostra apresenta uma média de idades de 32,42 anos. Os indivíduos frequentam o ginásio em média há 39,51 meses e vão ao ginásio cerca de 3,92 vezes por semana. O peso médio da amostra é 64,10 kg, com uma altura média de 1,66 m e um IMC médio de 22,96. Relativamente ao IMG verifica-se que numa fase inicial de frequência do ginásio, que as pessoas apresentam em média 13,37% de IMG e após já frequentarem o ginásio há algum tempo, ou seja, mais recentemente estes apresentam valores de IMG médios de 10,56%, sendo a diferença de IMG inicial para o atual de 2,88%.

Tabela 6 – Características sociodemográficas e do exercício físico

Variáveis	\bar{x}	S	X _{min}	X _{máx}
Idade	32,42	11,68	15,00	77,00
Tempo de frequência no ginásio	39,51	56,58	1,00	360,00
Frequência com que vai ao ginásio	3,92	1,4	1,00	7,00
Peso	64,10	12,18	43,00	132,00
Altura	1,66	0,08	1,43	1,90
IMC	22,96	3,46	15,99	40,74
IMG (início)	13,37	13,37	,00	54,00
IMG (atual)	10,56	12,00	,00	43,10
IMG (início-atual)	2,88	7,53	-----	

No que diz respeito à avaliação das modalidades que as pessoas praticam (tabela 7), verifica-se que os indivíduos praticam 26 modalidades diferentes, sendo que no estúdio MOVES 30% praticam GAP, no estúdio POWER 35,7% praticam CxWork, no estúdio FLOW 21,7% praticam Body Balance, no estúdio RIDE 37,9% das pessoas praticam Spinning e na piscina 7,6% das pessoas praticam Hidroginástica. Da amostra em estudo 9,6% tem acompanhamento de Coach e 30,8% faz musculação sem acompanhamento.

Tabela 7 - Resultados da avaliação das modalidades

	N	%
Modalidades		
MOVES		
GAP	122	30
Body Combat	103	25,4
Body Attack	85	20,9
Zumba	58	14,3
Body Jam	43	10,6
Body Vive	37	9,1
KangooPhive	23	5,3
POWER		
CxWork	145	35,7
Body Pump	114	28,1
Bootcamp	92	22,7
TRX	61	15
Cross Phive	60	14,8
Power Jump	42	10,3
Body Step	41	10,1
PHIT	27	6,7
FLOW		
Body Balance	88	21,7
Flyoga	43	10,6
Yoga	37	9,1
Pilates	34	8,4
RIDE		
Spinning	154	37,9
RPM	124	30,5
AQUA		
Hidroginástica	31	7,6
Hidrobike	25	6,2
Hidro Hit	7	1,7
Coach	39	9,6
Musculação	125	30,8

Destas modalidades verifica-se que as pessoas praticam em média 4,35 modalidades (tabela 8).

Tabela 8 - Características sociodemográficas e do exercício físico

	\bar{x}	S	X _{min}	X _{máx}
Variáveis				
Nº de Modalidades	4,35	2,64	1,00	13,00

Na tabela 9 foi realizada a análise das características do IPAQ, da EMI-2p, do EQ-5D-5L, da EQ-EVA e do EPM. Relativamente à escala IPAQ verifica-se que em média as pessoas apresentavam um gasto de energia de cerca de 4866,98 MET - minuto por semana, sendo que na posição de sentada, revelaram valores médios de 2376,27 MET - minuto por semana. A escala EMI, na dimensão BEFP revelou valores médios de 3,82, na dimensão MS a média encontrada foi de 2,17 e na dimensão MSa verifica-se valores médios de 3,50. Para a escala EQ-5D-5L encontrou-se valores médios de 0,95 e na EVA obtiveram-se valores médios de 81,68 relativamente à forma como os indivíduos viam a sua saúde no momento. Por último, a EPM revelou valores médios de 5,23.

Tabela 9 - Características IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L, EQ-EVA e EPM

	\bar{x}	S	X _{min}	X _{máx}
Variáveis				
IPAQ total (MET-minutes/week)	4866,98	4696,92	,00	57318,00
IPAQ sitting (MET - minutes/week)	2376,27	1254,10	,00	6300,00
EMI_BEFP	3,82	,74	,57	5,00
EMI_MS	2,17	1,15	,00	5,00
EM_MSa	3,50	,76	1,00	5,00
EQ-5D-5L	,95	,07	,49	1,00
EVA	81,68	10,99	40	100
EPM	5,23	1,74	-4	7

5.2. RESULTADOS RELATIVOS À APRESENTAÇÃO E ANÁLISE INFERENCIAL

De forma a testar a hipótese **“Esperamos que as características pessoais, como o sexo masculino, menor faixa etária, indivíduos casados, níveis de escolaridade mais elevada e estatuto socioprofissional com maiores níveis de qualificação, menor índice de massa corporal e massa gorda expliquem estados de saúde mais favoráveis”** foi aplicado o modelo de regressão linear. Com os resultados que se encontram na tabela 10 verifica-se que nenhum dos dados sociodemográficos e do exercício físico apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à escala EQ-5D-5L, ou seja,

$p > 0,05$. Assim pode-se afirmar no modelo de regressão, que os dados sociodemográficos e pessoais não explicam alterações no estado de saúde.

Tabela 10 – Influência das variáveis Dummy e idade, peso, altura, IMC e IMG nas pontuações da medida EQ-5D-5L

	R² ajustado	F	df	Beta	Sig.
Dados sociodemográficos e do exercício físico					
Sexo				-,065	,544
Estado civil				,020	,819
Escolaridade				-,045	,542
Profissão				,124	,113
Idade				-,069	,469
Peso	,071	1,417	10,186	,341	,081
Altura				-,164	,104
IMC				-,347	,066
IMG- Início				-,192	,091
IMG				,171	,103

Na tabela 11 são apresentados os resultados referentes à influência dos dados sociodemográficos e do exercício físico nas pontuações da medida EQ-EVA, no qual se verifica que apenas o peso, a altura e o IMC apresentam diferenças estatisticamente significativas com valores de $p=0,043$, $p=0,014$ e $p=0,03$, respectivamente, sendo que 20,38% da variância do peso, 24,93% da altura e 21,86% do IMC explicam alterações nos estados de saúde dos indivíduos. As restantes variáveis apresentam valores de $p > 0,05$.

Tabela 11 – Influência das variáveis Dummy e idade, peso, altura, IMC e IMG nas pontuações da medida EQ-EVA

	R² ajustado	F	Df	Beta	Sig.
Dados sociodemográficos e do exercício físico					
Sexo				-1,164	,246
Estado civil				,732	,465
Escolaridade				,928	,355
Profissão				,918	,360
Idade				-,589	0,556
Peso	0,005	1,096	10,186	2,038	0,043
Altura				-2,493	0,014
IMC				-2,186	0,03
IMG- Início				-,705	0,481
IMG				,479	0,633

O estudo da regressão entre QVRS e as características do exercício físico, a EPM, a EMI-2p, e a IPAQ utilizando o modelo de regressão linear, permitiu obter os resultados que constituem a tabela 12 e testar a hipótese **“Esperamos que características, como, maior frequência semanal no ginásio, mais anos a frequentar o ginásio, maior diversidade de modalidades que pratica, maior percepção da sua saúde, maior motivação para o exercício físico e maior atividade física expliquem maior QVRS do adulto”**. Como se pode verificar todas as modalidades apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Assim, verifica-se que a prática de qualquer modalidade explica maior QVRS (EQ-5D-5L). Um maior número de modalidades diferentes praticadas por cada indivíduo também influencia a QVRS na EQ-5D-5L, visto que apresentam valores estatisticamente significativos ($p = 0,00$), sendo que 53,42% explicam a variância obtida. Uma maior frequência semanal no ginásio, assim como, mais anos a frequentar o ginásio, de acordo com os resultados obtidos, não revelam diferenças estatisticamente significativas face à QVRS. Relativamente à percepção que os indivíduos têm acerca da sua saúde, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas, tal como, no que diz respeito à motivação para fazer exercício físico nas dimensões BEFP e MS. Na dimensão MSa verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,019$), sendo 1,33% explicam estas diferenças nos estados de saúde. No que diz respeito à atividade física que as pessoas praticam relativamente QVRS não se verificam resultados estatisticamente significativos.

Tabela 12 - Influência das modalidades, tempo que frequenta o ginásio, frequência que vai ao ginásio, EPM, EMI 2p (BEFP; MS; MSA) e IPAQ nas pontuações da medida EQ-5D-5L

	R ² ajustado	F	df	Beta	Sig.
Modalidades:					
Body Attack				,816	,000
Body Jam				,701	,000
Body Vive				,593	,000
Body Combat				,878	,000
Gap				,942	,000
Zumba				,663	,000
KangooPhive				,560	,000
CrossPhive				,812	,000
Cxwork				1,027	,000
Bootcamp				,894	,000
Body Pump				,915	,000
Body Step				,584	,000
PowerJump				,639	,000
TRX				,687	,000
Phit				,506	,000
Body Balance				,744	,001
Flyoga				,597	,000
Pilates				,542	,000
Yoga	,081	2,011	35,366	,517	,001
Spinning				,979	,000
Rpm				,986	,000
Hidrogenastica				,596	,000
Hidrobike				,412	,003
Hidrohit				,240	,006
Coach				,574	,000
Musculação				,954	,000
Tempo que frequenta o ginásio				-,016	,755
Frequência que vai ao ginásio				-,063	,286
Nº Modalidades				-5,342	,000
EPM				,063	,261
EMI_BEFP				-,102	,099
EMI_MS				,116	,051
EM_MSa				-,133	,019
IPAQ total (MET-minutos/semana)				-,031	,563
IPAQ sitting (minutos/ semana)				,023	,649

De forma a testar a hipótese supracitada face à escala EQ-EVA, recorreu-se novamente ao modelo de regressão linear. Dos resultados apresentados na tabela 13 não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente às modalidades em que os indivíduos praticam e a EQ-EVA, tal como, com o número de modalidades

diferentes que cada um pratica. Estes resultados permitem concluir que as diferentes modalidades e a quantidade que os indivíduos praticam não explicam uma melhoria na QVRS. Uma maior frequência semanal no ginásio, assim como, mais anos a frequentar o ginásio, de acordo com os resultados obtidos, não revelam diferenças estatisticamente significativas face à EQ-EVA. A percepção da melhoria dos indivíduos apresenta diferenças significativas relativamente à forma como as pessoas se sentiam no momento do preenchimento do questionário, o que revela que os indivíduos que apresentam uma melhoria na sua saúde revelam uma melhoria na escala EQ-EVA ($p=0,00$). Relativamente à motivação para o exercício físico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas face à EQ-EVA, em todas as dimensões. Neste sentido, verifica-se que as características do exercício físico, assim como, a motivação dos indivíduos para essa prática não refletem uma melhoria na QV na EQ-EVA. O nível de intensidade de atividade física relativamente à EQ-EVA na posição de sentado não revela diferenças estatisticamente significativas, ou seja, verifica-se que apenas os indivíduos que praticam atividades de intensidade moderada, de intensidade vigorosa e caminhada nos últimos 7 dias apresentam uma melhoria na QV relativamente à EQ-EVA ($p=0,009$), sendo que 26,37% da variância explicam as diferenças obtidas.

