



Ana Luísa Vieira

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE
À NECESSIDADE DE TEREM OPORTUNIDADES DE
PRÁTICA DESPORTIVA E DE EXERCÍCIO FÍSICO
ANTES, DURANTE OU APÓS AS SUAS TAREFAS
PROFISSIONAIS

Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em
Populações especiais, apresentada à Faculdade de
Ciências do Desporto e Educação Física da
Universidade de Coimbra

Coimbra/2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Luísa Vieira

Perceção dos profissionais de saúde face à necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de exercício físico, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais

Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais apresentada à Faculdade Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de mestre em Exercício e Saúde em Populações Especiais

Orientadores:

Prof. Doutor José Pedro Ferreira

Prof. Doutor Hugo Sarmento

Coimbra, 2018

Vieira, A. (2018). Perceção dos profissionais de saúde face à necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de exercício físico antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Ao meu PAI, José Vieira, por tudo o que me ensinou e me proporcionou! Pelo seu exemplo e espiritualidade, onde vou buscar a energia diária e que tanto me enche de força! “Obrigada por me ensinares a nunca desistir dos meus sonhos!” A Ele um eterno agradecimento!

Às minhas duas FILHAS, Clara e Lúcia, por respeitarem o tempo de silêncio nos momentos de reflexão e pela ajuda, carinho e força, pedindo as minhas desculpas pelos momentos de ausência exigidos para terminar este percurso!

Ao meu MARIDO, José Pinto, pela extrema paciência, ajuda, força e carinho em todos os momentos! Ora nas fases mais exaustas dando-me força para continuar, ora nas mais felizes, dando sentido a que tudo vale a pena!

AGRADECIMENTOS

Estes dois anos foram para mim um período de extrema exaustão pelas exigências inerentes ao papel de Mãe, Mulher, Trabalhadora e Estudante! Desde o início que contei com o apoio e confiança de várias pessoas que me estimularam intelectualmente e emocionalmente e sem as quais, o êxito do meu percurso e desta investigação não seria possível!

Agradeço aos meus colegas de curso, a todos os professores e coordenadores da dissertação, Prof. Doutor José Pedro Ferreira, Prof. Doutor Hugo Sarmiento, pela partilha, ensino, colaboração e disponibilidade.

À equipa do Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, em especial à Dr.^a Ilidia Duarte, um agradecimento muito especial pelo seu interesse e disposição em colaborar sempre que solicitada a sua ajuda.

Não podia deixar de agradecer aos profissionais da ARS Centro que disponibilizaram o seu tempo e aceitaram participar neste estudo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram com que eu pudesse concluir este trabalho.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar a percepção dos profissionais que trabalham na ARS Centro face à necessidade de usufruírem de oportunidades de prática desportiva regular e de exercício físico (ExF), antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. Um segundo objetivo do presente estudo prendeu-se com a identificação de eventuais barreiras e características psicológicas que possam influenciar a participação em programas de ExF. Foram também testadas as variáveis dependentes em função do sexo e estados de mudança, assim como, avaliados e comparados os scores de IMC e VO2max com os valores normativos. Esta questão surge na sequência da crescente preocupação com a saúde primária destes profissionais, face ao aumento progressivo dos níveis de stresse e às crescentes exigências laborais geradoras de um elevado desgaste físico e psicológico muito frequente na profissão.

Foi analisada uma amostra de 1195 profissionais afetos à ARS Centro, IP com base num questionário de autopreenchimento que incluiu um conjunto de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa. Os resultados obtidos revelam que: i) a maioria dos profissionais (56,2%) deste estudo não pratica exercício e encontram-se em estágios relacionados com a inatividade física; 90,8% consideraram importante a prática de ExF no local de trabalho (durante - 52%; após - 40,6%); a disponibilidade de tempo foi sinalizada como a maior barreira (66,6%) para a prática desportiva e de ExF e o sexo masculino apresentou maiores níveis de regulação motivacional para o ExF quando comparados com o sexo feminino.

Palavras-chave: Exercício Físico; Profissionais de Saúde; Motivação; Autoestima; Bem-Estar

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the perception of professionals working at ARS Center in face of the need to enjoy regular sports and physical exercise (ExF) opportunities, before, during or after their professional tasks. A second objective of the present study was to identify possible barriers and psychological characteristics that may influence the participation in ExF programs. Where also tested dependent variables in function of sex and stages of change, as well evaluated and compared scores of BMI (Body Mass Index) and VO2max with the normative value. This issue arises as a result of the growing concern about the primary health of these professionals, due to the progressive increase in stress levels and to the increasing labor demands that generate a high physical and psychological exhaustion in the profession.

A sample of 1195 professionals assigned to ARS Center, IP was analyzed based on a self-completion questionnaire that included a set of evaluation instruments validated for the Portuguese population. The results show that: i) the majority of professionals (56.2%) in this study do not exercise and are in stages related to physical inactivity; 90.8% considered the practice of ExF in the workplace important (during - 52%, after - 40.6%); the availability of time was signaled as the biggest barrier (66.6%) for sports practice and ExF and the male presented higher levels of motivational regulation for the ExF when compared with the female.

Keywords: Physical Exercise; Health professionals; Motivation; Self Esteem; Welfare

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	2
RESUMO	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE TABELAS	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Preâmbulo.....	11
1.2. Apresentação do problema	11
1.3. Pertinência do estudo	14
1.4. Enunciado do problema	17
1.5. Definição dos objetivos e das hipóteses	17
1.6. Estrutura do estudo.....	19
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1. Conceito de atividade física, exercício e desporto	20
2.2. Importância da prática desportiva e exercício físico na saúde.....	23
2.3. Recomendações da quantidade/duração de atividade física	25
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. Caracterização da amostra	38
3.2. Seleção da amostra	41
3.3. Definição e caracterização das variáveis em estudo	41
3.3.1. Variáveis dependentes	41
3.3.2. Variáveis independentes.....	41
3.4. Identificação e caracterização dos instrumentos de medida.....	42
3.4.1.Primeira secção do questionário: Identificação	43
3.4.2.Segunda secção do questionário: Estado de saúde.	43
3.4.3. Terceira secção do questionário: Prática de atividade física/exercício físico	43
3.4.4. Quarta secção do questionário: Sobre si mesmo[a].....	44
3.5. Procedimentos	48
3.6. Análise e Tratamento de Dados.....	49
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	50

4.1. Introdução	50
4.2. Apresentação dos resultados.....	50
4.2.1. Identificação	50
4.2.2. Estado de Saúde	55
4.2.3. Prática de Atividade Física /Exercício Físico	56
4.2.4. Sobre Si Mesmo	67
4.3. Discussão dos resultados	74
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	76
6. BIBLIOGRAFIA	82
7. ANEXOS.....	93
Anexo 1 - Questionário	93
Anexo 2 – Parecer Comissão de Ética para a Saúde (ARS Centro).....	103
Anexo 3 – Valores de Corte para o VO2max (ACSM, 2013)	104
Anexo 4 – Classificação de obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACeS** - Agrupamentos de Centros de Saúde
- AF** - Atividade Física
- ARS Centro, IP** - Administração Regional de Saúde do Centro, IP
- BREQ-2** - Questionário de Regulações Motivacionais para o Exercício
- DGAG** - Departamento de Gestão e Administração Geral
- DGS** - Direção Geral de Saúde
- DICAD** - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- DIE** - Departamento de Instalações e Equipamentos
- DPC** - Departamento de Planeamento e Contratualização
- DRH** - Departamento de Recursos Humanos
- DSP** - Departamento de Saúde Pública
- ENPAF** - Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar
- ERA** - Equipa Regional de Apoio aos Cuidados de Saúde Primários
- ExF** - Exercício Físico
- FC** - Frequência Cardíaca
- FCDEF** - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física
- GACI** - Gabinete de Auditoria e Controlo Interno
- GE** - Gasto Energético
- GFM** - Gabinete de Farmácia e Medicamento
- GJC** - Gabinete Jurídico e do Cidadão
- GRPC** - Gabinete de Relações Públicas e Comunicação
- GSIC** - Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações
- IMC** - Índice de Massa Corporal
- IMI** - Inventário de Motivação Intrínseca
- MET** - Múltiplo da Taxa Metabólica Basal
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- OMS-5** - Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde de 5 itens
- RSES** - Escala de Autoestima de Rosemberg
- SNS** - Sistema Nacional de Saúde
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*
- TAD** - Teoria da Autodeterminação
- UALP** - Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património
- UC** - Universidade de Coimbra
- UEP** - Unidade de Estudos e Planeamento
- UIPS** - Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde
- ULS** - Unidades Locais de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da ARS Centro, IP

Figura 2 - Mapa dos ACeS e ULS da região de saúde do Centro

Figura 3 - Percentagens referentes ao sexo (n=1195)

Figura 4 - Idades

Figura 5 - Proporção do cargo profissional por sexo feminino

Figura 6 - Proporção do cargo profissional por sexo masculino

Figura 7 - Proporção do grau académico /habilitações literárias

Figura 8 - Proporção por local de trabalho

Figura 9 - Proporção do local de trabalho por sexo

Figura 10 - Hábitos tabágicos, etílicos, alimentação saudável e prática regular de exercício físico por sexo

Figura 11 - Prática do ExF no trabalho por sexo.

Figura 12 - Importância da prática do ExF no trabalho por sexo

Figura 13 - Período para a prática do ExF no trabalho por sexo

Figura 14 - Dias por semana para a prática de ExF por sexo

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequência e percentagem do cargo profissional /funções
- Tabela 2** – Frequência e percentagem das habilitações dos profissionais
- Tabela 3** – Valores do IMC por sexo
- Tabela 4** – Prática desportiva e de ExF (regular)
- Tabela 5** – ExF no local de trabalho
- Tabela 6** – Importância da prática do ExF no trabalho
- Tabela 7** – Período para a prática do ExF no trabalho
- Tabela 8** – Associação do tempo de prática em função do sexo
- Tabela 9** – Estados de mudança
- Tabela 10** – Estados de Mudança por sexo
- Tabela 11** – Tempo (meses) de prática desportiva e de ExF
- Tabela 12** – Dias por semana para a prática de ExF
- Tabela 13** – Tempo (min) por dia para a prática desportiva e de ExF por sexo
- Tabela 14** – Aptidão aeróbia/cardiovascular (VO₂max)
- Tabela 15** – Formação por sexo
- Tabela 16** – Impacto do ExF na vida profissional por sexo
- Tabela 17** – Variáveis referentes às barreiras para a prática de ExF
- Tabela 18** – Variáveis referentes às barreiras para a prática de ExF por sexo
- Tabela 19** – Score da autoestima por sexo
- Tabela 20** – Score do bem-estar por sexo
- Tabela 21** – Score das motivações intrínsecas por sexo
- Tabela 22** –Valores referente à motivação intrínseca
- Tabela 23** –Score das regulações motivacionais para o exercício físico
- Tabela 24** –Score das variáveis psicológicas por sexo
- Tabela 25** – Motivações, estados psicológicos em função dos estados de mudança
- Tabela 26** – Regulações motivacionais em função dos estados de mudança por sexo

1. INTRODUÇÃO

1.1. Preâmbulo

O presente trabalho de investigação surge integrado no Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais, da FCDEF da Universidade de Coimbra, e tem como objetivo principal conhecer e investigar a perceção dos profissionais de saúde face à necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de ExF, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais.

As práticas desportivas e de ExF no trabalho laboral, têm vindo a ser um tema em análise crescente face à prevalência de algumas doenças provenientes da atividade profissional. Numa sociedade em crescente preocupação com a saúde primária, resultante dos níveis de stresse e exigência laboral, que faz com que o desgaste físico e psicológico dos trabalhadores aumente de forma assustadora, surgem preocupações, programas políticos, apoios e iniciativas como estratégia de prevenção de doenças profissionais e acidentes de trabalho, nomeadamente a exercício físico em contexto laboral (Freitas-Swerts & Robazzi, 2014; Machado, 2008). Por sua vez, os motivos que levam à adesão e manutenção da prática física ou ao abandono, ou não adesão à mesma, são igualmente objeto deste estudo. A motivação para esta investigação surgiu após apresentação do presente estudo durante as disciplinas do curso, tendo sido os pressupostos teóricos relacionados com a saúde primária, saúde ocupacional e atividade física, os fatores que me motivaram a participar como profissional de saúde (Terapeuta Ocupacional), e estudante de mestrado da FCDEF.