Tabela 13 - Influência das modalidades, tempo que frequenta o ginásio, frequência que vai ao ginásio, IPAQ, EMI 2p (BEFP; MS; MSA) e EPM nas pontuações da medida EQ-EVA

	R² Ajustado	F	df	Beta	Sig.
MODALIDADES:					
Body Attack				0,927	0,355
Body Jam				0,843	0,4
Body Vive				0,508	0,611
Body Combat				0,559	0,577
Gap				1,063	0,289
Zumba				0,574	0,566
KangooPhive				0,683	0,495
CrossPhive				1,263	0,208
Cxwork				0,914	0,361
Bootcamp				1,41	0,159
Body Pump				0,623	0,533
Body Step				0,542	0,588
PowerJump				1,301	0,194
TRX				0,908	0,365
Phit				1,141	0,255
Body Balance				0,499	0,618
Flyoga				1,16	0,247
Pilates	0,075	1,936	35,367	1,361	0,174
Yoga				0,486	0,627
Spinning				0,792	0,429
Rpm				0,77	0,442
Hidrogenastica				0,201	0,841
Hidrobike				0,584	0,56
Hidrohit				0,787	0,432
Coach				0,651	0,516
Musculação				1,129	0,26
Tempo que frequenta o ginásio				1,501	0,134
Frequência que vai ao ginásio				-1,508	0,132
Nº Modalidades				-0,92	0,358
EPM				3,618	0
EMI_BEFP				-0,032	0,975
EMI_MS				0,022	0,982
EM_MSA				-1,331	0,184
IPAQ total (MET-minutos/semana)				2,637	0,009
IPAQ sitting (minutos/semana)				-0,049	0,961

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados é recomendado por Fortin (1999, p.329) que seja efetuada uma interpretação dos mesmos, tendo por base as hipóteses de investigação formuladas. A autora refere que

“o processo inicia-se por um exame profundo dos resultados tendo em vista o problema em estudo, o quadro de referência, o objeto da investigação e o conjunto de decisões que foram tomadas no momento de estabelecimento da fase empírica”.

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados que se consideram mais pertinentes e relevantes para o estudo, procurando realizar uma reflexão crítica de forma a confrontar os resultados obtidos com os referenciados nos estudos da revisão teórica.

6.1. AMOSTRA E SUAS CARACTERISTICAS

Os estudos nacionais e internacionais sobre os hábitos desportivos de acordo Marivoet (2001) têm demonstrado que algumas variáveis sociodemográficas como a idade, o género, a escolaridade e estatuto socioprofissional, se relacionam com a prática desportiva.

Moutão (2005) no estudo que desenvolveu sobre *“A motivação para a prática de exercício físico”* revela que os homens tendem a praticar mais desporto do que as mulheres, os jovens mais do que os mais velhos, assim como, os que têm um nível de escolaridade mais elevada, e os que detêm um estatuto socioprofissional que requeira maiores níveis de qualificação e de responsabilidade. Todavia, estas assimetrias parecem ser mais evidentes na população Portuguesa, comparativamente a outros países.

No presente estudo verifica-se que maioritariamente a amostra é constituída por pessoas do sexo feminino. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de, no ginásio onde foi aplicado o estudo, 41,40% da população são homens e 58,60% são mulheres. Este facto é apoiado pelo estudo desenvolvido por Silva et al. (2010) sobre *“A atividade física e qualidade de vida”*, os resultados obtidos também revelaram uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino. Tracana, Alpuim e Carvalho (2013) num estudo sobre *“Diferenças de género e de idade na prática de modalidades em ginásio/academia”* também apoia estes resultados, apresentando no seu estudo um maior número de mulheres

inquiridas do que homens. Este facto pode ser justificado com os resultados obtidos nos Censos 2011 que revelam que as mulheres constituem 52,2% da população residente em Portugal, ou seja, são cerca de 5,5 milhões, tendo aumentado 2,9%, na última década. A relação de masculinidade apurada através dos Censos 2011 acentuou o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres, enquanto que, este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres (INE, 2011).

Neste estudo a amostra estudada apresenta uma idade média das pessoas inquiridas de 32,42 anos, variando as idades entre 15 e 77 anos. No estudo realizado por Tracana, Alpuim e Carvalho (2013) os resultados diferem, visto que a média de idade do sexo feminino é de 41,8 anos e 39,1 anos do sexo masculino, ou seja, estes apresentam uma média de idades perto dos 40 anos. Contudo, Cid, Couto e Moutão (2012) no estudo desenvolvido sobre as “*Atitudes face à atividade física e ao desporto: influência do sexo, idade e tipo de atividade praticada*”, encontrou idades compreendidas entre os 16 e os 63 com uma média de idade de 28.75 anos, praticantes de exercício físico em ginásio. Martins (2007) no estudo sobre “*Objectivos da procura desportiva: O caso dos ginásios da UC e da AAC do EUC numa perspectiva comparada*” também verificou que no seu estudo 43% da sua amostra apresentava entre 21 e 30, sendo a sua maioria. Estes resultados aproximam-se um pouco mais dos obtidos no presente estudo. Torna-se curioso a participação de pessoas com a idade de 15 anos a colaborarem neste estudo, ou seja, poderá se depreender que existe uma preocupação dos adolescentes (encarregados de educação) em promover a prática de exercício físico desde cedo. Apesar da Direção Geral de Saúde sensibilizar que ainda não existe um reconhecimento da importância da promoção da saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde: as atividades de promoção da saúde nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde, designadamente a nível dos centros de saúde e em particular no que diz respeito aos grupos etários em idade escolar e aos locais de trabalho, pode estar a começar a existir alguma sensibilidade da população neste sentido (DGS, 2003).

A maioria da amostra em estudo revelou-se de divorciados, solteiros ou viúvos. Contudo, o INE (2011) revela que em 2011, o maior grupo da população (47%) era casado. O grupo

dos indivíduos solteiros era o segundo mais representativo com 40%. O estado civil de casado continua a predominar tanto no grupo dos homens como no das mulheres e o grupo dos solteiros é o segundo mais importante estado civil em ambos os sexos. Os dados apresentados neste estudo podem resultar do facto dos indivíduos divorciados, solteiros ou viúvos apresentarem uma maior disponibilidade de tempo para a prática de exercício físico do que os casados, tal como pelo facto de se tratar de um ginásio com muitos estudantes 31%. Pode ainda justificar estes resultados, o facto de o estudo ter sido aplicado apenas em dois ginásios, os quais apresentam uma população mais específica.

Os resultados obtidos neste estudo, no que diz respeito à escolaridade, foram predominantemente indivíduos com o ensino superior e Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas. Este facto pode estar associado com o valor da mensalidade praticada neste ginásio. Trata-se de um ginásio particular, o qual apresenta umas condições superiores a outros ginásios, e conseqüentemente uma mensalidade superior, o que de alguma forma pode estar apenas ao alcance de indivíduos que desempenhem uma atividade com uma remuneração mais estável. Por outro lado, no club de Celas maioritariamente a população que frequenta o ginásio são estudantes universitários, que ao preencherem os questionários, maioritariamente, consideraram-se possuidores do ensino superior. No estudo desenvolvido por Moutão (2005) verificaram-se resultados semelhantes, dado que maioritariamente os indivíduos possuíam o 12º ano ou eram licenciados. Contudo, no presente estudo a percentagem de estudantes foi de 31% e de indivíduos com o ensino superior 84,5%, pelo que se verificou que grande parte dos estudantes universitários consideraram possuir o ensino superior quando na realidade estes ainda se encontram a frequentar o mesmo.

Mais de dois milhões de mortes da população mundial, nos países desenvolvidos, é atribuída ao sedentarismo e 60% a 80% da população mundial não é suficientemente ativa para obter benefícios na saúde (OMS, 2002). Os resultados da última sondagem Eurobarómetro sobre desporto e atividade física revela que 59 % dos cidadãos da União Europeia nunca, ou raramente, praticam exercício ou fazem desporto, ao passo que 41 % o fazem pelo menos uma vez por semana (Eurobarómetro, 2014). No presente estudo, verificou-se, no que diz respeito ao tempo que as pessoas estão inscritas no ginásio, uma

média de 39,51 meses, sendo que metade ou mais das pessoas referiu frequentar o ginásio há 17.00 meses ou mais, assim como, que frequentam o ginásio em média 3,92 vezes por semana. O estudo desenvolvido por Cid, Couto e Moutão (2012) revela valores ligeiramente diferentes, pois todos os elementos da amostra possuem um mínimo de permanência no ginásio de pelo menos 4 semanas e um máximo de 33 semanas, contrariamente aos resultados deste estudo que revelou que o tempo mínimo de permanência das pessoas no ginásio é de 1 mês e o máximo de 360 meses.