1.2. Apresentação do problema

A literatura refere, que a sociedade moderna sofreu uma transformação, baseada em exigências ocupacionais distintas que implicam, ora grandes esforços físicos e psicológicos, ora favorecem o sedentarismo. Trabalhos sedentários, ou que implicam maior esforço, ou mesmo stresse contínuo, favorecem o aparecimento de diferentes patologias físicas e psicológicas e,

consequentemente, um baixo rendimento e produtividade por parte dos diferentes profissionais levando ao absentismo ou mesmo baixas por doença (Calvo, Gallo, Majano, & López, 2011; Magella Teixeira et al., 2016).

Vários estudos destacam, que o mundo profissional se encontra profundamente dominado por um ambiente competitivo e vulnerável. Diferentes investigações têm comprovado que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos, vivenciam sentimentos de alto stresse e burnout que se refletem na saúde e no desempenho profissional (Barros & Honório, 2015; Glass, 2009; Kawano, 2008; Rice, Glass, Ogle, & Parsian, 2014; West, Shanafelt, & Kolars, 2011). Os serviços de saúde diferem de outras instituições pela sua complexidade e exigência dos serviços prestados, podendo levar a um desgaste físico e emocional dos seus profissionais (Alves, Godoy, & Santana, 2006).

O cuidado com a saúde, tem sido uma preocupação do meio familiar, mas também das entidades empregadoras, por meio de medidas preventivas que se focalizam nos acidentes e doenças ocupacionais. A saúde ocupacional resulta da relação entre as características individuais e biopsicossociológicas e das condições de trabalho, especificamente ao nível das relações, organização, ofertas de ações e programas de prevenção (Costa, Borges, & Barros, 2015).

O ambiente e as condições de trabalho têm uma grande influência na saúde e na qualidade de vida de cada profissional. O trabalho deveria ser considerado como uma atividade prazerosa, que favorecesse o desenvolvimento das habilidades físicas e mentais. No entanto, esta ideologia concretiza-se de forma muito diferente fase às exigências atuais acabando por se refletir no agravamento da saúde, seja de natureza física ou psicológica (Alves et al., 2006).

Segundo os princípios da OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este estado, é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, e proporciona a capacidade de suportar desafios e realizar as atividades da vida com prazer e energia, sendo da responsabilidade dos governos adotar medidas adequadas para a promoção e proteção da saúde de todos (Powell, Paluch, & Blair, 2011; WHO, 1946). A saúde física incorpora AF, nutrição e recuperação e, embora, a OMS, refira que pessoas na faixa etária entre os 18-64 devem ser fisicamente

ativos, foi relatado que nem todos os profissionais de saúde estão a cumprir os requisitos mínimos recomendados (Brown, Bauman, Bull, & Burton, 2012; Powell et al., 2011; WHO, 2010).

Existem vários fatores que contribuem para uma saúde física, mental e psicológica frágil, os quais são vivenciados por muitos profissionais de saúde, nomeadamente, um conjunto alargado de horas de trabalho, que resultam em fadiga e exaustão e que têm impacto na tomada de decisões clínicas e de responsabilidade profissional, como comprovado no estudo de Tucker e Edmondson (2003). Neste estudo, foi ainda possível verificar que os profissionais que praticavam ExF semanal apresentavam menos fadiga e melhores resultados de recuperação comparativamente com aqueles que não se exercitavam.

Segundo Macinati (2008), numa organização de saúde, os profissionais de saúde são o recurso mais valioso e importante, na medida em que, são estes que todos os dias contactam com os clientes, representam os valores e ideais da organização e são responsáveis por transmitir um serviço de qualidade, que está especialmente dependente das competências e conhecimentos dos mesmos. A DGS e o SNS reconhecendo a importância desta qualidade junto dos seus clientes e profissionais, implementaram modelos, nomeadamente o Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde que, para além de uma série de diferentes medidas, recomenda e solicita a melhoria ao nível da segurança e saúde dos seus profissionais (DGS, 2014).

De forma a responder a estas necessidades, as instituições de saúde devem criar condições favoráveis que propiciem um exercício profissional de qualidade (Brum, 2013). Esta consciencialização da relação que existe entre as condições laborais e o bem-estar do trabalhador, desperta a necessidade de implementar políticas que promovam a qualidade de vida e realização pessoal dos seus colaboradores e propiciem à missão e objetivos da organização (Azevedo, 2012). Com base nas preocupações e recomendações globais, criaram-se planos e programas estratégicos, dos quais se destaca o ENPAF 2016-2025. Um dos eixos estratégicos deste programa são as políticas saudáveis como forma de promoção da AF destinada aos profissionais, em particular os da saúde, no sentido de prevenção do sedentarismo e de doenças relacionadas com

fatores de risco laborais, mas também, porque existem evidências de que é mais eficaz o aconselhamento sobre AF por quem a pratica, pelo que é de extrema importância promovê-la entre os desta área (Silva, Graça, Mata, Arriaga, & Silva, 2016).

O investimento na saúde do trabalhador pode trazer vários benefícios não só para o profissional, mas também para a sociedade e para a própria empresa ou instituição (R. Silva & Martins, 2013). Contudo, para que o profissional consiga desfrutar desses programas é fundamental estudar conceitos inerentes ao tema em questão, e que não podem deixar de ser abordados nesta investigação, face à sua importância para a adesão à prática desportiva e de ExF, nomeadamente, a motivação, a autodeterminação e a autoestima.

1.3. Pertinência do estudo

Para além dos estudos já citados, e do exposto face à importância que a prática desportiva e de ExF tem na vida de todas as pessoas, são vários os esforços para perceber as necessidades e fatores de risco dos profissionais de saúde face às exigências profissionais que acarretam.

São muitas as investigações que têm vindo a identificar fatores, nomeadamente, a inatividade física, a má nutrição e a fadiga como impactantes na saúde física, mental e psicológica destes profissionais, (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Baer et al., 2010; Carugno et al., 2012; Hegde, Vijaykrishnan, Sasankh, Venkateswaran, & Parasuraman, 2016; Hegg-deloey, Brassard, Jauvin, & Corbeil, 2013; Kawano, 2008; Melo & Gomes, 2009; Rice et al., 2014; Roskoden et al., 2017). Adicionalmente, a evidência científica tem permitido comprovar também os benefícios da prática desportiva e de ExF na saúde e no desempenho ocupacional (Brown et al., 2012; Freire et al., 2015; Stults-Kolehmainen & Sinha, 2014).

Para além da importância que a prática desportiva e de ExF possa ter antes, durante ou após as suas tarefas profissionais em prol dos benefícios já anteriormente citados, os médicos e enfermeiros, têm um papel fundamental na prescrição e sensibilização para a prática do ExF nos seus utentes. De acordo

com as investigações citadas pela DGS, o envolvimento dos profissionais de saúde na prática desportiva e de ExF é vista como fator importante nas recomendações para a sua prática, aos seus pacientes.

Ainda de acordo com o ENPAF 2016-2025, para que as estratégias de intervenção possam ser eficazmente definidas, é fundamental conhecer a realidade relacionada com a prática da AF em Portugal, nomeadamente a prevalência das pessoas que a realizam, com que regularidade, durante quanto tempo, tipos de AF preferidos, dificuldades detetadas, assim como as razões que condicionam as pessoas a não realizar AF (P. Silva et al., 2016).

Portugal é o país europeu com maior taxa de sedentarismo sendo que é fundamental conhecer as principais razões ou fatores motivacionais apontados para a prática, assim como, as barreiras que os indivíduos percecionam quando tendem a envolver-se na prática desportiva ou de ExF. As campanhas e promoção de AF têm sido um objetivo prioritário para evitar a inatividade, contudo, o abandono ou, a não adesão aos programas, torna-se uma realidade evidente, comprometendo os efeitos dos mesmos (Cardoso, 2005).

A motivação diz respeito à energia, direção, persistência e estado de intenção para se envolver num determinado comportamento. As pessoas podem estar motivadas porque valorizam uma atividade ou ser motivadas porque há uma forte coação externa. A questão passa por perceber o que poderá estar por detrás de um comportamento, se é motivado de acordo com os interesses e valores, ou por razões externas a si mesmo. (Ryan, 2000). A Teoria da Autodeterminação (TAD) alia-se a este conceito para compreender os fatores de motivação para a prática de exercícios físico (Deci & Ryan, 1985; Vallerand, Deci, & Ryan, 1987).

Diferentes estudos, tentam compreender as demais variáveis que motivam ou amotivam à prática física. De acordo com Vello e Martin (2007), quanto mais alta a autoestima maior a possibilidade de inserção em programas de exercícios físicos. Num estudo realizado por Viana, Andrade e Matias (2010) com estudantes do ensino médio, demonstrou que adolescentes motivados mais intrinsecamente praticam mais ExF do que os que possuem uma maior regulação externa. Segundo a pesquisa efetuada por Gonçalves e Alchieri (2010), com praticantes de AF com idades entre 16 e 74 anos, verificaram que os participantes praticavam

AF mais por questões de saúde (maior média para mulheres e idosos), diversão, aparência, competência e menos por motivos sociais. Numa revisão sistemática da literatura, desenvolvida por Teixeira e Palmeira (2016), que pretendeu analisar a influência das expectativas e crenças individuais na saúde, em intervenções com AF e ExF em populações adultas, concluiu-se que, no que diz respeito ao início e manutenção da prática de ExF, as crenças de saúde e de desconfronto associado à prática assumem especial importância, referindo haver uma associação positiva entre as crenças individuais e as intenções de iniciar algum tipo de AF/ExF, ou até de manter a atividade realizada ao longo do tempo. Do ponto de vista da saúde, verificou-se que o ajuste das crenças dos participantes resultou numa perceção da melhoria e bem-estar psicológico, a redução da dor e melhorias na recuperação de lesões.

Vários estudos têm tentado compreender o papel da TAD no ExF, nas diferentes faixas etárias, procurando perceber as construções motivacionais que influenciam o comportamento e os resultados advindos destes comportamentos, assim como, a individualidade humana em prol de uma maior adesão e adoção de estilos de vida mais saudáveis. Para além, das investigações já citadas podem-se também destacar as levadas a cabo por Gonzalez-Cutre e Sicilia (2012); Sarmiento, Catita, e Fonseca (2012); Silva, Alias, e Moreno-Murcia (2014); Fernández et al. (2015) e Carron, Muñoz, Román, Batista, e Castuera (2016).

Segundo Silva et al. (2016), o conhecimento das diferentes variáveis em função do grupo etário, sexo, nível escolar, profissão, local de prática, eventuais morbilidades, entre outros, é crucial para se encontrarem as metodologias adequadas, que tornem eficazes as ações a desenvolver e permitam, sempre que necessário, a sua adaptação ao longo do tempo.

Neste sentido, o estudo detalhado destes parâmetros poderá contribuir para um melhor conhecimento acerca da perceção dos profissionais de saúde no que concerne: 1) às expectativas perante os benefícios (físicos, cognitivos, psicológicos e emocionais) que possam vir a ter; 2) à importância da prática de ExF no local de trabalho e 3) ao período que podem vir a beneficiar da prática física (antes, durante ou após as suas tarefas profissionais). Adicionalmente, poderá contribuir para uma melhor avaliação dos níveis de atividade/inatividade

dos profissionais de saúde em Portugal, além da identificação das barreiras que possam estar a dificultar a prática da AF junto destes. Ademais, pretende-se com o presente estudo, contribuir para um melhor conhecimento da complexa relação entre variáveis psicológicas relacionadas com a autoestima, motivação, autodeterminação e bem-estar, podendo, desta forma, serem identificadas algumas prioridades de intervenção que poderão resultar na sugestão de determinadas estratégias de saúde.

1.4. Enunciado do problema

Através da realização do presente estudo pretende-se analisar e comparar a perceção dos profissionais que trabalham nos agrupamentos de saúde, da região centro de Portugal, face à necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de ExF, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. A perceção desta necessidade irá englobar diferentes dimensões, de carácter profissional e político, que se integra na preocupação de um sistema de qualidade, identificada e explicitada por organizações nacionais e internacionais, nomeadamente pela DGS, OMS HEPA (European Network For The Promotion Of Health Enchancing Physical Activity), a ISPAH (International Society for Physical Activity and Health), a GAPA (Global Advocacy for Physical Activity) e a Carta de Toronto (2010). A presente investigação irá produzir um conjunto de dados significativos e fiáveis, que poderão ser comparados, igualmente, com resultados nacionais e internacionais (P. Silva et al., 2016).

1.5. Definição dos objetivos e das hipóteses

Nos pontos anteriores, ficou patente que a participação em atividades desportivas e de ExF se tornam uma necessidade de saúde pública sendo um recurso fundamental do indivíduo, da comunidade e da sociedade como um todo, e que deve ser sustentada por um forte investimento, de forma a criar condições que mantenham e protejam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Também se evidenciou, o desgaste e vulnerabilidade destes profissionais pondo em causa

a sua saúde física, cognitiva, emocional e social e, referiu-se, o seu papel na sensibilização e prescrição da AF e ExF na comunidade em geral. Entende-se, que é necessária uma análise aprofundada acerca da perspetiva destes profissionais face à necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de ExF, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais, assim como, perceber fatores que possam vir a influenciar esta adesão, as dimensões da motivação, tendo em conta o sexo e estados de mudança e as barreiras percecionadas pelos diferentes profissionais de saúde.

Posto isto, surgiram questões de investigação as quais deveriam ser analisadas:

1. Será que os profissionais de saúde praticam AF regular de acordo com as recomendações da OMS? Será que existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos?
2. Será que existem diferenças nas intenções motivacionais entre o sexo?
3. Será que a maioria dos profissionais sentem necessidade de terem oportunidades de prática desportiva e de ExF, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais? Em que período do dia sentem mais necessidade de terem oportunidade para a prática desportiva ou de ExF? Será que existem diferenças em função do sexo?
4. Quais as barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde que dificultam a prática desportiva e de ExF junto destes? Será que existem diferenças em função do sexo?
5. Será que existem diferenças estatisticamente significativas entre o bem-estar, a autoestima, e a motivação em função dos estados de mudança? Será que existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo?

1.6. Estrutura do estudo

A dissertação encontrar-se-á dividida em 5 capítulos: introdução, revisão da literatura, metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusão e recomendações.

No capítulo introdutório, será possível perceber a linha de investigação, a temática e respetivas razões de escolha, contextualização do tema de acordo com as reais necessidades e interesses sociais e respetivas implicações, fundamentação, pertinência do tema e o seu contributo. Serão também delineados os objetivos, levantadas algumas questões de investigação e descrito a organização da estrutura do trabalho.

No segundo capítulo, dedicado à revisão literária, compreenderá um enquadramento teórico dos diferentes conceitos e temas considerados importantes no presente estudo, especificamente, conceitos relacionados com prática de AF, exercício e desporto, respetiva importância na saúde, recomendações e benefícios. Será ainda feita referência aos fatores motivacionais subjacentes à prática desportiva e de ExF.

No terceiro capítulo, serão expostas as questões metodológicas, contendo a caracterização e seleção da amostra, definição e caracterização das variáveis em estudo, a identificação/caraterização dos instrumentos de medida, e os respetivos procedimentos de análise e tratamento de dados.

No quarto capítulo apresentar-se-á os resultados dos questionários após análise descritiva e inferencial onde serão analisados e discutidos os dados recolhidos. Para a análise dos resultados, ter-se-á em conta as variáveis dependentes e independentes e a existência de correlação entre si.

O quinto capítulo, será reservado para a síntese do estudo com as principais conclusões e respetivas considerações finais, as quais incluem sugestões para futuros estudos.

Por fim, após apresentação das referências bibliográficas, serão incluídos anexos, onde se encontrarão os exemplares dos instrumentos de avaliação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Conceito de atividade física, exercício e desporto

A AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultam em gastos de energia. Todos realizam AF para sustentar a vida, no entanto, a soma está em grande parte sujeita à escolha pessoal e pode variar consideravelmente de pessoa para pessoa, bem como, para uma determinada pessoa ao longo do tempo (ABS, 2008; Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). São consideradas atividades físicas, entre outras, os movimentos ou esforços dinâmicos, como os realizados na prática da lavagem de carro, jardinagem, caminhada na rua, natação, dança, ou o ato de subir escadas. Estes, são exemplos de atividades não-estruturadas, isto é, de execução livre de estabelecimento de intensidade, duração e padronização (Porto & Junqueira, 2008). A AF trata-se de um comportamento complexo com numerosos fatores que influenciam a sua forma e contexto. Uma abordagem comumente utilizada para segmentar a AF tem por base as partes identificáveis da vida diária durante as quais a atividade ocorre. A categorização mais simples identifica a AF que ocorre durante o sono, no trabalho e no lazer (ABS, 2008; Caspersen et al., 1985).

A determinação, de forma acurada, da intensidade da AF, é expressa em função do GE. A intensidade dos exercícios é, usualmente, determinada pelo percentual do VO_2 máx ou da FC máxima, escala de percepção de esforço e equivalente metabólico (Haskell et al., 2007). O MET é uma medida de intensidade de esforço que equivale à energia suficiente para um indivíduo se manter em repouso, representado na literatura pelo consumo de oxigénio (VO_2) de aproximadamente 3,5 ml/kg/min. O American College of Sport Medicine sugere, que a unidade MET seja utilizada como método para indicar e comparar a intensidade absoluta e GE de diferentes atividades físicas (Pollock et al., 1998; Porto & Junqueira, 2008). A AF pode ser realizada em diferentes níveis de intensidade. Quanto mais intenso, maior o impacto imediato em várias funções corporais. O consumo de oxigénio, que está diretamente relacionado ao gasto de energia, aumenta de 0,25 litros por minuto em repouso para pouco mais de 1 litro

por minuto, durante uma caminhada relaxada. Durante o esforço máximo, ele aumenta para 2-7 litros por minuto, isto é, até 10-25 vezes a taxa de repouso (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010).

A recomendação atual para uma adequada AF, que deve subsidiar as orientações práticas para a promoção da saúde, baseada em amplas evidências científicas, é a que todo adulto saudável deve acumular pelo menos trinta minutos de AF por dia, no mínimo cinco dias por semana e, preferencialmente, todos os dias (Porto & Junqueira, 2008).

Já o exercício, é uma AF planeada, estruturada, repetitiva e intencional no sentido de melhoria ou da manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (ABS, 2008; Caspersen et al., 1985; NIH, 2016; Nunes & Albina, 2007). Pode compreender exercícios aeróbios, anaeróbios e de flexibilidade. O exercício aeróbio, também conhecido por exercício cardiovascular, movimentam grandes músculos com contração e relaxamento alternado. São exemplo, caminhar, correr, nadar. No exercício anaeróbio, há maior contração muscular, com alongamento geralmente auxiliado mecanicamente, com objetivo de aumentar a força e massa muscular, nomeadamente, levantamento de pesos. Já os exercícios de flexibilidade têm como objetivo melhorar os movimentos e amplitudes ao nível dos músculos, articulações e ligamentos (Siddiqui, Nessa, & Hossain, 2010).

A aptidão física, constitui um conjunto de atributos ligados à saúde, à habilidade ou capacidade de desempenho físico e compreende: resistência cardiorrespiratória, resistência muscular, força muscular, composição corporal e flexibilidade (Caspersen et al., 1985). Paralelamente, as capacidades motoras condicionais, especificamente, a velocidade e força explosiva, assim como, as capacidades coordenativas, nomeadamente, o equilíbrio, agilidade, ritmo e outras, são considerados aspetos da aptidão física. Para além da aptidão física, a aptidão fisiológica compreende os sistemas biológicos que são influenciados pelo nível de AF habitual. Esta é composta por variáveis fisiológicas, como pressão sanguínea, tolerância à insulina, níveis sanguíneos de lipídeos e o perfil de lipoproteínas, composição corporal e a distribuição de gordura corporal, e a tolerância ao stresse (Böhme, 2003). A aptidão física, apresenta assim variações e

características individualizadas, de acordo com o modo de vida. Varia ao longo das diferentes fases da vida nas quais o indivíduo pode ser mais ou menos ativo (Böhme, 1994).

O ExF compreende atividades programadas, como por exemplo, a aeróbica, dança, natação, ciclismo, pilates, yoga, corrida e não exige uma declaração médica. Existem vários fatores que determinam a evolução da pessoa durante a prática de ExF, sendo que, um fator importante é o nível de aptidão.

A frequência e a intensidade também desempenham um papel importante, em termos de saúde e determinam a “dose de exercício”, devendo este ser regular e de longa duração. Em muitos casos, esta pode ser dividida em períodos separados por breves minutos (10 a 15 minutos), desde que o tempo total seja o suficiente e que esteja de acordo com as recomendações comuns (30 minutos por dia). No que respeita à intensidade, quanto mais difícil é uma sessão de exercícios, maior é o desempenho e o efeito sobre a saúde, embora, um exercício intenso possa levar a deteriorações. Existem várias formas de ajustar a dose de exercício à própria capacidade da pessoa, dentro dos quais através da FC, do esforço percebido de pedómetros ou acelerómetros (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010). Adicionalmente, poderá proceder-se à determinação do limiar anaeróbio (teste de limiar de ácido láctico), que pode ser alcançada de maneira controlada e confiável a partir de amostras de ácido láctico no sangue durante o esforço não máximo (Svedahl & MacIntosh, 2003).

O desporto constitui uma parte da AF que, para além da realização do ExF, decorre em ambiente competitivo, regendo-se por normas específicas e universais com um maior grau de exigência. Envolve esforço físico, habilidades específicas e técnicas (ABS, 2008; Nunes & Albina, 2007). O desporto pode abranger três formas de manifestação: educacional, participativo e de rendimento (inclui o desporto de alto nível). O desporto educacional tem um carácter formativo, e baseia-se em princípios educacionais como participação, cooperação e integração. O desporto participativo visa promover o bem-estar dos praticantes, apoiando-se no prazer lúdico, no lazer e na utilização construtiva do tempo livre. Propicia a integração social, assim como, a promoção de saúde. O desporto de

rendimento ou de alto nível é pautado pelas regras e códigos específicos de cada modalidade desportiva (Böhme, 2003).

2.2. Importância da prática desportiva e exercício físico na saúde

A relação entre AF e saúde é um tema permanente e sempre atual, uma vez que, a AF assume um papel fundamental na prevenção e no tratamento de diferentes doenças e na promoção da própria saúde. A comunidade acadêmica tem centrado a sua atenção no estudo desta relação, ao longo dos tempos. Um dos primeiros estudos remete à data de 1953, tendo contribuído para a mudança do foco de investigação dos efeitos do treino físico no organismo. Desde então, diferentes investigações nesta linha têm vindo a contribuir para o esclarecimento desta relação (Porto & Junqueira, 2008).

As orientações e recomendações remetem para um estilo de vida saudável e ativo, evitando o sedentarismo e o aparecimento e agravamento de doenças contribuindo para a qualidade de vida (WHO, 2002). A qualidade de vida relaciona-se com saúde, como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também, valoriza outros parâmetros, como o trabalho, família, amigos, controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida e a sua satisfação geral (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Ao longo dos tempos, tem-se tornado evidente que o exercício e a AF trazem benefícios fisiológicos e psicológicos, refletindo-se, portanto, numa melhoria da qualidade de vida da população (Senra, 2002).