De quinze países da União Europeia, em 1997, a população portuguesa era a que apresentava prevalência mais alta de sedentarismo (87,8%) (Varo *et al.*, 2003). De acordo com o Eurobarómetro (2014), a Europa do Norte é fisicamente mais ativa do que o Sul e o Leste. 70 % dos inquiridos na Suécia afirmaram que praticam exercício pelo menos uma vez por semana, o que é ligeiramente superior à percentagem da Dinamarca (68 %) e da Finlândia (66 %), seguindo-se os Países Baixos (58 %) e o Luxemburgo (54 %). No outro extremo da escala, na Bulgária 78 % nunca praticam exercício ou fazem desporto, seguidos de Malta (75 %), Portugal (64 %), Roménia (60 %) e Itália (60 %). No presente estudo não se verificou o mesmo, dado que as pessoas vão ao ginásio entre 1 e 7 vezes por semana, sendo a média 3,92 vezes por semana. O estudo de Tracana, Alpuim e Carvalho (2013) vai ao encontro ao presente estudo, visto que no seu estudo as pessoas frequentam o ginásio cerca de 3 a 6 vezes por semana. Cid, Couto e Moutão (2012) também verificaram que a média de sessões semanais era 3. Praça, no estudo que desenvolveu em 2012, sobre “*Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*” verificou que na prática de atividade física a maioria (63,5%) refere praticar regularmente, verificando que 15,8% somente a pratica uma vez por semana e 47,40% referem praticar exercício físico mais de duas vezes semana. Neste sentido, verifica-se que os indivíduos que participaram no presente estudo apresentaram resultados que estão de acordo com as recomendações do ACSM e American Heart Association. Estes referem, com o objetivo de promover e manter a saúde, os adultos saudáveis de 18-25 anos necessitam praticar atividades aeróbias de intensidade moderada, no mínimo 30 min, 5 dias por semana ou atividades intensas (vigorosas) pelo menos 20 min, 3 vezes por semana. Recomendam também, combinações entre atividades moderadas e vigorosas, como por exemplo,

fazendo uma caminhada rápida por 30 min, duas vezes na semana e depois correr 20 min, 2 vezes nos outros dias da semana (William, 2007).

Com base na amostra Europeia supracitada (quinze países da União Europeia), Vaz de Almeida *et al.* (1999) descreveram que a participação em qualquer tipo de atividade física decresce significativamente com o aumento do IMC. A par desta situação encontra-se a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na população portuguesa (Marques-Vidal e Dias, 2005). Este facto também se verifica no presente estudo, sendo que o peso médio referido pelos indivíduos foi de 64,10 kg, sendo a altura média de 1.66 m. Neste sentido, em média o IMC era de 22,96, isto pode querer dizer que visto que o IMC dos indivíduos do presente estudo está dentro dos parâmetros normais, pode revelar que os indivíduos com excesso de peso vão menos ao ginásio. Relativamente ao IMG verificou-se que numa fase inicial de frequência do ginásio as pessoas apresentavam em média 13,37% de IMG e após já frequentarem o ginásio há algum tempo, ou seja, mais recentemente, estes apresentam valores de IMG médios de 10,56%. A média de diferença de IMG inicial para o atual é de 2,88, pelo que parece haver um ganho relativo à perda de massa gorda através do exercício. Neste sentido, verifica-se neste estudo, de acordo com a OMS (2005) que a amostra se encontra numa variação normal (IMC entre 18.5 – 24.9).

Das 26 modalidades que o ginásio oferece, no estúdio MOVES a modalidade mais praticada é o GAP (30%), no estúdio POWER o CxWork (35,7%), no estúdio FLOW o Body Balance, no estúdio RIDE o Spinning (37,9%) e na piscina Hidroginástica (6,2%). Um número significativo de indivíduos também pratica musculação sem acompanhamento (30,8%). Estes resultados podem ser apoiados por Tracana, Alpuim e Carvalho (2013) que verificaram que a modalidade mais requisitada no seu estudo foi o treino Cardiovascular (51,9%), seguida da Musculação (32,6%), das aulas de grupo, nas modalidades Localizada (40%) e Hidroginástica (3,9%). Comparado os resultados apresentados pelos autores supracitados com os deste estudo verifica-se algumas semelhanças. Sendo a modalidade spinning um tipo de treino cardiovascular, tal como no estudo de Tracana, Alpuim e Carvalho verificou-se percentagens elevadas. A prática de musculação também tem uma procura semelhante à do estudo, assim como, nas modalidades de localizada, tal como, GAP e CxWork. Relativamente à hidroginástica também se verificam algumas semelhanças, com uma percentagem baixa da amostra que pratica esta modalidade. Os indivíduos que praticam esta modalidade apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 70 anos, sendo maioritariamente da faixa etária dos 30-

40 anos. A profissão destes é maioritariamente de pessoas com uma formação de “Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas”, identificando-se apenas dois estudantes e três reformados.

Várias são as atividades praticadas no ginásio *Phive Health & Fitness Centers*. Neste, os indivíduos diversificam as suas opções por iniciativa própria ou por sugestão dos profissionais através das avaliações físicas efetuadas. Das modalidades existentes verificou-se que as pessoas praticam pelo menos entre 1 a 13 modalidades diferentes, sendo que a média é 4.35 modalidades. Metade das pessoas indicaram que praticavam 4 ou mais das modalidades.

6.2. CARACTERÍSTICAS DO IPAQ, EMI-2p, EQ-5D-5L, EQ-EVA e EPM

A atividade física, a saúde e a QV, de acordo como Instituto do desporto de Portugal (IDP) em 2009, estão intimamente interligadas. O facto de o sedentarismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte no mundo ocidental, não deixa dúvidas. Além disso, uma vida ativa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos.

De acordo com *American College of Sport Medicine* a unidade MET deve ser utilizada como método para indicar e comparar a intensidade absoluta e gasto energético das diferentes atividades físicas. Assim, o conceito de MET é aplicado nas orientações gerais à população em relação ao gasto energético das atividades, ou seja, o MET é uma medida de intensidade de esforço (Porto e Junqueira, 2008 e Pollock, 1998). No estudo desenvolvido por Coelho-Ravagnani *et al.* (2013), acerca da “*Estimativa do equivalente metabólico (met) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta*”, verificou-se que o protocolo executado atingiu as recomendações para a saúde pela sua intensidade de 3 a 6 METs (exercícios moderados), estruturação, tempo maior que sessenta minutos, frequência (5x/semana) e gasto calórico de 1.200 a 2.000 kcal/semana, de acordo com os pedidos mínimos de gasto energético recomendadas pela OMS, AHA e ACSM. No presente estudo verificou-se, através da análise da escala IPAQ, que em média as pessoas apresentavam um gasto de energia de cerca de 4866,98 MET - minuto por semana. Na posição de sentada, revelaram valores médios de 2376,27 MET - minuto por semana. Os resultados obtidos vão ao encontro com os apresentados no estudo de

Coelho-Ravagnani et al., ou seja, também se encontram de acordo com os pedidos mínimos de gasto energético recomendadas pela OMS, AHA e ACSM. Contudo na posição de sentado os resultados são um pouco inferiores, sendo no entanto aceitáveis dado que se trata de uma posição de sedentarismo, logo o valor de energia gasto é inferior. Diversas são as vantagens que decorrem da prática regular da atividade física desde os benefícios cardiovasculares até aos psicológicos, sociais e afetivos. Segundo Eurobarómetro (2010), apenas 27% da população da União Europeia pratica exercício físico ou desporto regularmente, 38% com alguma regularidade, 20% raramente e 14% nunca pratica algo, o que é um valor extremamente elevado. As causas que podem motivar os indivíduos a praticarem exercício físico podem diferir de pessoa para pessoa. No presente estudo verificou-se que a dimensão BEFP e a Msa apresentaram valores médios mais altos, ou seja, os indivíduos manifestaram que a suas maiores motivações para a prática do exercício físico se relacionam com a “saúde” e o “bem-estar físico e psicológico”. Por sua vez, Moutão (2005) no estudo sobre “*Motivação para a prática de Exercício físico: Estudo dos motivos para a prática de Atividades de fitness em ginásios*” também concluiu que a “Saúde” e “ Bem-estar” se afirmam como das principais motivações. No estudo sobre “*Motivação para a Prática de Exercício Físico em ginásios do Distrito De Castelo Branco*” desenvolvido por Ascensão (2012) também se verificou que as principais motivações para a prática de atividades de fitness, era a “Saúde” e o “Bem-estar”. Por sua vez, Guedes, Legnani e Legnani (2012) no seu estudo sobre os “*Motivos para a prática de exercício físico em universitários e fatores associados*” verificou que os universitários identificaram fatores relacionados com as dimensões Prevenção de Doenças, Condição Física, Controle de Peso Corporal, Aparência Física e Controle de Stress, sendo estes como agentes motivadores cruciais para a prática de exercício físico.

O estado de saúde de um indivíduo é o resultado de um conjunto de observações, que posteriormente é convertido para um índice único através da aplicação de uma fórmula, atribuindo pesos a cada um dos níveis de cada dimensão (Lopes, 2013). No presente estudo foi utilizada a escala EQ-5D-5L. Nesta, o estado 11111 indica não ter problemas em todas as dimensões, o estado 55555 representa problemas extremos em todas elas, e o estado 12345 significa não ter problema em andar, ter alguns problemas em se lavar ou

vestir sozinho, ter problema moderados em realizar as atividades habituais, ter dores ou mal-estar graves, e estar extremamente ansioso e deprimido (Armaganijan et al., 2013). No presente estudo foram obtidos, para a escala EQ-5D-5L, valores médios de 0,95, com desvio padrão de 0,07. Estes valores permitem perceber que grande maioria dos indivíduos considera não ter nenhum problema em nenhuma das dimensões.

A forma como as pessoas percebem a sua saúde representa QVRS, traduzindo o bem-estar subjetivo do indivíduo em vários domínios, tais como: físico (capacidade de realizar tarefas), psicológico (bem-estar emocional e mental) e social (capacidade de se relacionar com as pessoas). Esta trata-se de um importante indicador da condição atual de saúde, sendo encorajado a sua monitorização em larga escala como forma de estimar a condição real de saúde das populações (Pimentel, 2006). Neste sentido, no presente estudo foi utilizada a escala EQ-EVA, onde se obtiveram valores médios de 81,68. Face a estes resultados pode concluir-se que os indivíduos consideram o seu estado de saúde no momento da aplicação dos questionários como elevado, o que confirma a hipótese 1 (**“Prevê-se estados de saúde com pontuações elevadas obtidas pelo ED-5D-5L”**).