Em 2002, a OMS estimou que o sedentarismo causou 1,9 milhões de mortes por ano e resultou em dezanove milhões de DALYs (disability-adjusted life year). O total de pessoas que praticaram alguma AF, porém em quantidade/intensidade insuficiente, foi estimado em 31% a 51%. Somando-se os dois grupos, verificou-se que cerca de 42% a 75% da população mundial não acumularam o mínimo de AF recomendada para uma vida saudável (WHO, 2002).

A inatividade física causa uma expressão genética que pode ser a principal causa para o desenvolvimento de doenças. O aumento da incidência e

prevalência de doenças metabólicas crónicas é uma realidade incontornável nas sociedades modernas (Silvestre, Baracho, & Castanheira, 2012).

As oportunidades para que as pessoas sejam fisicamente ativas existem ao longo da sua vida quotidiana, nomeadamente no trabalho, principalmente se o mesmo envolver mão-de-obra manual, no transporte (por exemplo, caminhar ou ir de bicicleta para o trabalho), em tarefas domésticas ou mesmo em tempo livre em que poderá participar numa caminhada ou em desportos (WHO, 2002). Contudo, existe uma tendência para as pessoas se acomodarem cada vez mais por forma a facilitar a sua vida, acabando por se tornarem sedentárias. Considerando que o sedentarismo já é visto como fator de risco primário para as doenças cardiovasculares, torna-se fundamental a identificação dos determinantes da AF, para, em seguida, serem propostos modelos teóricos que incentivem a adoção e manutenção da prática de atividades físicas, bem como, estratégias para incitar a população a adotar o estilo de vida ativo fisicamente (Pitanga, 2002).

Atualmente existem evidências suficientes que comprovam os benefícios da AF para a saúde, nomeadamente na redução do risco de doenças cardiovasculares, prevenção e/ou atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial, alguns tipos de cancro e diabetes tipo 2. Esses benefícios são mediados por vários mecanismos, concretamente pela melhoria do metabolismo da glicose, redução da gordura corporal e da pressão arterial, sendo estas, as principais formas de redução do risco de doenças cardiovasculares e diabetes. A AF pode reduzir ainda, o risco de cancro de cólon por efeitos nas prostaglandinas, redução do tempo de trânsito intestinal e por maiores níveis de antioxidantes. Está também associada, a menor risco de cancro da mama, que pode ser o resultado de efeitos no metabolismo hormonal. A participação na AF pode melhorar a saúde musculoesquelética, como, osteoartrite e dor lombar, funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio, o que resulta numa melhoria da capacidade funcional para levar a cabo as atividades do dia-a-dia, prevenir e controlar o progresso da osteoporose, prevenir a incidência de quedas, controlar o peso corporal e reduzir os sintomas de depressão, stresse e ansiedade (Instituto do Desporto de Portugal, 2009; WHO, 2002). Recentemente, Pedersen (2013) referiu os benefícios do ExF ao nível músculo-esquelético, aquando a contração muscular

através das miosinas que promovem o crescimento de novos tecidos, a sua restauração e em múltiplas funções anti-inflamatórias que conseqüentemente reduzem o risco de desenvolver doenças inflamatórias. Neste sentido, o ExF torna-se eficaz na prevenção primária e secundária ao nível da saúde (Duncan, Hall, Wilson, & Jenny, 2010).

A OMS, baseada numa vasta evidencia científica, mostra que pessoas fisicamente ativas têm níveis mais elevados de aptidão relacionada à saúde, um perfil de risco menor para o desenvolvimento de uma série de condições médicas incapacitantes e taxas mais baixas de várias doenças crónicas não transmissíveis do que pessoas que são inativas (Brown et al., 2012; WHO, 2010).

As oportunidades para se ser fisicamente ativo tendem a diminuir à medida que nos tornamos adultos, e as mudanças recentes nos estilos de vida têm vindo a reforçar este fenómeno. Existem evidências que sugerem que uma pessoa que aumente o seu nível de AF, mesmo após longos períodos de inatividade, pode obter benefícios para a saúde independentemente da sua idade. A mudança pode ser implementada através de políticas e práticas alargadas e inovadoras. Por outro lado, a adoção de estilo de vida fisicamente ativo, irá proporcionar mudança de comportamento dos indivíduos. O corpo humano, em consequência da AF regular, passa por alterações morfológicas e funcionais, que podem evitar ou adiar o surgimento de determinadas doenças e melhorar a capacidade para o esforço físico (Instituto do Desporto de Portugal, 2009; Pitanga, 2002). Segundo, Macovei et al (2014) e Bota et al, (2014), a prática de ExF regular torna-se uma parte fundamental para um estilo de vida saudável e de acordo com o Instituto de Desporto de Portugal (2009), as pessoas sedentárias que passam a ter uma AF afirmam sentir-se melhor, dos pontos de vista, quer físico, psicológico e usufruem de uma melhor qualidade de vida.

2.3. Recomendações da quantidade/duração de atividade física

Evidências científicas suportam a existência de associações diretas entre a AF e a saúde, em que o ExF deve ser entendido como uma forma de tratamento eficaz e de baixo custo (Yohannes, Doherty, Bundy, & Yalfani, 2010). De acordo

com a OMS, Todos os indivíduos devem ser fisicamente ativos por um mínimo combinado de 30 minutos, de preferência todos os dias (Haskell et al., 2007; Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010). A intensidade deve, pelo menos, ser moderada, como uma caminhada rápida. Podem ser alcançados efeitos adicionais sobre a saúde se a quantidade ou intensidade diária for aumentada para além disso. Segundo a OMS, adultos ativos devem pelo menos fazer 150 minutos de ExF aeróbico de intensidade moderada, ou fazer pelo menos 75 minutos de ExF aeróbico de intensidade vigorosa ao longo da semana ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa. (Brown et al., 2012; Powell et al., 2011; WHO, 2010). Esta recomendação previne o risco de morrer de doenças cardiovasculares, sendo que indivíduos fisicamente ativos correm metade do risco comparativamente a pessoas sedentárias da mesma idade (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010). Os efeitos de treino no exercício aeróbio são geralmente medidos como a mudança na capacidade máxima de absorção de oxigênio (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010).

No caso de fortalecimento muscular devem ser realizadas atividades que envolvam grandes grupos musculares e recomenda-se 8-10 exercícios em 2 ou mais dias por semana (Brown et al., 2012; Powell et al., 2011; WHO, 2010). Para maximizar o desenvolvimento da força, deve-se usar uma resistência (peso) que permita 8-12 repetições (Haskell et al., 2007). Ainda de acordo com as recomendações da OMS, os adultos que, atualmente, não cumprem as recomendações para a AF devem ter como objetivo aumentar a duração, a frequência e, finalmente, a intensidade de forma a alcançar as diretrizes recomendadas.

O treino de flexibilidade deve ser realizado pelo menos 2-3 vezes por semana, como alongamento (10-30 segundos), 4 vezes por grupo muscular 8-12 RM = a carga mais alta que pode ser levantada através de toda a amplitude de movimento 8-12 vezes (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010).

Relativamente à prescrição, o princípio deve respeitar a intensidade das sessões e as necessidades de cada pessoa (Professional Associations for Physical Activity Sweden, 2010).

2.4. Benefícios do exercício físico nos profissionais de saúde

Em todo o mundo, muitos adultos passam a maioria das horas de vigília no trabalho. Neste, as pessoas enfrentam uma variedade de riscos incluindo produtos químicos, agentes biológicos, fatores físicos, condições ergonômicas adversas, alérgenos, uma complexa rede causal de riscos de segurança e muitos e diversos fatores psicossociais. Estes podem produzir uma ampla gama de resultados de saúde, incluindo lesões, cânceros, perda auditiva e distúrbios respiratórios, musculoesqueléticos, cardiovasculares, reprodutivos, neurotóxicos, cutâneos e psicológicos. O stresse no trabalho foi uma das consequências demonstradas em estudos recentes, em países industrializados associado a doenças cardiovasculares (WHO, 2002).

Os profissionais de saúde pertencem um dos grupos profissionais que mais evidenciam um grande desgaste, não só físico, mas sobretudo, psicológico, decorrente do grande número de situações de stresse a que estão expostos. Deste modo, depreende-se que novas e complexas exigências se colocam aos mesmos no seu local de trabalho, nomeadamente ao nível das relações interpessoais tensas com alguns utentes e do número elevado de horas que passam no mesmo, não conseguindo por vezes, alcançar determinados objetivos a que se propõem, de tal modo, que a insatisfação laboral, os sentimentos de ansiedade e depressão ou mesmo exaustão passam a ser uma constante de exercício profissional (Meireles, 2010; Tavares, 2008).

As exigências físicas no local de trabalho registaram alterações muito significativas durante o último século. A grande maioria dos empregos na União Europeia, mostra uma disparidade entre si, obrigando ora a um reduzido dispêndio energético colocando em causa as recomendações mínimas para se ter um estilo de vida saudável, ora a um elevado esforço físico, muitas vezes incidindo

em atividades repetitivas, monótonas que exercem cargas locais sobre os músculos específicos e que são objeto de grandes sobrecargas e que podem criar um risco acrescido de desenvolver doenças musculares e da estrutura óssea. Por um lado, as exigências em termos de dispêndio de energia nos locais de trabalho, são muito inferiores às recomendadas para ter um estilo de vida saudável, mas, por outro lado, algumas tarefas podem criar um risco acrescido de desenvolvimento de doenças musculares e da estrutura óssea (Instituto do Desporto de Portugal, 2009).

A dor lombar, por exemplo, está associada a vários comprometimentos ergonômicos no trabalho por transporte de cargas pesadas, movimentos contundentes, trabalho físico exigente, posturas inadequadas. Os enfermeiros são um dos grupos que relatam altas taxas de dor lombar. Embora raramente fatal, é uma dor desconfortante que pode limitar o desempenho e o envolvimento no trabalho, nas atividades domésticas e de lazer (WHO, 2002).

Muitas estratégias de redução de riscos envolvem um componente da mudança de comportamento (Haskell et al., 2007; WHO, 2002). Mas o processo envolve uma multiplicidade de variáveis complexas, incluindo fatores pessoais, sociais, ambientais (Haskell et al., 2007). Fatores de risco com menores encargos de doenças também não devem ser negligenciados. Embora menores do que outros fatores, eles ainda contribuem para a carga total de doenças em várias regiões (WHO, 2002).

Outra incidência verificada junto dos profissionais de saúde tem sido o burnout, como confirmado no estudo de Marôco et al. (2016), em que dos profissionais de saúde estudados, 21,6% apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado. Cerca de 44% dos médicos apresentaram burnout elevado, sendo que cerca de 50% dos enfermeiros também evidenciaram este nível. A percepção de más condições de trabalho foi, dos fatores estudados, o que melhor prediz a incidência de burnout tanto em médicos como em enfermeiros. Os resultados deste estudo, a nível nacional e com uma amostra de dimensão considerável, apontaram para a necessidade de intervenções ocupacionais que reduzam a incidência do burnout em profissionais de saúde, melhorando o seu

bem-estar físico e psicológico e potenciando a qualidade do serviço de saúde que estes prestam (Marôco et al., 2016).

Ainda noutra estudo relativamente recente, realizado em Portugal por Queirós et al. (2013), procurou-se identificar os preditores do burnout em enfermeiros em quatro hospitais da cidade do Porto, tendo verificado que o sexo, a idade, os anos de experiência na função, a satisfação no trabalho e a interação trabalho/casa foram preditores significativos da incidência de burnout nestes profissionais (Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias, & Pereira, 2013).

Se não for devidamente intervencionado, o burnout pode causar um forte desgaste físico e emocional e associar-se a sintomatologia física como cefaleias, tonturas, dispneia, distúrbios de sono, alterações psicológicas como labilidade emocional, irritabilidade, ira e ansiedade e ainda a dificuldade de relacionamento social. Afeta ainda, a produtividade, promove conflitos de natureza laboral, dependência de substâncias psicotrópicas, redução da satisfação com o trabalho e com a vida pessoal, que pode conduzir, em casos mais graves, ao suicídio (Marôco et al., 2016; Scocco, de Girolamo, Vilagut, & Alonso, 2008; Wall, Schenck-Gustafsson, K Minucci, Sendén, Løvseth, & Fridner, 2014).

O burnout tem sido, por isso, considerado um problema de saúde ocupacional de grande relevância entre a classe dos profissionais de saúde, devido ao contacto com pessoas doentes, onde se geram relações interpessoais tensas, mas também pelas condições de trabalho existentes, onde os turnos são um fator que contribui para a sobrecarga física, cognitiva e emocional destes profissionais.

Indivíduos com burnout apresentam, geralmente, uma redução da qualidade do desempenho profissional, com maior probabilidade de erro médico, maiores taxas de absentismo, menor compromisso com a função e com o empregador, diminuição da satisfação no trabalho, maior ocorrência de baixas médicas, maior sofrimento pessoal e aumento dos conflitos interpessoais envolvendo chefias, colegas e família, abuso de álcool e outros psicotrópicos e menores níveis de ExF ou de outras atividades de vida saudáveis (N. Ferreira & Lucca, 2015; Marôco et al., 2016; Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps et al., 2011).

Outro estudo realizado por Wendel-Vos et al. (2004), que pretendeu analisar a relação entre a AF e os ataques cardíacos, demonstrou que, quando comparada com a inatividade física, a maior redução dos fatores de risco ocorre quando se realiza regularmente AF moderada (Wendel-Vos et al., 2004). É consensual de que a prática regular de AF é um comportamento de grande importância para a promoção de um estilo de vida saudável, tanto na infância e juventude, como na idade adulta. Nos adultos, a AF regular tem uma influência benéfica sobre alguns fatores relacionados com a saúde, pelo que, a Associação Americana de Cardiologia aconselha a prática de AF, pelos todos os benefícios que traz ao nível da saúde (American Heart Association, 2013).

Neste âmbito, seria importante que fossem implantados planos e programas nos locais de trabalho de forma que os trabalhadores incluíssem a AF na sua rotina diária ou semanal. Isto poderia compensar tanto um reduzido consumo de energia, como uma pressão sobre músculos específicos (incluindo os músculos lombares), como poderia ainda ajudar os trabalhadores a manter um nível aceitável de forma aeróbia. A maior parte dos estudos comprovam os efeitos ao nível da baixa por doença, bem-estar, redução dos fatores de risco para doenças crónicas e do tecido muscular, como também da forma física e do custo benefício. Os dados disponíveis suportam a ideia de que, o local de trabalho, deveria ser o principal local na vida quotidiana de um adulto em que o estilo de vida fisicamente ativo deveria ser apoiado e ser uma preocupação para as entidades empregadoras e para os sindicatos (Instituto do Desporto de Portugal, 2009).

2.5. Motivação para prática desportiva e de exercício físico

De acordo com Senra (2002), os benefícios fisiológicos e psicológicos provenientes da prática de exercício e AF são evidentes e reconhecidos pela população em geral, estando esta alerta para os problemas e riscos que advém do estilo de vida que temos vindo a levar.

Segundo Biddle (1994), a promoção da AF é uma tarefa difícil e complexa que apenas se tornará mais fácil com um conhecimento mais profundo acerca dos

fatores motivacionais subjacentes à prática física dos indivíduos. Buckworth & Dishman, (2002), definiram quais os determinantes que mais motivam para a prática de ExF, qual o design e como aplicar os melhores modelos teóricos, quais os segmentos inativos da população que podem ser identificados; que estratégias de promoção para a adoção e manutenção do ExF podem ser adequadamente aplicadas; quais as variáveis modificáveis que influenciam a mudança de comportamento e que, por sua vez, irão provocar o aumento da eficácia das intervenções que têm como alvo essas mesmas variáveis, e por último, a identificação dos determinantes associados ao ExF permitindo intervenções mais personalizadas (Buckworth & Dishman, 2002; Cardoso, 2005).

Existem diferentes opiniões relativamente à divisão destas variáveis, contudo, é unânime que estas não são variáveis isoladas e interagem dinamicamente influenciando o comportamento e o padrão desta interação ao longo do tempo. Podem-se considerar as características pessoais e demográficas como os hábitos, grau académico, etnia, idade, sexo, traços psicológicos, o rendimento e a ocupação. De acordo com Dishman (1993), um passado desportivo assume grande significado, no sentido em que experiências em desporto podem contribuir com conhecimentos, capacidades e predisposição vantajosa para atividades em anos futuros e são responsáveis por uma intervenção pública em larga escala.

As características psicológicas são consideradas como importantes para a manutenção da AF e podem contemplar as atitudes, convicções, crenças e valores, assim como, podem também explicar diferenças comportamentais. Associados a estas características encontram-se os conceitos de autoeficácia, autoconfiança, automotivação, autorregulação, automonitorização, autorreforço. Existem ainda outros determinantes que poderão influenciar o envolvimento em atividades desportivas e de ExF, nomeadamente o envolvimento social, como a família, amigos e o envolvimento físico, mais especificamente, o clima. Outro determinante igualmente importante são as características do exercício, como por exemplo, a intensidade, a duração e a frequência (Cardoso, 2005).

Em outros estudos, detetou-se que as motivações variam durante as diferentes etapas da vida, podendo estar relacionadas, para além dos fatores

sociais, económicos e ambientais, à mudança de valores, objetivos e circunstâncias de vida (Azmi, Karim, & Amin, 2012).

Perceber o que motiva as pessoas para uma determinada participação e quais os processos inerentes, torna-se fundamental para compreender os motivos que levam às adesões e aos abandonos dos programas de exercício. Também se sabe, que não existem modelos ou teorias da AF que satisfazem todos os casos, dada a variabilidade de fatores que envolvem este processo. Cada intervenção deve ser única e deve responder às necessidades em termos de aconselhamento, dependendo da fase de mudança em que cada pessoa se encontra (Senra, 2002). Segundo Rocha (2003), a identificação de tais determinantes permite definir as atuações mais adequadas a implementar, com vista a remover as barreiras à prática de exercício, promover oportunidades de praticar e prevenir o abandono. Estes princípios são defendidos pelo Modelo Transteórico dos Estados de Mudança de Prochaska e Diclemente (1983) que será abordado mais adiante. Os obstáculos diferem de acordo com cada fase (Senra, 2002).

A motivação é uma determinante importante de qualquer comportamento humano. Trata-se de um fator interno do mecanismo psicológico que comanda a direção, intensidade e persistência do comportamento (Iso-Ahola & Clair, 2001; Rocha, 2003). Estar motivado significa estar movido para fazer alguma coisa. A Teoria da Autodeterminação (*Self-Determination Theory* – SDT) foi proposta em 1981, por Richard M. Ryan e Edward L. Deci para estabelecer uma psicologia com responsabilidade social e política, de maneira a delinear variáveis que pudessem ser operacionalizadas, inclusive em nível de políticas públicas, com foco em saúde e bem-estar psicológicos (Appel-Silva, Wendt, & Argimon, 2010). Segundo Wehmeyer (1992), a autodeterminação representa um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o *agente causal* em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais. Esta teoria distingue diferentes tipos de motivação com base nas razões ou objetivos que dão origem a uma ação (Richard & Edward, 2000).

Segundo Vallerand, Deci, e Ryan (1987) é importante distinguir os motivos extrínsecos e intrínsecos para a participação. As motivações intrínsecas são as realizadas pela satisfação do envolvimento na atividade e estão relacionadas com

a competência e interesse/prazer. Trata-se de comportamentos espontâneos que parecem estar fortemente relacionados com as experiências positivas associadas à ação/exercício. Nos seres humanos, a motivação intrínseca, não é, por si só, uma atividade volitiva, mas sim uma tendência motivacional natural e inata, sendo um elemento fundamental no desenvolvimento cognitivo, social e físico, pois é através deste interesse inerente que o mesmo desenvolve o seu conhecimento e habilidades. Embora a motivação intrínseca, seja claramente um tipo importante de motivação, a maioria das atividades que as pessoas fazem, não são, estritamente falando, motivadas intrinsecamente, mas sim pelas demandas sociais e pelos papéis que exigem que os indivíduos assumam, nomeadamente a responsabilidade por tarefas não intrinsecamente interessantes (Richard & Edward, 2000). Já as motivações extrínsecas ou secundárias estão associadas com reforços externos, como o desejo de vencer, ser conhecido, ser admirado pelos outros, a satisfação de pertencer a um grupo e o desejo de liderar. Associadas a estas, encontram-se as recompensas, motivando sob a forma de reforços positivos e negativos (Brito, 1994). Relacionados intimamente com as motivações extrínsecas estão os conceitos de amotivação e regulação introjetada. Quando amotivada, a pessoa permanece num estado de falta de intenção para a ação e sentido de causalidade pessoal. A pessoa pode não valorizar uma atividade, não se sentir competente para fazê-lo ou mesmo não acreditar. Na regulação introjetada, a pessoa é motivada pela culpa e age para não se sentir culpada ou envergonhada. Tais ações, são realizadas com a sensação de pressão para evitar a culpa ou ansiedade ou para obter orgulho ou melhorar o seu ego. A regulação identificada é também uma forma de motivação extrínseca mais autónoma ou autodeterminada. Esta ocorre quando uma pessoa realiza uma ação que não é uma escolha sua, mas que é realizada, pois reconhece a sua importância mesmo que esta não seja prazerosa. Quando a pessoa passa a aceitar a validade e utilidade, a ponto de fazer parte da sua identidade e valores, caracteriza-se por regulação integrada (Richard & Edward, 2000).

De acordo com diferentes estudos, parece que o tipo de motivação para a prática de exercícios físicos e a autoestima apresentam ligações. Os resultados do estudo de Vello e Martin (2007), mostrou que as orientações motivacionais

generalizadas influenciam a autoestima ao afetar a motivação autônoma e são consistentes com a teoria que sugere que as experiências relacionadas à motivação intrínseca são o mecanismo pelo qual as orientações motivacionais globais se traduzem em resultados adaptativos como a autoestima. Os resultados sugerem também que as intervenções de AF que visam motivos autônomos, provavelmente, aumentarão a autoestima.

A Autoestima é definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, o quanto se vê e o que pensa sobre ela mesma (Rosenberg, 1965). O mesmo autor refere, que se trata de um conhecimento de todos os aspetos positivos e negativos de si mesmo e ao respeito por si próprio, permitindo estabelecer relações mais ricas e produtivas com o seu meio envolvente, apresentando uma atitude de aprovação ou reprovação. Citou ainda, que pode ser representado em três formas de autoestima: 1) o eu extenso, a de como o indivíduo se vê a si mesmo; 2) o eu desejado, a de como gostaria de ser visto e; 3) o eu pressentido, que corresponde a de como a pessoa se mostra aos outros (Cordeiro, 2015). A autoestima é o resultado da relação entre os objetivos individuais concretizados e os objetivos individuais pretendidos e uma fonte indicadora de boa saúde mental, encontrando-se altamente correlacionada com uma vida ajustada (Buckworth & Dishman, 2002; Martins, 2014). Pode ser compreendida pela atitude, positiva ou negativa, que o indivíduo tem acerca de si próprio. Constitui-se, desta forma, pela avaliação quantitativa do autoconhecimento referente ao modo como o indivíduo organiza apreciações de si mesmo. Os teóricos salientam que ter uma autoestima elevada é crucial, pois esta, impulsiona uma maior confiança e segurança para viver a vida (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1965).