Como segunda hipótese surgiu: **“Prevê-se que indivíduos do sexo masculino, com menor faixa etária, casados, com níveis de escolaridade mais elevada e estatuto socioprofissional com maiores níveis de qualificação, com menor índice de massa corporal e menos índice de massa gorda expliquem estados de saúde mais favoráveis”** no presente estudo não se verificou diferenças estatisticamente significativas relativamente aos dados sociodemográficos e do exercício físico e as dimensões da escala EQ-5D-5L, isto é, os resultados obtidos são todos com valores de $p > 0,00$. No estudo acerca da *“Perceção do estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas”*, Ferreira e Santana (2003) obtiveram resultados diferentes, visto que as quatro dimensões físicas avaliadas eram sensíveis ao género, à idade, ao estado marital, ao nível de instrução e ao tipo de ocupação. Neste estudo a escala utilizada foi a SF-36. Praça (2012) no seu estudo sobre *“Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste”* verificou também diferenças significativas, sendo que o sexo masculino apresenta melhor média de QV, os grupos com indivíduos com menos idade apresentam maiores índices de QV, os solteiros apresentam valores mais altos em todas

as dimensões quando comparadas com os casados, viúvos e divorciados, quanto maior o nível de escolaridade dos utentes, maior a sua percepção de QV e os inquiridos reformados por doença apresentam menor QV em todas as dimensões e nas duas componentes.

O presente estudo foi realizado num ginásio em que maioritariamente a população é jovem, o que se verifica com o resultado da média de idade de 32,42 anos, assim como, uma grande percentagem desta amostra refere ser solteira, divorciada ou viúva (73,20%), 84,50% revela possuir o ensino superior, e 44,10% é Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas e 31% estudantes. Estes dados permitem verificar que as percentagens são elevadas neste grupo o que poderá de alguma forma justificar o facto de não se encontrar valores estatisticamente significativos, podendo tratar-se de uma amostra relativamente homogénea, por outro lado, termos optado pela regressão linear pode explicar o facto destas características não servirem de *per si* para predizer diferenças na QV na amostra do presente estudo.

Relativamente às características sociodemográficos e do exercício físico face à escala EQ-EVA verifica-se que apenas o peso, a altura e o IMC apresentam diferenças estatisticamente significativas, em que quanto maior o peso, melhor é a forma como os indivíduos se sentem. Relativamente à altura verifica-se que quanto mais baixo são os indivíduos, melhor se sentem no momento da colheita de dados.

Destes resultados verifica-se que quanto maior o peso, melhor é a forma como os indivíduos se sentem. Relativamente à altura verifica-se que quanto mais baixos são os indivíduos melhor se sentiam no momento da colheita de dados. Neste sentido, conclui-se que quanto menor o IMC maior a sensação de melhoria. No estudo de Santos e Ferreira (2008) acerca da “*O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias*” verificou-se que o excesso de peso está associado a uma pior QVRS, nomeadamente ao nível da Função Física e da Dor. Vieira (2012) no seu estudo, cujo tema era “*Preditores de qualidade de vida relacionada com a saúde na obesidade*” concluiu que as mulheres com peso normal indicaram melhor QV e bem-estar psicológico do que as que apresentavam pré-obesidade ou obesidade. Os estudos referidos apoiam os resultados obtidos no presente estudo, ou seja, seria de esperar que pessoas que apresentem um IMC dentro dos valores normais revelassem uma sensação de melhoria com a sua saúde. Contudo não deixa de ser curioso o facto de se ter obtido

resultados como “quanto maior o peso, melhor é a forma como os indivíduos se sentem”. A amostra do presente estudo revela valores de massa gorda baixa, sendo a sua média de 10,56%, ou seja, estamos perante uma população que pode revelar um valor de peso mais elevado, mas este peso pode estar associado ao peso muscular.

Destes resultados verifica-se que quanto maior o peso, melhor é a forma como os indivíduos se sentem. Relativamente à altura verifica-se que quanto mais baixo são os indivíduos melhor se sentiam no momento da colheita de dados. Neste sentido, concluiu-se que quanto menor o IMC maior a sensação de melhoria.

O exercício físico regular, segundo Silva *et al.* (2012), contribui para a manutenção da capacidade física e autonomia dos indivíduos, minimiza os efeitos danosos do envelhecimento, melhora a saúde e a capacidade funcional dos praticantes. Os seus benefícios para a condição física em geral e componentes da composição corporal são evidentes, contudo, sobretudo, promovem modificações positivas nos aspetos psicológicos, comportamentais e de QV do praticante (Januário *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2012).

A terceira hipótese testada foi: **“Prevê-se que indivíduos com maior frequência semanal no ginásio, a frequentar o ginásio há mais anos, a praticar maior diversidade de modalidades, com maior perceção da sua saúde, com maior motivação para o exercício físico e com maior atividade física expliquem maior QVRS do adulto”**. A prática de qualquer modalidade, no presente estudo, explica maior QVRS, tal como, o número de modalidades praticadas também pode trazer vantagens, pelo que se verificou que um maior número de modalidades diferentes praticadas por cada indivíduo também influencia a QVRS, aquando aplicado a escala EQ-5D-5L. No entanto, relativamente à escala EQ-EVA não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados evidenciam que os indivíduos não percecionam uma melhoria na sua QV com o número de modalidades, assim como, com o tipo de modalidades praticadas relativamente à EQ-EVA.

Uma maior frequência semanal no ginásio, assim como, mais anos a frequentar o ginásio, de acordo com os resultados obtidos, não revelam diferenças estatisticamente

significativas face escala de avaliação da QV, EQ-5D-5L e à EQ-EVA. Estes resultados não corroboram com os obtidos no estudo desenvolvido por Codonato et al. (2017) acerca da “*Qualidade de vida e motivação de praticantes de exercício físico*”, verificou-se que sujeitos que praticam musculação há mais de três anos apresentam maiores níveis de percepção de QVRS física, quando comparados com aqueles que estão em contacto com a prática há menos de um ano. No entanto, curiosamente os indivíduos do presente estudo não relacionam a mesma. De acordo com as orientações da União Europeia para a Atividade Física o esperado pela OMS para adultos saudáveis com idade entre os 18 e os 65 anos é de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana, ou pelo menos 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana. A quantidade necessária de atividade física pode ser acumulada em sessões de pelo menos 10 minutos e poderá compreender uma combinação de períodos de intensidades moderada e vigorosa. Atividades que permitam melhorar a força muscular e a resistência, 2 a 3 dias por semana deverão ainda ser acrescentadas. Face a esta recomendação parece evidente que seria de esperar resultados diferentes no presente estudo (IDP, 2009).

No que diz respeito à motivação para fazer exercício físico nas dimensões BEFP e MS também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, contudo, na dimensão Msa na escala EQ-5D-5L estas são verificadas. Assim, concluiu-se que quanto mais as pessoas praticam exercício físico por motivos de saúde, melhor descrevem a sua saúde. O mesmo não se verifica com a motivação para a prática de exercício físico, a nível das diferentes dimensões e a sua percepção de melhoria com a EQ-EVA. Abreu e Dias (2016) no estudo sobre a “*Relação entre qualidade de vida e exercício físico em contexto de ensino superior*” verificou que os motivos dos indivíduos reiniciarem a prática de exercício físico são maioritariamente relacionados com a saúde física e mental (nas quais se incluem questões relacionadas com controlo de peso, bem estar físico e bem estar psicológico). Weinberg e Gold (2007), consideram que a prática de exercício físico facilita o controlo de peso, diminui o stress e a depressão, fomenta o divertimento e a socialização. Estes acrescentam ainda o facto de promover a diminuição da tensão, facilitar o sentimento de controlo sobre o próprio corpo, aumentar a qualidade sono, bem como potenciar mudanças positivas na auto-estima, na auto-percepção e no ajustamento psicológico (Biddle e Mutrie, 2008).

Na associação da prática de exercício físico à percepção de QV (Mota-Pereira, *et al.*, 2011), o conceito de QV pode ser considerado como complexo e multifatorial (Pais-Ribeiro, 2009). A OMS foi uma das primeiras entidades a tentar descrevê-lo, apresentando-o como a “(...) percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Os resultados obtidos no presente estudo permite concluir que os indivíduos que percecionam uma melhoria na sua saúde revelam uma melhoria da QVRS na escala EQ-EVA. Contudo, o mesmo não se verifica com a EQ-5D-5L, em que os indivíduos não revelam que exista influencia. Estes resultados podem estar associados ao facto dos indivíduos quando questionados diretamente acerca da sua percepção face à QV conseguirem atribuir um score que posteriormente pode ser traduzido numa percepção de melhoria ou não. No entanto, na escala EQ-5D-5L a QV é avaliada de forma indireta, ou seja, os indivíduos descrevem a sua saúde através das dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. No estudo já referido por Codonato *et al.* (2017) verificou-se que os indivíduos que praticam musculação há mais de três anos apresentam maiores níveis de percepção de QV relacionada à saúde física, quando comparados àqueles que estão em contacto com a prática a menos de um ano. Esses praticantes mais experientes possuem três vezes mais hipóteses de se perceberem mais saudáveis fisicamente, se comparados aos iniciantes. No estudo desenvolvido por Abreu e Dias (2016) equacionou-se a hipótese da percepção da QV dos respondentes não ser influenciada diretamente pela prática do exercício físico, isto é, a QV pode efetivamente manifestar diferenças, contudo, poderão existir variáveis que moderam a percepção desta mesma QV. Estes autores consideraram pertinente em estudos posteriores investigar se esta hipótese é plausível e, neste caso, identificar as variáveis moderadoras.

No que diz respeito à influência da atividade física que as pessoas praticam na forma como as pessoas descrevem a sua saúde (escala EQ-5D-5L) não se verificam resultados estatisticamente significativos, assim como, o nível de intensidade de atividade física relativamente à EQ-EVA na posição de sentado também não revela diferenças estatisticamente significativas, ou seja, verifica-se que apenas os indivíduos que praticam atividades de intensidade moderada, de intensidade vigorosa e caminhada nos últimos 7

dias revelam uma melhoria na QV relativamente à escala EQ-EVA. Estes resultados são apoiados por Barros (2003), Sampaio (2007) e Barros et al. (2009), visto que no seu estudo constataram a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo que os utentes que praticam exercício físico apresentam melhor perceção de QV. Os indivíduos sedentários encontram-se associados a um menor estado de saúde. No estudo verifica-se que são nas dimensões: função física, desempenho físico, vitalidade e a componente física, onde se verifica maior diferenciação entre os grupos. Estes dados reforçados por Sampaio (2007) onde refere que, tanto o desempenho físico, como a função física são, as dimensões que estão mais diretamente relacionadas com o benefício do exercício.

Relativamente ao EQ-5D-5L, as modalidades mais intensas, CX work com 10,27; RPM com 9,86; Spinning com 9,79; Musculação com 9,54; GAP com 9,42; body pump com 9,18; body combat com 8,78 explicam um total de 66,84% da variância. Por outro lado, na EQ-EVA, o IPAQ explica 26,37% da variância. Estes dois resultados podem ter uma leitura semelhante, pois os indivíduos optam por modalidades mais intensas, no sentido de procurar uma melhor QV, assim como, os indivíduos que praticam mais atividade física revelam uma melhor perceção dessa QV.