Um dos modelos utilizados para entender a motivação, é o Modelo Transteórico, porque contempla vários estados comportamentais em relação ao exercício (Rocha, 2003; Woods, Mutrie, & Scott, 2002). Este modelo refere que é fundamental identificar a fase em que se encontra a pessoa, sendo que, segundo o mesmo, pode ser dividido em 5 fases: pré-contemplação; contemplação; preparação; ação; manutenção e recaída. Na primeira-fase, **a pré-contemplação**, os indivíduos não têm um estilo de vida regularmente ativo e não pretendem

iniciar nenhuma atividade nos seis meses seguintes, sendo que não consideram a regularidade de exercício importante para sua saúde. Os fatores que podem levar a este comportamento poderão ser diversificados, nomeadamente, falta de informação, desacreditação nas suas capacidades de mudança e desvalorização. Na segunda fase, **contemplação**, os indivíduos não têm um estilo de vida regularmente ativo, não pretende iniciar a prática regular de atividade física nos próximos meses, mas consideram a regularidade de exercício importante para sua saúde, podendo vir a iniciar um programa de prática de ExF nos próximos seis meses. Esta fase, retrata-se por uma etapa onde predominam os pensamentos em vez da atuação, vendo os prós e os contras como iguais. Na terceira fase, a de **preparação**, os indivíduos ainda não apresentam um estilo de vida regularmente ativo, mas pretendem iniciar um programa regular nos próximos meses. Neste estágio a frequência ainda é baixa e irregular, não havendo ganhos significativos. Trata-se de uma fase ainda muito instável. Na quarta-fase, conhecida por **ação**, exige uma estabilidade maior, onde os indivíduos exercitam regularmente três vezes por semana, tendo este comportamento pouca duração (menos de seis meses). Esta fase torna-se crítica, pelo facto de muito indivíduos adotarem comportamentos inativos. Quando um indivíduo permanece por um período após os seis meses, entra na quinta-fase, a de **manutenção**. Nesta fase os indivíduos têm um estilo de vida regularmente ativo e apresentam esse comportamento há mais de seis meses. Este estágio prolonga-se até deixar de estar em risco de retornar a ser inativo, entrando no estágio de **recaída** (Cardoso, 2005; Rigoni, Junior, Costa, & Vieira, 2012; Rocha, 2003).

Vários estudos já foram realizados de forma a perceber o que motiva as pessoas para a prática desportiva e de ExF. Em 2000, Weinberg et al., realizou um estudo, onde demonstrou que os motivos mais citados para a participação desportiva estão relacionados com a dimensão competição (a vitória, o estatuto, e as recompensas), e com o divertimento e excitação inerentes ao desporto. Um outro estudo foi efetuado em 2011, por Balbinotti, Barbosa, Balbinotti, & Saldanha, que objetivou a avaliação dos níveis gerais da motivação que levam indivíduos adultos à prática regular de atividades físicas e desportivas. Neste

estudo essas diferenças foram exploradas através de comparações dos níveis gerais de motivação, observando-se as variáveis “sexo e faixa etária”. Os resultados indicaram não haver diferença significativa em função do gênero, tanto para homens ($t(314) = 0,036$; $p > 0,971$) como para mulheres ($t(319) = 0,093$; $p > 0,926$). Quanto a variável faixa etária, os resultados ($F(2, 632) = 7,214$; $p = 0,001$) indicaram existir a diferença altamente significativa ($p > 0,01$) entre as médias observadas nas três faixas etárias (18 a 20 anos; 21 a 40 anos e 41 a 55 anos), concluindo, com base na teoria da autodeterminação que os elevados índices de motivação entre os adolescentes é predominante intrínseca devendo-se à exploração e teste das potencialidade e a respetiva socialização. Quanto à redução dos índices de motivação observada na segunda faixa etária (21 a 40 anos), pode teoricamente estar relacionada com a estabilização e avanço profissional e assunção de novas responsabilidades. Quanto a terceira faixa etária (41 a 55 anos), observa-se uma elevação nominal não significativa nos índices de motivação à prática de atividade física, quando comparado com o grupo de jovens adultos, que também pode ser interpretada pela teoria do desenvolvimento e sustentada por estudo, uma vez que esta fase poderá estar intimamente ligada com a saúde, sendo a motivação predominante extrínseca.

Vários outros estudos, foram realizados no sentido de poder perceber quais as motivações das pessoas para a prática desportiva e de ExF e qual a importância que estes assumem na manutenção da prática física (Rocha, 2003). Outro estudo, revelou que existem diferenças entre sexo, sendo o sexo feminino menos ativo comparativamente ao masculino (Irwin, 2004). Num outro estudo, que avaliou 21 razões motivadoras divididas em diferentes domínios (biológicas; físicas; psicológicas, cognitivas e emocionais; saúde e comportamental), conclui que das 21 somente duas registaram diferenças significativas entre sexo, especificamente um efeito positivo sobre a vida sexual e mais energia para as tarefas diárias. O mesmo estudo conclui que a maioria dos participantes estavam motivados intrinsecamente. Por outro lado revelou que as pessoas não estão cientes dos valores do ExF em relação à saúde (Kubaisy, Mohamada, Ismaila, & Abdullaha, 2015).

Segundo Cardoso (2005), muitos são os indivíduos que não aderem ou conseguem manter a prática, apesar de já conhecerem os benefícios. A não adesão ou abandono têm sido relacionados com fatores pessoais ou individuais (biológicos, psicológicos, demográficos), fatores do envolvimento (situacionais, ambientais, sociais) e características da própria atividade (intensidade, frequência, duração, tipo de atividade, tipo de supervisão). A falta de tempo, falta de conhecimento mais ou menos específicos acerca dos exercícios, precárias ou falta de infraestruturas e o cansaço são também alguns dos fatores identificados (Rocha, 2003).

A teoria dos objetivos de realização e a teoria da autodeterminação são comumente utilizadas para explicar os aspetos motivacionais em contextos de AF e desportiva. Apesar de distintos, os construtos motivacionais destas duas teorias encontram-se relacionados, considerando-se que os indivíduos orientados para a tarefa são mais autónomos e mais motivados intrinsecamente. Por sua vez, os indivíduos que privilegiam uma orientação para o ego são menos autónomos e mais suscetíveis à motivação extrínseca (Gillet, Vallerand, & Paty, 2013; Nicholls, 1989; Sarmiento et al., 2012).

Neste sentido, para programar intervenções que sejam eficazes no campo da AF, é necessário conhecer não somente o nível atual de AF da população, mas também as barreiras e os fatores associados à prática de AF no ambiente estudado. O modelo dos estágios de mudança de comportamento pode direcionar o planeamento e a implementação de intervenções para a prática de atividades físicas, de modo a aumentar a sua efetividade visto que os indivíduos possuem características diferentes de acordo com o estágio em que se encontram (S. de C. Dumith, Domingues, & Gigante, 2008).

3. METODOLOGIA

Este capítulo descreve a caracterização e seleção da amostra, definição e caracterização das variáveis em estudo, identificação e caracterização dos instrumentos de medida, os procedimentos desta investigação e análise e tratamento de dados.

3.1. Caracterização da amostra

Foram convidados a participar neste estudo profissionais afetos à ARS Centro, IP, que exercem distintas funções, nomeadamente Diretores Gerais, Chefes de Divisão, Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores (Gestão, Jurista, Comunicação, Ciências Sociais), Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutico, Informáticos, Assistentes Técnicos, assistentes Operacionais, ou outros cargos.

A ARS Centro, IP é constituída por:

- Serviços centrais, organizados em cinco departamentos (DGAG, DIE, DPC, DRH, DSP e uma divisão, DICAD)
- Quatro unidades orgânicas flexíveis (GSIC, UALP, UEP e UIPS)
- Um gabinete (GJC)
- Quatro estruturas de apoio especializado (ERA, GACI, GRPC e GFM)
- Seis serviços desconcentrados, designados por ACeS (ACeS Baixo Mondego, ACeS Baixo Vouga, ACeS Cova da Beira, ACeS Dão-Lafões, ACeS Pinhal Interior Norte e ACeS Pinhal Litoral). A atual organização administrativa da Região de Saúde do Centro, compreende ainda duas ULS, a ULS de Castelo Branco e a ULS da Guarda (ARS Centro, 2018).

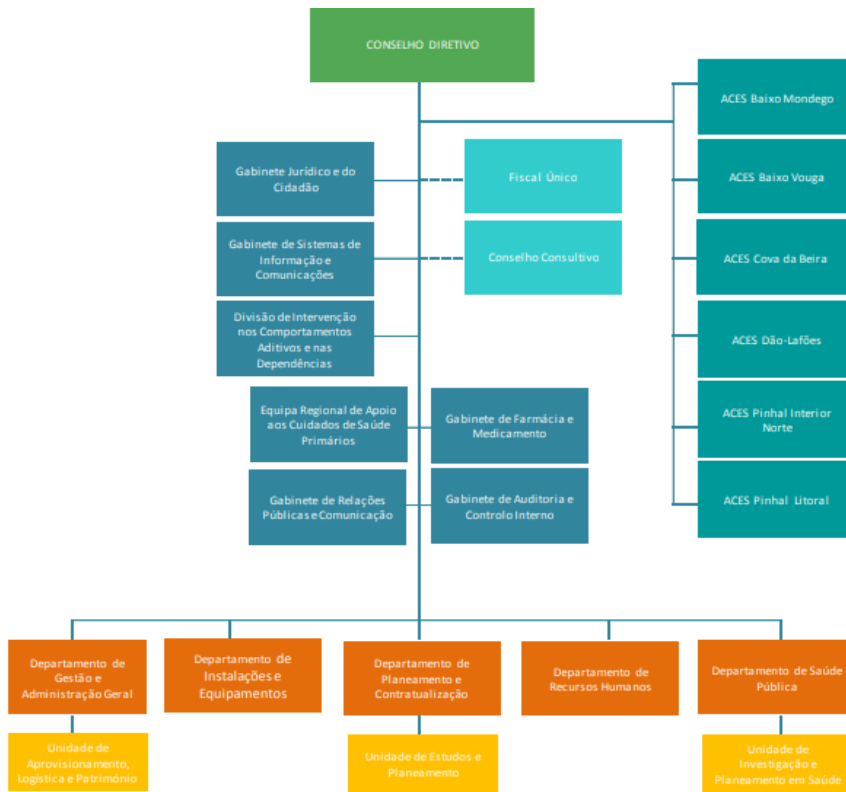


Figura 3 - Organograma da ARS Centro, IP (ARS Centro, 2018)

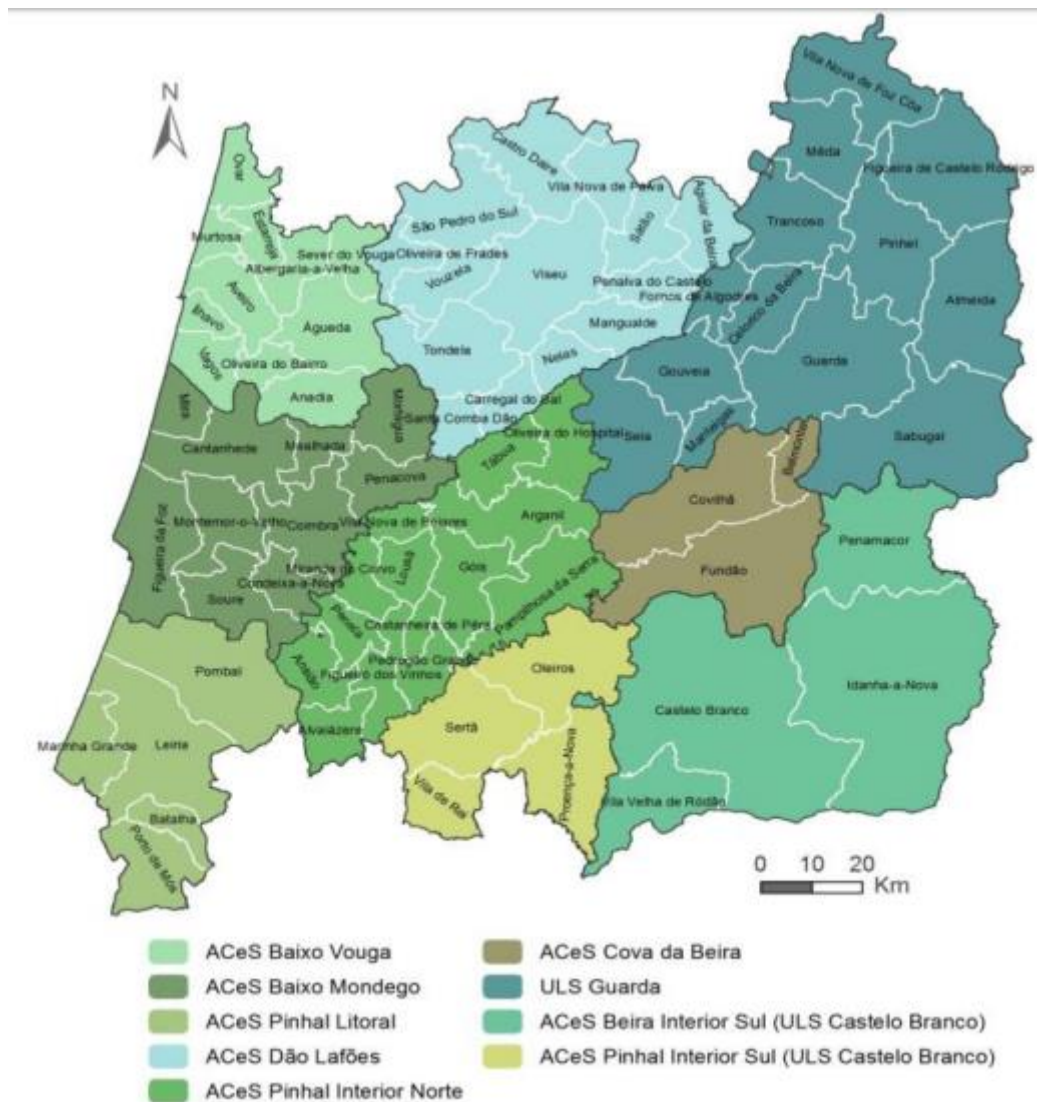


Figura 4 - Mapa dos ACeS e ULS da região de saúde do Centro (ARS Centro, 2018)

A ARS Centro, IP dispunha, em 31 de dezembro de 2017, de 4.520 profissionais, valor correspondente aos Serviços Centrais e aos ACeS. Para 2018 previu-se um aumento de 3,1% (mais 140 profissionais) no total dos funcionários, particularmente de enfermeiros e médicos (ARS Centro, 2018). Neste estudo participaram 1195 profissionais entre os 20 e os 70 anos, de ambos os sexos, independentemente do tipo de contrato que mantinham com o respetivo serviço.

3.2. Seleção da amostra

A amostra que constitui este estudo é uma amostra não-probabilística de conveniência constituída por um total de 1195 profissionais afetos à ARS Centro, IP, com idades compreendidas entre o 24 e os 70 anos. Todos os profissionais da ARS, Centro foram notificados através da plataforma da DSG, sem que houvesse obrigatoriedade de preenchimento, sendo necessário o parecer da Comissão de Ética para a Saúde.

3.3. Definição e caracterização das variáveis em estudo

3.3.1. Variáveis dependentes

Como variáveis dependentes, foram selecionadas: o bem-estar, a autoestima, a motivação intrínseca e extrínseca, a regulação introjetada, identificada e amotivação, índice de autodeterminação e os estados de mudança que poderão ser categorizado em comportamento ativo ação e manutenção e comportamento inativo (pré-contemplação, contemplação, preparação e recaída).

3.3.2. Variáveis independentes

Para este estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes:

- Variáveis relacionadas com a Identificação pessoal e profissional: sexo; idade; funções/cargos exercidos; habilitações literárias; local de trabalho (concelho).

- Variáveis relacionadas com o estado de saúde: altura; peso; IMC; hábitos tabágicos e de etilismo e hábitos alimentares saudáveis. Os valores da IMC apresentados neste estudo serão comparados com os apresentados no Programa Nacional de Combate à Obesidade que tem por base os scores da OMS e permite comparar com dados existentes sobre amostras representativas da população (Sérgio et al., 2005).

□ Variáveis correlacionadas com a prática de ExF: presença de prática regular; prática de ExF no local de trabalho; importância de ter ou vir a ter ExF no local de trabalho; período em que considera benéfica a prática de ExF; formação na área do ExF; impacto do mesmo na vida profissional; barreiras percebidas à prática desportiva e de ExF.

3.4. Identificação e caracterização dos instrumentos de medida

O presente estudo teve por base um questionário de autopreenchimento (anexo 1) que incluiu questões relacionadas com a identificação pessoal, profissional e estado de saúde global. Neste questionário foram utilizados um conjunto de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa e que em seguida serão apresentados.

O questionário foi construído em formato eletrónico, com recurso ao Google Forms que compreendeu o tema e apresentação do projeto, seguido de 4 secções temáticas, constituídas por um total de 26 questões relacionadas com: a “Identificação” pessoal e profissional; o “Estado de saúde”; a “Prática de stividade física/exercício físico”, onde integra, os seguintes instrumentos de medida: o Questionário dos Estados de Mudança e o Questionário de Jackson que permite predizer a aptidão aeróbia de cada participante. Por último, contempla questões sobre a própria pessoa (“Sobre si mesmo”), “através de questionários validados e que medem dimensões relacionadas com: a autoestima, através da Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), o bem-estar, utilizando o Índice de Bem-estar da OMS-5 (WHO-5), versão de 1998; a autodeterminação e motivação para AF e desportiva, e aspetos de regulação motivacional para o exercício e intensidade da motivação em relação ao desempenho de uma determinada atividade, através do Inventário de Motivação Intrínseca (IMI) e do Questionário de Regulações Motivacionais para o Exercício (BREQ-2), os quais têm sido extensamente utilizados na investigação da área da AF e desportiva.

No desenvolvimento desta ferramenta de avaliação foi dada particular atenção à salvaguarda da confidencialidade e do anonimato de cada um dos potenciais participantes, uma vez que na base de dados final não constou

qualquer informação que permitiu à posteriori a identificação dos participantes. Deste modo, a base de dados foi gerada eletronicamente em formato de folha Excel, e não possuiu qualquer código ou elemento identificativo da pessoa que procedeu ao seu preenchimento. Os participantes receberam no e-mail o link que lhes permitiu aceder ao questionário, bem como uma breve mensagem elucidativa da importância e pertinência do estudo, a solicitação da ARSC para a sua participação e o prazo limite de preenchimento. Na parte inicial do questionário, os participantes foram esclarecidos da finalidade do estudo, do tempo médio de preenchimento e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Foram ainda informados da necessidade de preencher uma Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido cujo link foi igualmente disponibilizado online. A duração média expectável de preenchimento do questionário foi estimada de 10 minutos.

3.4.1. Primeira secção do questionário: Identificação

Esta primeira secção tem como intuito o levantamento de dados pessoais e profissionais, que serão fundamentais para a análise dos dados estatísticos, nomeadamente, o sexo, data de nascimento, funções/cargos profissionais, habilitações literárias e local de trabalho/concelho.

3.4.2. Segunda secção do questionário: Estado de saúde.

A segunda secção permite o levantamento dos seguintes dados: altura/estatura e peso, que irão permitir calcular o IMC recorrendo à seguinte fórmula: $\text{peso (Kg)}/\text{Estatura}^2 \text{ (m)}$; presença ou ausência de hábitos tabágicos, etilismo e hábitos alimentares saudáveis.

3.4.3. Terceira secção do questionário: Prática de atividade física/exercício físico

A terceira secção contempla questões relacionadas com a prática de AF, nomeadamente, a presença ou ausência de prática de AF/ExF regular e prática

de exercício no local de trabalho, a importância de cada profissional ter ou vir a ter ExF no contexto laboral, assim como, o período que considera pertinente vir a ter a respetiva prática (antes, durante ou após o período laboral).

Esta secção integra, igualmente instrumentos de medida, especificamente o Questionário para Determinar os Estados de Mudança (Marcus, B. s/d), do modelo Transteórico, integrado nas questões 15, 16, 17 e 18 e o Questionário de Hábitos de Atividade Física (Adaptado do Modelo de Jackson e colaboradores, 1990), introduzido na questão 19.

O Questionário para Determinar os Estados de Mudança foi originalmente desenvolvido por B. Marcus e traduzida e validada para a população portuguesa por Senra (2002). Trata-se de uma escala composta por 5 questões de resposta dicotómica (sim/não), que permitem integrar os indivíduos nos Estados de Mudança do modelo Transteórico (Cardoso, 2005; Rocha, 2003).

O Questionário de Jackson possibilita perceber a aptidão aeróbia de cada participante neste estudo e estimar o consumo máximo de oxigénio (VO_{2max}), sem testar diretamente os sujeitos que se pretende estudar. Para estimar estes valores, recorrer-se-á a uma fórmula e que se baseia nos seguintes indicadores: idade, sexo, IMC e nível de AF através do código do questionário: $VO_{2max} (ml.kg^{-1}.min^{-1}) = 56,363 + 1,921 (cód.act.física) - 0,381 (IDADE) - 0,754 (IMC) + 10,987 (SEXO; F=0, M=1), (R=0,78 ; EPE=5,7) (Miguel, 2008).$

Numa última etapa desta secção, é questionada a existência de formação na área do ExF, o impacto do mesmo na vida profissional e quais os fatores percecionados por cada profissional como barreira à prática desportiva e de ExF.

3.4.4. Quarta secção do questionário: Sobre si mesmo[a]

Esta última secção contempla igualmente instrumentos de medida devidamente validados: a Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), através da questão 23; o Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde de 5 itens (OMS-5), versão de 1998, integrado na questão 24; o Inventário de Motivação Intrínseca (IMI), introduzido na questão 25 e o Questionário de Regulações Motivacionais para o Exercício (BREQ-2), apresentado na questão 26.

A **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)** tem como objetivo estudar a autoestima global. Esta escala demonstra ser de fácil aplicação, tendo já sido testada e aplicada em populações idosas, tal como demonstra Lopes (1996), e em populações entre os 45 e 65 anos, tal como afirma Abrantes (1998). É ainda utilizada em populações de jovens e para avaliar o efeito e contributos dos exercícios e AF na autoestima. Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens estão enunciados positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo totalmente=4, concordo=3, discordo=2 e discordo totalmente=1). Os depoimentos positivos e negativos são apresentados de maneira alternada, ora um positivo, ora um negativo, no sentido de tentar diminuir o perigo de resposta direcionada. Após as devidas inversões, a média dos 10 itens apresenta a cotação da escala, cuja pontuação total oscila entre 10 e 40. A obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada (Romano & Martins, 2007).

A RSES foi já traduzida e adaptada para a população portuguesa e já se encontra validada por diversos autores, tal como Silber e Tippet, Abramowitz, Jackson e Hagborg, relativamente a diversas populações (Abrantes, 1998; Batista, 1995). Além destes aspetos, esta escala é considerada um dos melhores instrumentos de avaliação da autoestima global (Sonstroem & Potts, 1996). As características psicométricas da RSES revelaram-se muito positivas e a consistência interna (Alpha de Cronbach) variou entre 0,77 e 0,88, enquanto que a estabilidade temporal, em períodos de tempo curtos, oscilou entre 0,82 e 0,85 (Blascovich & Tomaka, 2013).

O **Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde de 5 itens**, é uma escala de classificação global pequena e genérica que mede o bem-estar subjetivo. O OMS-5 foi originalmente apresentado em uma reunião da OMS em Estocolmo, em fevereiro de 1998, como parte de um projeto sobre a medição do bem-estar em pacientes com atenção primária à saúde (Topp, Ostergaard, Sondergaard, & Bech, 2015).

O OMS-5 foi derivado da OMS-10 que, por sua vez, proveio de uma escala de avaliação de 28 itens usada numa OMS em 8 países europeus diferentes. Os 10 itens que compõem o OMS-10 foram selecionados entre estes 28 que identificou os 10 itens mais válidos da escala original. Os itens para a escala de 28 itens foram selecionados das escalas de Zung para depressão, angústia e ansiedade, bem como, do Questionário de Saúde Geral e da Escala de Bem-Estar de Psicologia Geral. Tanto a escala de 28 itens quanto o OMS-10, incluem itens redigidos negativamente para refletir sintomas de angústia e itens expressos positivamente, refletindo o bem-estar. No entanto, como a OMS considera o bem-estar positivo um conceito fundamental para a saúde mental, o OMS-5 apenas contém itens expressos positivamente. No OMS-5, o entrevistado avalia positivamente cada uma das 5 declarações que se aplica a si considerando os últimos 14 dias. Cada item é pontuado de 5 (todo o tempo) para 0 (nenhum tempo). O valor total varia teoricamente de 0 (ausência de bem-estar) a 25 (bem-estar máximo). Como as escalas que medem a qualidade de vida relacionada à saúde são convencionalmente traduzidas para uma escala de percentagem de 0 (ausente) para 100 (máximo), recomenda-se que se multiplique a nota bruta em 4. O valor percentual é utilizado para monitorizar possíveis alterações no bem-estar. Uma variação de 10% indica uma alteração significativa (Kvorning, n.d.; Topp et al., 2015).