Assim, conclui-se que quanto mais as pessoas praticam exercício físico por motivos de saúde, maior é a sua QV.

6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na realização deste estudo surgiram algumas limitações, nomeadamente na aplicação dos questionários em dois clubs diferentes, assim como, pelo extravaiar de alguns dos questionários aplicados. Outra limitação foi o número escasso de estudos que relacionem o exercício físico e a QVRS, assim como, escalas específicas para avaliar o exercício físico.

CONCLUSÃO

A adesão ao exercício físico regular e uma maior aptidão física estão associados a uma menor mortalidade e melhor QV, visto que facilitam a locomoção, a disposição para AVD's e ainda reduz a percentagem de gordura corporal.

No presente estudo verificou-se que os indivíduos que praticam exercício físico no *Phive Health & Fitness Centers* apresentam características sociodemográficas semelhantes a outros estudos da população portuguesa.

Com uma prática de exercício físico regular os indivíduos referem uma melhor perceção da QV, assim como, através da EQ-5D-5L, a prática de qualquer modalidade explica maior QVRS e o número de modalidades praticadas também pode trazer melhor QV. Os indivíduos que praticam atividades de intensidade moderada, de intensidade vigorosa e caminhada nos últimos 7 dias também revelam uma melhoria na QVRS relativamente à escala EQ-EVA, tal como, percecionam uma melhoria na sua saúde com a aplicação da mesma escala.

Motivação associada a razões de saúde promovem uma maior prática de exercício físico o que revela alterações na QVRS.

Com a execução deste estudo foi possível verificar que já existe alguma sensibilidade na população portuguesa para a prática de exercício físico e que este traz alterações na QVRS.

Na população portuguesa são poucos os estudos realizados, que relacionam o exercício físico com a QVRS, sendo os que foram realizados são maioritariamente acerca da atividade física. Para futuras pesquisas nesta área, torna-se importante investir, de modo a tornar mais evidente a necessidade de uma prática de exercício físico regular e consequentemente vincar a importância deste na QVRS dos indivíduos da população portuguesa. Poderia também tornar-se importante alargar este estudo a outros ginásios, quer no distrito de Coimbra quer em outras zonas do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Maria Odília; DIAS, Isabel Simões (2016) Relação entre qualidade de vida e exercício físico em contexto de ensino superior. CONGRESSO “Investigação em Qualidade de Vida, Inovação e Tecnologia.
- ALBUQUERQUE, C.M.S; MATOS, A.P.S. (2003). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (6), 647-663.
- ANES, E; FERREIRA, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista de Portuguesa de Saúde Pública*. 8, 67-82, <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-06-2009.pdf> [2 setembro 2016].
- APPELS, A., BOSMA, H., GRABAUSKAS, V., GOSTAUTAS, A. e STURMANS, F. (1996) Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population *Social Science & Medicine*. 5 (42), 681-689, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953695001956> [2 setembro 2016].
- ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares; ARAÚJO, Cláudio Gil Soares (2000) Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. 5 (6) 194-203, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922000000500005 [2 setembro 2016].
- ARMAGANJAN, L., et al. (2013) Denervação simpática renal e qualidade de vida. *Cardiologia Invasiva*, 21 (1) 13-17.
- ASCENÇÃO, Rui Pedro Alves (2012) Motivação para a Prática de Exercício Físico em ginásios do Distrito De Castelo Branco. Dissertação de Mestrado em Educação Física e Artística. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- ASSUMPCÃO, Francisco B., KUCZYNSKI, Evelyn, SPROVIERI, Maria Helena (2000) Escala de Avaliação de Qualidade de Vida Arquivo *Neuropsiquiatria*. 1 (58), 119-127, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2000000100018&script=sci_abstract&tlng=pt [2 setembro 2016].
- ASTRAND PO. (1994) Age is not a barrier: a personal experience. In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET (orgs.) *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics, 147-152.
- BALADY et al. (2007) Core componentes of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology-, the Councils o. *Circulation*, 115 (20), 2675-82. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945.
- BARBOSA, Rita Mª (2012) Resenha do livro “Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo”, de Markus Vinicius Nahas. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis*, v. 34, n. 2, p. 513-518.
- BATISTA, Fátima et al. (2011) *Livro Verde da Atividade Física*. Estrelas de Papel, Lda. ISBN: 978-989-8330-02-4.
- BIDDLE, S., & MUTRIE, N. (2008) Determinants, well-being and interventions. in: *Psychology of physical activity*. New York: Routledge.
- BLAIR et al. (1995) Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men!. *JAMA*. 273, 1093-8.

- BOCALINI, Danilo Sales; SANTOS, Leonardo; Andrey SERRA; Jorge (2008) Physical exercise improves the functional capacity and quality of life in patients with heart failure. *Clinical science*. 64, 437-42.
- BOWLING A; BRAZIER J. (1995) Quality of life in social science and medicine – Introduction. *Soc. Sci. Med.* 41, 1337-8.
- BRAZIER J; ROBERTS J, Deverill M. (2002) The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Health Econ.* 21, 271-292, <http://eprints.whiterose.ac.uk/474/1/brazierje10.pdf> [2 setembro 2016].
- BROOKS R. (1996) “EuroQol: the current state of play”. *Health Policy*. 37, 53-72.
- CAPUTO, Eduardo Lúcia; COSTA, Marcelo Zanusso (2014) Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. *Revista Brasileira Reumatologia*. 54(6), 467– 473, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414001661> [2 setembro 2016].
- CID, Luís Couto; COUTO, Nuno e MOUTÃO, João (2012) Atitudes face à atividade física e ao desporto: influência do sexo, idade e tipo de atividade praticada. *Revista Gymnasium*, 1, 4, (5).
- CODONHATO et al. (2017) Qualidade de vida e motivação de praticantes de exercício físico. *Corpo consciência*, Cuiabá-MT, 21 (1), p. 92-99.
- CODONHATO, Renan et al. (2017) Qualidade de vida e motivação de praticantes de exercício físico. *Revista Corpo consciência*. 21 (1).
- COELHO-RAVAGNANI et al. (2013) Estimativa do equivalente metabólico (met) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta. *Rev. Bras Med Esporte*. 19 (2).
- COPETTI, Jaqueline; NEUTZLING, Marilda Borges e SILVA, Marcelo Cozzensa (2010) Barreiras à prática de atividades físicas em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 15 (2), 88-94, [file:///C:/Users/Carina/Downloads/702-1200-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Carina/Downloads/702-1200-1-PB%20(1).pdf) [2 setembro 2016].
- CORREIA et al. (2010) Influência do exercício físico aeróbico na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos diabéticos. *R. Min. Educ. Fís., Viçosa, Edição Especial*. 5, 46-54, <http://www.revistamineiradeefi.ufv.br/artigos/arquivos/906588c221a4d86a3e9d85f698cfd420.pdf> [2 setembro 2016].
- CRAMER JA. (1993) A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 34 (4), 8-13, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1157.1993.tb05917.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_EXPIRED [2 setembro 2016].
- DEWULF, B, et al. (2012) Correspondence between objective and perceived walking times to urban destinations: Influence of physical activity, neighbourhood walkability, and sociodemographics. *Int J Health Geogr*. 11(43), 1-10, http://download.springer.com/static/pdf/589/art%253A10.1186%252F1476-072X-11-43.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fij-healthgeographics.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1476-072X-11-43&token2=exp=1497220955~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F589%2Fart%25253A10.1186%25252F1476-072X-11-43.pdf*~hmac=3474e369aa681374b3d66ad79b6ba96d06502cb0d535c3964a11c79ccb112f04 [2 setembro 2016].

- DGS (2003). Contributos para um Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas. Retrieved Fevereiro, 2004, from <http://www.dgsaude.pt>.
- DGS (2005) Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular normativa. [file:///C:/Users/Carina/Downloads/i006908%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Carina/Downloads/i006908%20(1).pdf) [11junho 2017].
- ELIZONDO-ARMENDARIZ, J. J.; GRIMA, F. G.; ONTOSO, I. A. (2005) Prevalência de atividade física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Esp. Salud Pública*. 79 (5): 559-567, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500006 [2 setembro 2016].
- EUROBARÓMETRO-334 (2010) Sport and Physical Activity, Comissão Europeia http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-334_pt.htm [11junho 2017].
- EUROBARÓMETRO (2014) Sondagem Eurobarómetro sobre desporto revela elevados níveis de inatividade na UE. Comissão Europeia http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_pt.htm [11junho 2017].
- EUROQOL GROUP. (1990) EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 16:199-208, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0168851090904219> [11junho 2017].
- FERREIRA PL, FERREIRA LN. (2006) A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Rev. Portuguesa Saúde Pública*. 24 (2), 5-14.
- FERREIRA, Lara Noronha; FERREIRA, Pedro Lopes; BALEIRO, Rita Rodrigues (2008) Qualidade de vida em doentes com artrite reumatoide. *Acta Reumatológica Portuguesa*. Vol. 33 Issue 3, p331-342. 12p.
- FERREIRA, M; MATSUDO, V; BRAGGION G. (2005) Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11 (3); 172-176, <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n3/a04v11n3.pdf> [2 setembro 2016].
- FERNANDES, H.M. et al. (2009) A influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade. Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5 (1), 33-50 ISSN 1646 – 107X.
- FERREIRA, Pedro Lopes; FERREIRA, Lara Noronha; PEREIRA, Luís Nobre (2013) Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 26(6); 664-675.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. (1999) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev. Bras Psiquiatria*, 21 (1), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006 [2 setembro 2016].
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. (1999) Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 33 (2).
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. *Revista Saúde Pública*; 34(2) 178-83.
- FORTIN, M. (2003) O processo de investigação: Da concepção à realização. (3ª edição). Loures: Lusociência.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência, D. L.. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRANCHIGNONI, F.; SALLAFFI, F. (2003) “Quality of life assessment in rehabilitation medicine”. *Europa Medico physica*, 39, n. 4, p. 191-198.

- FRANCO, S. ; SANTOS, R (1999). A Essência da Ginástica Aeróbica. Rio Maior: Serviço de edições da Escola Superior de Desporto de Rio Maior.
- GEORGE, Francisco (2014) Sobre Determinantes da Saúde. www.dgs.pt [2 setembro 2016].
- GIANNUZZI, P. et al. (2003) “Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology”. Eur Heart J. 24 (13): 1273-8, <http://www.ziegelmeier.at/downloads/mtz/arztinformation/esc2003.pdf>www.dgs.pt [2 setembro 2016].
- GUEDES, Dartagnan Pinto; LEGNANI, Rosimeide Francisco Santos; LEGNANI, Elto (2012) “Motivos para a prática de exercício físico em universitários e fatores associados”. Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte, São Paulo, v.26, n.4, p.679-89, <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n4/v26n4a12.pdf> [2 setembro 2016].
- GUEDES, Dartagnan Pinto, GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto (1995) “Atividade Física, Aptidão Física e Saúde”. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.v.1, n.1, p. 1835, <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/451/495> [2 setembro 2016].
- GUISELINI M. (1999) “Atividade física e qualidade de vida”. Informe Phorte, São Paulo;1:3.
- GUYATT GH; FEENY DH; PATRICK DL. (1993) Measuring health - Related quality of life. Ann Intern Med; 118, n. 8, p. 622-629.
- GUYATT, G. H.; COOK, D. J. (1994) Health Status, Quality of life, and the individual. JAMA, 272, n. 8, p. 630-631.
- HEALTH AND DEVELOPMENT THROUGH PHYSICAL ACTIVITY AND SPORT (2003). WHO. Geneva.
- HOUT, Bem V. (2012) Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets. Value in Health. 15 (5), 708-715.
- IDP - INSTITUTO DO DESPORTO DE PORTUGAL (2009) Orientações da união europeia para a actividade física. ISBN 978-989-8330-01-7.
- INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA) (2011) Indicadores sociais 2010. Lisboa: INE, 2011.
- IPAQ (2005) Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ)-short and long forms. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.htm>.
- JANUÁRIO, Renata Selvatici Borges *et al.* (2011) Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *ConScientiae Saúde*, v. 10, n. 1, p. 112-121.
- KOPEC J; WILLISON K. (2003) A comparative review of four preference-weighted measures of health-related quality of life. *J Clin Epidemiol*; 56:317-325.
- KIND P; HARDMAN G; MACRAN S. (1999) UK population norms for EQ-5D. Discussion Paper 172. York: York University - Centre for Health Economics.
- LOPES, Paula Cristina Loureiro (2013) *Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal*. Projeto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Departamento de Economia do ISCTE – IUL, ISCTE Business School.
- LOURENÇO, António José da Cunha (2002) *Motivações para a aderência ao exercício físico regular em populações especiais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de ciências do desporto e de educação física. Universidade do Porto.

- LOHR, K. N. et al. (1996) Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clinical Therapeutics*, Philadelphia, v. 18, n. 5, p. 979-992.
- MACEDO, C. S. G. et al. (2012) Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física; Saúde*. Londrina, v. 8, n. 2, p. 19-27.
- MALTBY, J., & DAY, L. (2001). The relationship between exercise motives and psychological well-being. *The journal of psychology*, 135(6), 651-660.
- MARIVOET, S., & MALVEIRO, O. (1999). As Relações entre o estado e o movimento associativo em Portugal (1984-1999). *Revista Horizonte*, XV (89), 25-32.
- MARIVOET, Salomé (2000) Práticas desportivas na sociedade portuguesa (1988-1998). *IV Congresso Português de Sociologia*.
- MARIVOET, S. (2001). *Hábitos desportivos da população portuguesa*. Lisboa: Instituto Nacional de Formação e Estudos do Desporto.
- MARQUES-VIDAL P; DIAS CM. (2005) Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obesity research*. 13(7):1141-5;
- MARTINEZ-GONZALEZ M. A., et al. (2001) Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exercise*, 33(7): p. 1142-6.
- MARTÍNEZ et al. (2011) Associação entre exercício físico e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Rev. Med (São Paulo)*. 90(1):52-7.
- MARTINS, Paulo José Forcina; MELLO, Marco Túlio; TUFIK, Sérgio (2001) Exercício e sono. *Ver Bras Med Esporte*. 7(1).
- MARTINS, Teresa (2006) *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares Cuidados*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda., 264p. ISBN 972-8485-65-4.
- MARTINS, Francisco (2007) *Objectivos da procura desportiva: O caso dos ginásios da UC e da AAC do EUC numa perspectiva comparada*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física;
- MÁRTIES, M. A. (2003). Sobre Saúde, a Doença e os cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 51, 41-43.
- MATSUDO, Sandra Mahecha, MATSUDO, Victor K.R, NETO, Turíbio Leite Barros (2000) Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física &Saúde*. 5 (2), p. 60-76.
- MENDES, Romeu Duarte Carneiro (2013) *Prática de Exercício Físico e Níveis de Atividade Física Habitual em Doentes com Diabetes Tipo 2 Estudo Piloto em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1).
- MONTEIRO, Maria João Mateus (2011) *Competências para a Vida em Adolescentes: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social*. Dissertação de Mestrado;
- MORTON Randall P.; MSc; FRACS (1997) Laryngeal cancer: quality-of-life and cost-effectiveness. Department of Otolaryngology, Greenlane Hospital. *Head & N*;
- MOTA, Jorge et al. (2006) Actividade Física e Qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes em programas regulares de actividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte [Em linha]*. Vol.20, nº3. 219-225 p. [Consult. 27 de Jan.

2011]. Disponível em: WWW: <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/16629/18342>.

- MOTA, DDCF; PIMENTA, CAM (2002) Fadiga em pacientes com cancer avançado: conceito, avaliação e interpretação. *Revista brasileira de cancerologia*. 48 (4): 577-583.
- MOTA-PEREIRA, J. Carvalho S., et al. (2011). Moderate physical exercise and quality of life in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1657-1659.
- MOUTÃO, J., ALVES, J., & Silva, C. (2003) *Motivos para a prática de exercício* In A. Seabra, D. Catela, F. Romero, J. Moutão, N. Pimenta, R. Santos Rocha & S. Franco (Eds.), *Investigação em Exercício e Saúde*. Rio Maior: ESDRM-IP.
- MOUTÃO, J. (2005) *Motivação para a prática de Exercício físico: Estudo dos motivos para a prática de Atividades de fitness em ginásios*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Desporto de Rio Maior.
- NUNES, R.; REGO, G. (2002). *Prioridades na Saúde* (2ª. Ed.). Lisboa: Editora McGraw-hill;
- OLIVEIRA, D. G. F. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação. Universidade Nova de Lisboa.
- OLIVEIRA, R.; ORSINI, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*. Componentes estruturais de ação. Relatório mundial. <http://www.who.int/chronic-conditions/en>. [10 de Junho de 2017].
- PAIS-RIBEIRO, J. (2009) *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. (pp.31- 49)
- PIMENTEL, F. L. (2006) *Qualidade de Vida e Oncologia*. Almedina Ed. ISBN 972-40-2791-0.
- PIRES, M.J. (2009) *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.
- PIRES, Giovanni de Lorenzi, MARTIELLO Jr, Edgard, GONSALVES, Aguinaldo. (1998) Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. v. 20, n. 1, p. 5357.
- PRAÇA, M^a Isabel (2012) *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. Dissertação do Mestrado Gestão das Organizações Ramo da Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POLLOCK ML, et al. (1998) American College of Sports Medicine. Position stand: the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. *Med. Sci. Sports Exerc*; 30:975-91.
- PORTO LGG; JUNQUEIRA JR LF. (2008) Atividade física e saúde: evolução dos conhecimentos, conceitos e recomendações para o clínico. *Bras. Med.* 45:107-15.

- PORTRAIT, France; et al. (2001) Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography*. 38 (4), 525–536.
- REICHERT, Felipe Fossatir (2004) *Barreiras à prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.
- ROGERSON R.J. (1995) Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc. Sci. Med*; 41:1373-82.
- SADANA, R. et al. (2002) *Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status*. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002. p.369-86.
- SALVADOR, Márcia Isabel Bandarra (2016) *Percepção das barreiras e benefícios para a atividade física, níveis de atividade física e proficiência em habilidades motoras*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação.
- SAMULSKI JA. (1995) *Quality of life from a federal regulatory perspective*. In: Dimsdale JE, Baum A, edit o r s. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 31-42.
- SAMULSKI, D. (2009) *Psicologia do Esporte*. Edição Revisada e Ampliada. 2 ed. São Paulo: Manole.
- SANTAREM, José Maria (1996) Atividade Física e saúde. *Acta Fisiátrica*. V3, nº1, p. 37-39.
- SANTOS, S. (2006) Qualidade De Vida Em Crianças E Adolescentes Com Problemas De Saúde: Conceptualização, Medidas E Intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7 (1), 89-94.
- SANTOS, Rita; PEREIRA, João (2008) O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista portuguesa de saúde pública*, 26 (1), p. 25-37.
- SANTOS, Luzia Arcanja da Cruz Soares; OLIVEIRA, Maria do Nascimento Mondego (2007) *A importância da atividade física na qualidade de vida do idoso: estudo de caso do Programa de Ação Integrada ao Aposentado*. [Em linha]. São Luís MA: Faculdade Atenas Maranhense, 2007. Curso de pós-graduação em gestão estratégica de pessoas. [Consult. 3 de Abril. 2011]. Disponível em WWW: <https://pt.scribd.com/document/9441110/A-Importancia-da-atividade-fisica-na-Qualidade-de-Vida-do-Idoso>.
- SANTOS et al. (2010) A importância da atividade física na qualidade de vida do idoso: estudo de caso do Programa de Ação Integrada ao Aposentado. *Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum*. 12(3):137-143.
- SANTOS et al. (2010) Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. *Rev. Bras. Epidemiol*. 13(1): 94-104.
- SANTOS, Ana Lúcia Padrão; SIMÕES, António Carlos (2012) Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, n.1, p.181-192.
- SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa (2004) Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (2):580-588.
- SILVA, Isabel et al. (2003) Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica*. Porto, p.185-194.

- SILVA, I.M. S. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- SILVA et al. (2010) Atividade física e qualidade de vida. *ciencia& Saúde Coletiva*, 15(1). P.115-120.
- SILVA, Rodrigo Batalha (2012) Relação da prática de exercícios físicos e fatores associados às regulações motivacionais de adolescentes brasileiros. *Motricidade*, v. 8, n. 2, p. 8-21.
- SILVA, Rodrigo Sinnott et al. (2010) Atividade física e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 15 (1), p.115-120. ISSN 1413-8123.
- SHEPHARD, R. J. (1996). Habitual physical activity and academic performance. *Nutrition Reviews*, 54, S32-S36.
- SHEPHARD RJ, BALADY G. (1999) Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation*. 99: 963-72.
- SIMÕES, A. L.; SIMÕES, António C. (2012) Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. *Saúde e sociedade*. Vol. 21, nº1, p. 181-192.
- SJÖSTRÖM M., et al. (2006) Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *J. Public Health*, 14: p. 291-300.
- STODDEN et al. (2008) A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: an emergent relationship. *Quest*. 60, 290–306.
- SCHUTTINGA JA. (1995) Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 31-42.
- TAIROVA, Olga Sergueevna; LORENZI, Dino Roberto Soares (2011) Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro; 14(1):135-14.
- TAVARES et al. (2013) O efeito de um programa de exercício físico na qualidade de vida em doentes cardíacos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1), p. 3–10.
- TEIXEIRA, P; SARDINHA, LB; BARATA, JLT (2008) “*Nutrição, Exercício e Saúde*”. Lisboa: Lidel;
- TEIXEIRA PJ, et al. (2012) Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 9:78.
- TERRIS, M. (1975) Approaches to an Epidemiology of Health. *American Journal of Public Health*, 65, 1037-1045.
- The WHOQOL Group. (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*. 41:1403-10.
- THE WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc. Sci Med*; 46:1569-85.
- TRACANA, Rosa B.; ALPIUM, Marisa e CARVALHO, Graça (2013) Diferenças de género e de idade na prática de modalidades em ginásio/academia. In: *profissional (vol.2)* São Luís: Edufma.
- p. 55-66. (ISBN: 978-85-7862-294-7). *Perspectivas para o século XXI: Atividade física e saúde, inclusão social e formação*. P.T.M. Silva, S.A.R.Souza & I.C. Neto (Org.) O desenvolvimento humano.

- VARO JJ, et al. (2003) “Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union”. *Int J Epidemiol.* 32 (1):138-146.
- VAZ DE ALMEIDA, MD et al. (1999) Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutr.*; 2 (1A):105-13.
- WARE JE; SHERBOURNE CD (1992) The MOS 36 Item ShortForm Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 30: 473-83.
- WEINBERG, R.S. & GOULD, D. (2007) *Foundations of sport and exercise psychology* (4rd Ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- WILLIAM et al. (2007) Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, http://www.cdof.com.br/recomendacao_acms_adultos65.pdf [11junho 2017].
- WHO (2009) Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994) Quality of life assessment: an annotated bibliography. Geneva: *WorldHealthOrganization*.
- WU, AW et al. (1997) Applications of the medical Outcomes study healthrelated quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res*; 6:531-54.
- ZANATA, Everton Antônio, NAVARRO, Francisco e GREATTI, Vanessa Raquel. (2014) A importância da prática do exercício físico para portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão crítica. *Salusvita*, Bauru, v. 33, n. 2, p. 209-222.

APENDICE I

QUESTIONÁRIO ENTREGUE AOS SÓCIOS DO GINÁSIO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE EM ADULTOS SAUDÁVEIS

No âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, encontra-se a realizar um estudo com o objetivo de avaliar “*Quais os fatores pessoais e do exercício físico preditivos da qualidade de vida em saúde no adulto?*”. Este questionário tem um caráter anónimo, pelo que não é necessário ser assinado. A confidencialidade será garantida pela análise dos dados na sua globalidade e estes apenas serão utilizados nesta investigação.

O questionário é constituído por *cinco partes*, em relação a cada uma delas ser-lhe-ão dadas instruções específicas sobre o modo como deve responder ou proceder. Seja tão *sincero e espontâneo* quanto possível, tentando nomeadamente evitar os riscos de resposta enviesada (por ex., respostas dadas de acordo com o que se julga socialmente desejável devido à inserção num grupo de pares, ou politicamente correto). Agradeço, antecipadamente, a sua disponibilidade no preenchimento do presente questionário, imprescindível para a consecução deste trabalho.

Não deixe nenhuma pergunta por responder, pois implica a anulação do questionário. A resposta ao questionário (*Partes I, II, III, IV e V*) deverá ser devolvida, em envelope fechado e sem identificação.

Parte I	Caracterização sociodemográfica
----------------	--

Responda por extenso às questões seguintes ou assinale com uma cruz a resposta apropriada à sua situação.

1) Sexo: Masc. Fem. 2) Idade (em anos): _____ 3) Nacionalidade: _____

4) Estado Civil:

Casado/a Divorciado/a Solteiro/a União de facto Viúvo/a

5) Escolaridade:

Sabe ler e escrever 1º Ciclo de ensino básico 2º Ciclo de ensino básico

3º Ciclo de ensino básico Ensino Secundário Ensino Superior

6) Profissão: _____

7) Há quanto tempo frequenta o ginásio (em anos/meses): _____

8) Em média com que frequência vem ao ginásio (vezes/semana/mês): _____

9) Modalidades que pratica (se pratica mais do que uma, assinale todas as que pratica com frequência):

MOVES:	POWER:	FLOW:	RIDE:	AQUA:
<input type="checkbox"/> Body Attack	<input type="checkbox"/> Cross Phive	<input type="checkbox"/> Body Balance	<input type="checkbox"/> Spinning	<input type="checkbox"/> HidroGinástica
<input type="checkbox"/> Body Jam	<input type="checkbox"/> Cxwork	<input type="checkbox"/> Flyoga	<input type="checkbox"/> RPM	<input type="checkbox"/> Hidro Bike
<input type="checkbox"/> Body Vive	<input type="checkbox"/> Bootcamp	<input type="checkbox"/> Pilates		<input type="checkbox"/> Hidro Hit
<input type="checkbox"/> Body Combat	<input type="checkbox"/> Body Pump	<input type="checkbox"/> Yoga		
<input type="checkbox"/> GAP	<input type="checkbox"/> Body Step			
<input type="checkbox"/> Zumba	<input type="checkbox"/> Power Jump			
<input type="checkbox"/> Kangoo Phive	<input type="checkbox"/> TRX			
	<input type="checkbox"/> PHIT			

Coach

Musculação

10) Peso/KG: _____

11) Altura/metros: _____

12) Índice de Massa Gorda:

Quando iniciou o ginásio: _____

Atual: _____

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que as pessoas fazem no seu cotidiano. As questões que lhe colocamos, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente ativo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vou colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Atividades físicas vigorosas referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante. Atividades físicas moderadas referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1. Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

|____| Dias

2. Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|____|____| Horas | |____|____| Minutos |

3. Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

|____| Dias

4. Nos dias em que faz atividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|____|____| Horas | |____|____| Minutos |

5. Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

|____| Dias

6. Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

|____|____| Horas | |____|____| Minutos |

7. Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

|____|____| Horas | |____|____| Minutos |

Parte III	Inventário de Motivação para o Exercício (EMI – 2P)
------------------	--

Seguidamente são apresentadas várias afirmações relacionadas com as razões que as pessoas normalmente apresentam para fazerem exercício físico. Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale-as TODAS com um círculo, no número apropriado:

- Se considerar que uma afirmação não é, de maneira nenhuma, verdadeira para si, deverá assinalar "0".
- Se entender que a afirmação é completamente verdadeira para si, assinale "5".
- Se entender que uma afirmação é parcialmente verdadeira para si, assinale "1", "2", "3" ou "4", de acordo com a intensidade com que essa mesma afirmação reflete o porquê de você praticar exercício físico.

Pessoalmente, faço exercício físico:

Nada verdadeiro
para mim
↓

1	Para ter um corpo saudável	0	1	2	3	4	5
2	Para prevenir problemas de saúde	0	1	2	3	4	5
3	Porque gosto de competir	0	1	2	3	4	5
4	Porque me proporciona situações desafiantes	0	1	2	3	4	5
5	Para me ajudar a controlar o peso	0	1	2	3	4	5
6	Para recarregar energias	0	1	2	3	4	5
7	Para melhorar a minha aparência	0	1	2	3	4	5
8	Para ser reconhecido pelas minhas prestações/realizações	0	1	2	3	4	5
9	Para me tornar mais forte	0	1	2	3	4	5
10	Por gostar da experiência de praticar exercício físico	0	1	2	3	4	5
11	Para me ajudar a recuperar de uma doença/lesão	0	1	2	3	4	5
12	Para me manter/tornar flexível	0	1	2	3	4	5
13	Para libertar a tensão	0	1	2	3	4	5
14	Para fazer novos amigos	0	1	2	3	4	5

Parte IV	Escala da percepção de melhoria
-----------------	--

Comparando com o que acontecia antes de iniciar o exercício físico, como descreve a sua qualidade de vida (marque na coluna da Direita):

	Qualidade de vida
Muitíssimo melhor	+7
Muito melhor	+6
Bastante melhor	+5
Moderadamente melhor	+4
Um pouco melhor	+3
Ligeiramente melhor	+2
Quase na mesma, praticamente sem qualquer melhoria	+1
Sem alterações	0
Quase na mesma, talvez um tudo-nada pior	-1
Ligeiramente pior	-2
Um pouco pior	-3
Moderadamente pior	-4
Bastante pior	-5
Muito pior	-6
Muitíssimo pior	-7

Assinale com um X (assim ☒) o quadrado apropriado em cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde HOJE.

MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar
- Tenho problemas ligeiros em andar
- Tenho problemas moderados em andar
- Tenho problemas graves em andar
- Sou incapaz de andar

CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)

ACTIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

DOR/MAL-ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar graves
- Tenho dores ou mal-estar extremos

ANSIEDADE/DEPRESSÃO

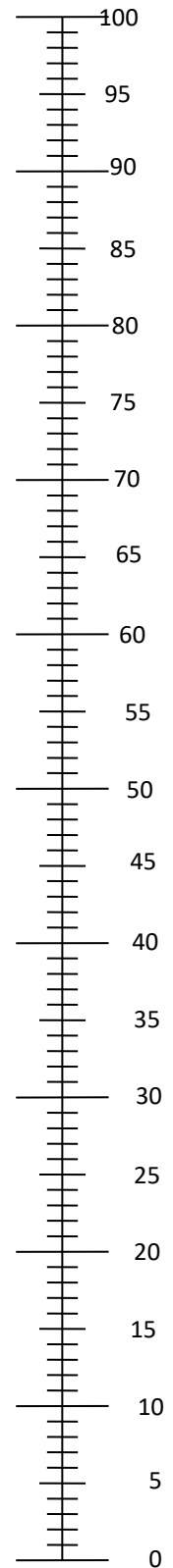
- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou ligeiramente ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou gravemente ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.

- A escala está numerada de 0 a 100.
100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

**A melhor saúde que
possa imaginar**



**A pior saúde que
possa imaginar**

*Agradecemos a sua colaboração e o tempo que nos concedeu
a responder a este questionário.*

APENDICE II
AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO DA ESCALA IPAQ

Exmo. Senhor Professor Luís Fernando
Cordeiro Bettencourt Sardinha

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: “*O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis*”. Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luís Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o *Questionário Internacional de Atividade Física* (IPAQ), construído pelo Ex^{mo}. Senhor Professor Luís Fernando Cordeiro Bettencourt Sardinha.

Sem outro assunto de momento, espero a anuência de V. Excelência e antecipadamente grata pela disponibilidade, subscrevo com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Coimbra, 18 de Outubro de 2016

Ana Carina Teixeira (918905978)

34 de 71

autorização para utilizar o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) Entrada x

Jorge Mota

ana carina monteiro teixeira <carinanamonteiro@gmail.com> 28/10/2016

para jmota

Exmo. Senhor Professor Jorge Mota

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: "*O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis*". Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luís Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o *Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)*, construído pelo Ex^{mo}. Senhor Professor Jorge Mota.

Sem outro assunto de momento, espero a anuência de V. Excelência e antecipadamente grata pela disponibilidade, subscrevo com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Coimbra, 27 de Outubro de 2016

Ana Carina Teixeira (918905978)

34 de 71

autorização para utilizar o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) Entrada x

Jorge Mota

ana carina monteiro teixeira 28/10/2016

Exmo. Senhor Professor Jorge Mota Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfer...

Jorge Mota <jmota@fade.up.pt> 29/10/2016

para mim

Estimada
Ana

Obrigado pelo email. Na verdade eu não desenvolvi o IPAQ mas sim trabalhei na versão que foi validade ara a População Portuguesa e publicado no artigo da Craig et al. 1992 no MSSE.

A atualização não carece de autorização mas agradeço o teu cuidado. Anexo a versão do mesmo

Bj e boa sorte

Jorge Mota

APENDICE III

AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO DA ESCALA EMI – 2p

Exmo. Senhor Professor Doutor João
Miguel Raimundo Peres Moutão

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: “*O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis*”. Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luís Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o *Inventário de Motivação para o Exercício* (EMI – 2P), traduzido e adaptado para a população Portuguesa pelo Ex^{mo}. Senhor Professor Doutor João Miguel Raimundo Peres Moutão.

Sem outro assunto de momento, espero a anuência de V. Excelência e antecipadamente grata pela disponibilidade, subscrevo com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Coimbra, 18 de Outubro de 2016

Ana Carina Teixeira (918905978, carinanamonteiro@gmail.com)

37 de 71

Autorização de aplicação da escala EMI-2P Entrada x

ana carina monteiro teixeira <carinanamonteiro@gmail.com>
para João

19/10/2016

João Moutão - ESDRM

Mostrar detalhes

Exmo. Senhor Professor Doutor João Miguel Raimundo Peres Moutão

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: "O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis". Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luis Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o *Inventário de Motivação para o Exercício* (EMI – 2P), traduzido e adaptado para a população Portuguesa pelo Ex^{mo}. Senhor Professor Doutor João Miguel Raimundo Peres Moutão.

Sem outro assunto de momento, espero a anuência de V. Excelência e antecipadamente grata pela disponibilidade, subscrevo com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Coimbra, 19 de Outubro de 2016

Ana Carina Teixeira (918905978)

37 de 71

Autorização de aplicação da escala EMI-2P Entrada x

ana carina monteiro teixeira
Exmo. Senhor Professor Doutor João Miguel Raimundo Peres Moutão Ana Carina Mo...

19/10/2016

João Moutão - ESDRM

Mostrar detalhes

João Moutão - ESDRM <jmoutao@esdrm.ipsantarem.pt>
para mim

21/10/2016

Ex.ma Ana Catarina

Felicitó pelo tema do seu trabalho.
A versão traduzida do questionário EMIZ é mesmo para isso.
Estarei ao dispor para qualquer esclarecimento que seja útil.

Votos de bom trabalho
João Moutão

De: ana carina monteiro teixeira [mailto:carinanamonteiro@gmail.com]
Enviada: 19 de outubro de 2016 13:52
Para: João Moutão - ESDRM <jmoutao@esdrm.ipsantarem.pt>
Assunto: Autorização de aplicação da escala EMI-2P

Não foram detetados vírus nesta mensagem.
Verificado por AVG - www.avg.com
Versão: 2016.0.7797 / Base de dados de Vírus: 4664/13240 - Data de Lançamento: 10/20/16

APENDICE IV

AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO DA ESCALA EQ-5D-5L

Exmo. Senhor Professor Doutor Pedro
Ferreira

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: “*O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis*”. Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luís Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o questionário EQ - 5D – 5L, traduzido e adaptado para a população Portuguesa pelo Ex^{mo}. Senhor Professor Doutor Pedro Ferreira.

Sem outro assunto de momento, espero a anuência de V. Excelência e antecipadamente grata pela disponibilidade, subscrevo com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Coimbra, 18 de Outubro de 2016

Ana Carina Teixeira (918905978, carinamonteiro@gmail.com)

APENDICE V

AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NO GINÁSIO

PARECER

Projeto Investigação: "O exercício físico e a qualidade de vida relacionados com a saúde em adultos saudáveis"

Investigador: Drª Ana Carolina Teixeira

Resumo

Objetivos, Metodologia, Resultados esperados
Outros Pontos ou Serviços envolvidos

Toda-se de um estudo transversal e preditivo porque é aquele que coincide com os objetivos que se pretendem alcançar.

Como objetivo principal definir, identificar os fatores pessoais e do exercício físico preditivos da QVRS de adultos. Como objetivos específicos: identificar as características pessoais, como o sexo masculino, menor faixa etária, indivíduos casados, níveis de escolaridade mais elevada e estatuto socio-profissional com maiores níveis de qualificação explicam estados de saúde mais favoráveis, assim como, identificar as características, como maior diversidade de modalidades que pratica, menor índice de massa gorda, maior frequência semanal do treino, mais anos a frequentar o ginásio e maior atividade física explicam maior QVRS de adultos.

Como instrumento de recolha de dados utilizar-se-á o Questionário De Avaliação De Exercício Físico E A Qualidade De Vida Relacionada Com A Saúde Em Adultos Saudáveis. O questionário será distribuído e recolhido pelo investigador. Na distribuição será clarificado o objetivo da investigação, existência e participação dos riscos, assegurando-se a confidencialidade dos dados. A entrega dos questionários será realizada individualmente num envelope selado. Nesta fase será solicitado aos inquiridos que não coloquem qualquer elemento identificativo, entregando no final o questionário dentro do mesmo envelope selado. Para além disto, os inquiridos serão informados acerca da finalidade do estudo e da necessidade de responderem com a maior sinceridade possível, para que a informação recolhida seja fidedigna. Para que os inquiridos expressem melhor os seus sentimentos, estes devem ter a oportunidade de responder ao questionário em privado.

Como resultados espera-se encontrar relações entre as características pessoais, como o sexo masculino, menor faixa etária, indivíduos casados, níveis de escolaridade mais elevada e estatuto socio-profissional com maiores níveis de qualificação explicam estados de saúde mais favoráveis, assim como, entre a maior diversidade de modalidades que pratica, menor índice de massa gorda, maior frequência semanal do treino, mais anos a frequentar o ginásio e maior atividade física e uma maior QVRS de adultos.

APENDICE VI
AUTORIZAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA ARS

Exmo.. Senhor Presidente do Conselho

Diretivo da ARS Centro IP.

Ana Carina Monteiro Correia Teixeira, enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, encontra-se a desenvolver um trabalho de pesquisa subordinado ao tema: “O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis”. Este estudo visa identificar os fatores pessoais e do exercício físico que são preditivos da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde do adulto, tendo como orientador o Doutor Luís Cavalheiro. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação do

respetivo instrumento de colheita de dados: “Questionário de Avaliação do Exercício Físico e a

Qualidade de Vida relacionada com a Saúde em Adultos Saudáveis”.

Toda a informação recolhida merecerá da minha parte respeito pela privacidade e confidencialidade dos dados, assegurando valores ético-deontológicos do anonimato e sigilo profissional. Mais se acrescenta, que ficará ao dispor de Vossa Excelência os resultados do trabalho realizado.

Desde já, agradeço toda a atenção disponibilizada à minha solicitação, com os mais Respeitosos Cumprimentos,

Pedem deferimento, Coimbra, 26 de Dezembro de 2016

Ana Carina Teixeira – 918905978

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: O parecer da Comissão de Ética é favorável. O presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde vai decorrer o estudo.

DESPACHO:

De acordo com o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde do Centro e a autorização que o mesmo apresenta para o estudo.
09/02/2017

ASSUNTO:

Estudo 06/2017 – O exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos saudáveis

Autor: Ana Carina Monteiro Correia Teixeira; Luís Cavalheiro

da A.R.S. do Centro, I.P.

[Assinatura]
Dr. José Carlos Amado Martins
Presidente

[Assinatura]
Dr. Luís Cavalheiro
Membro

Integrado o Mestrado em Gestão e Economia da FEUC, a investigadora pretende aplicar questionário a pessoas que utilizam o Ginásio Phive Health & Fitness Centers, de Coimbra, para a prática de exercício físico, esperando obter uma amostra entre 500 e 750 participantes. Não se trata de população vulnerável. O questionário inclui: questionário sociodemográfico e antropométrico, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – versão curta, The Exercise Motivations Inventory (EMI – 2p-versão reduzida), Escala da Perceção de Melhoria da QdVRS (âncora) e a EQ – 5D- 5L (versão portuguesa). O questionário será distribuído pela investigadora, em envelope, permitindo ao participante responder com tranquilidade e privacidade, devolvendo o questionário à posteriori. O questionário não tem nenhuma questão cuja resposta que permita a identificação dos participantes. São definidos os critérios de inclusão e exclusão. Será utilizado documento para informação escrita aos participantes e obtenção do consentimento. Parecem estar garantidas as condições de privacidade, reserva da intimidade, autonomia na participação e anonimato na resposta.

Coimbra, 1 de fevereiro de 2017

O relator,

[Assinatura]

José Carlos Amado Martins

[Assinatura]