De acordo com Topp, Ostergaard, Sondergaard, & Bech (2015), na sua revisão sistemática da literatura sobre o OMS-5, onde analisaram 213 artigos relativamente à sua validade clinimétrica, capacidade de resposta/sensibilidade em ensaios clínicos controlados, potencial da OMS-5 como uma ferramenta de triagem para depressão e aplicabilidade em campos de estudo, concluíram, que o OMS-5, trata-se de um questionário simples e não evasivo, que apresenta em escala válida e adequada, sendo uma ferramenta de triagem para a depressão, como medida de resultado em ensaios clínicos, tendo sido aplicada com sucesso num ampla gama de estudos (Topp et al., 2015).

O Inventário de Motivação Intrínseca, tem como propósito, a avaliação da intensidade da motivação em relação ao desempenho de uma determinada

atividade e tem sido extensamente utilizado na investigação da área AF e desportiva. Trata-se de um instrumento reconhecido pela relevância dos conceitos a que se propõe medir (autodeterminação e motivação intrínseca), mas também, pela evidência da sua fiabilidade e validade (Fonseca & Brito, 2001; RIAP, 2017). O IMI foi inicialmente desenvolvido por Ryan (1982) e posteriormente aperfeiçoado por McAuley, Duncan, e Tammen (1989) e McAuley, Wraith, e Duncan (1991). Este instrumento é sobretudo dirigido a jovens e adultos e foi validado para a população portuguesa pelos autores portugueses Fonseca e Brito (2001), passando a chamar-se Inventário de Motivação Intrínseca (IMI) no contexto de AF e desportiva. Trata-se de um inventário de autopreenchimento, constituído por quatro subescalas: prazer/interesse, competência, esforço/importância e pressão/tensão (Fonseca & Brito, 2001; RIAP, 2017). Enquanto, as três primeiras referem-se a facetas positivas da motivação intrínseca, a última reflete uma faceta negativa (Fonseca & Brito, 2001). Existem diferentes versões, tendo sido utilizada a que deu origem ao IMIp, constituída por 18 itens, distribuídos pelas mesmas dimensões apresentadas anteriormente, sendo que a primeira e a terceira apresentam 5 itens cada, a segunda e a quarta, 4 itens cada, respondidas numa escala de Likert de 5 pontos, onde 1 é “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente”. A pontuação obtida é feita através da média da cotação dos itens para cada dimensão havendo possibilidade de se considerar um valor total para “Motivação Intrínseca Global”. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de motivação intrínseca para o desempenho da atividade alvo. As propriedades psicométricas da versão portuguesa apresentam fiabilidade (Alpha de Cronbach: Escala Global Motivação Intrínseca = 0.78; Prazer/Interesse = 0.75; Competência = 0.70; Esforço/Importância = 0.70; Pressão/Tensão = 0.36) e consistência interna, sendo um instrumento de confiança, tanto para avaliar globalmente a motivação intrínseca dos indivíduos para a prática de atividades físicas ou desportivas como, para avaliar individualmente cada uma das quatro facetas nele representadas. O primeiro estudo, para a Análise Fatorial Exploratória, incluiu 738 praticantes de diversas atividades físicas e o segundo estudo para Análise Fatorial Confirmatória incluiu 1780 praticantes (Fonseca & Brito, 2001; RIAP, 2017).

O Questionário de Regulações Motivacionais para o Exercício (BREQ-2) é baseado na Teoria da Autodeterminação (TAD) e tem o objetivo de quantificar as diferentes subsescalas que compreendem as regulações motivacionais (intrínseca – itens 4; 10; 15; 18; externas – itens 1; 6; 11; 16., introjetada- itens 2; 7; 13. e identificada – itens 3; 8; 14; 17.), assim como, a amotivação (itens - 5; 9; 12; 19) relacionada à prática do ExF. O questionário compreende 19 itens, com uma escala de Likert de 5 pontos, onde 0 equivale a “não é verdade para mim” e 4 corresponde a “muitas vezes é verdade para mim”. A pontuação é obtida através do cálculo da média da cotação dos itens em cada subsescala. Utilizou-se também, o índice de autodeterminação, que pode variar de -24 (menor autodeterminação) a 20 (maior autodeterminação) e o score foi obtido através da seguinte fórmula: $(-3 \times \text{amotivação}) + (-2 \times \text{regulação externa}) + (-1 \times \text{regulação introjetada}) + (2 \times \text{regulação identifica}) + (3 \times \text{regulação intrínseca})$ (B. Silva, Matias, Viana, & Andrade, 2012). Ao nível das propriedades psicométricas, a versão original evidenciou que os resultados foram estatisticamente significativos ao nível da viabilidade e fiabilidade (Satorra-Bentler $\chi^2 = 136,49$ [125], $p = 0,23$; RMSEA = 0,02, CI 90% = 0,00 -04; CFI = 0,95; NNFI = 0,94; SRMR = 0,05; M = 0,76; alcance .53-.90; $p < 0,001$) (Markland & Tobin, 2004). Um outro estudo realizado por Palmeira, Teixeira, Silva, & Markland (2007), apresentou igualmente um bom ajustamento ao modelo original (Satorra-Bentler $\chi^2=447.84$ [142], $p<.001$; RMSEA=.057 (0.0510.063); CFI=.96) o que demonstrou boa consistência interna para as diferentes subsescalas do instrumento.

3.5. Procedimentos

Após deferimento do modelo do questionário pela ARSC, que foi apresentado pela FCDEF, a investigadora realizou um questionário de autopreenchimento em formato eletrónico no Google Forms. A ARS Centro, IP ficou responsável por enviar o mesmo a todos os profissionais que prestam serviço nos diferentes agrupamentos e departamentos da ARS Centro. Este questionário faz parte de um estudo que está a ser realizado pela ARS Centro em parceria com a FCDEF-UC. O estudo pretendeu realizar uma análise aprofundada

da perspetiva dos profissionais de saúde face à necessidade de oportunidades de práticas desportiva e de exercício físico antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. Foi salvaguardado a veracidade das respostas. Os dados foram estritamente confidenciais estando garantido o anonimato e foi submetido o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro, IP (anexo 2). O tempo médio de preenchimento foi estimado de 10 minutos.

Os participantes deste estudo foram informados através da plataforma da DGS, a qual enviou uma notificação com os questionários a preencher. Neste questionário os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo, o tempo médio de preenchimento, da confidencialidade dos dados salvaguardando o anonimato. Foram ainda dadas instruções sobre o modo de preenchimento e o tempo médio do mesmo. Após cada profissional preencher e submeter o questionário, a investigadora do estudo exportou os dados em formato excel, os quais analisou e tratou através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Posteriormente foram apresentados os resultados, a discussão e respetiva conclusão do trabalho.

3.6. Análise e Tratamento de Dados

Para descrição e caracterização dos participantes em estudo realizou-se uma análise descritiva das frequências e medidas de tendência central e de dispersão, calculando valores mínimos, médios, médias e desvio padrão. Os resultados foram apresentados em tabelas de frequência, gráficos de barras e histogramas. Para comparação de médias aplicou-se o **Teste-T**. Para avaliar a relação entre o resultado experimental e o resultado esperado utilizou-se o **teste de χ^2** . Todas as análises estatísticas foram realizadas para um nível de significância de 0,05 ($p \leq 0.05$). Para quantificar a associação entre duas variáveis recorrer-se-á à correlação de Pearson. Os valores p apresentados são bilaterais, sendo que no caso de rejeição da hipótese nula, apresentou-se os valores p unilaterais à esquerda, caso a estatística de teste seja negativa, e unilateral à direita caso contrário. Em ambos os casos o valor p unilateral foi metade do bilateral, obtido pelo SPSS. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o

programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1. Introdução

O tratamento estatístico será apresentado neste capítulo, pela ordem das questões expostas no questionário, através da análise descritiva e inferencial com vista a responder às questões, objetivos e pressupostos que foram inicialmente formulados. A apresentação foi subdividida pelas 4 dimensões (Identificação; Estado de saúde; Prática de atividade física/exercício físico; Sobre si mesmo(a)). Todas as variáveis serão estatisticamente analisadas e apresentadas concluindo com exatidão os respetivos resultados.

4.2. Apresentação dos resultados

4.2.1. Identificação

Tal como se pode verificar na figura 3, a amostra deste estudo foi composta por um total de 1195 adultos ativos, dos quais 78,24% (n=935) eram do sexo feminino e 21,76% (n=260) eram do sexo masculino. No que diz respeito à variável idade, a amostra total apresentava uma média global de $46,19 \pm 10,024$ anos, compreendida entre os 24 e os 70 anos de idade (figura 4). O sexo feminino apresentava uma média de $46,07 \pm 9,61$ e o sexo masculino de $46,60 \pm 11,37$.

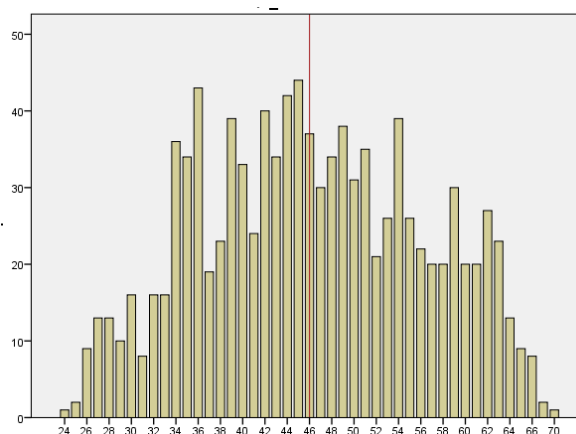
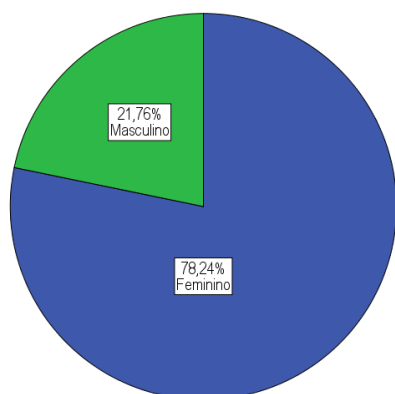


Figura 3 – Percentagens referentes ao Sexo (n=1195)**Figura 4** – Amplitude das idades

Em termos de atividade profissional a tabela 1 demonstra que de um total de 1195 inquiridos, 34,1% exerciam funções de Enfermagem, 24,1% funções de Médico(a) e 20,9% funções de Assistente Técnico.

Tabela 1 – Frequência e Percentagem do Cargo Profissional /Funções

	N	Percentagem
Assistente Operacional	12	1,0
Assistente Técnico	250	20,9
Cargo Dirigente	17	1,4
Chefe de Divisão	1	0,1
Enfermagem	408	34,1
Informático	6	0,5
Médico[a]	288	24,1
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	73	6,1
Técnico Superior (Gestão, Jurista, Comunicação, Ciências Sociais)	97	8,1
Técnico Superior de Saúde	35	2,9
Outras	8	0,7
Total	1195	100,0

Comparando as percentagens entre sexos, as figuras 5 e 6 demonstram que 38% das mulheres exerciam funções de Enfermagem, 23% eram Assistentes Técnicos e 20% desempenhavam funções de Médicas. Quanto ao sexo masculino, os Médicos apresentaram um maior número de respostas, com 37% seguido dos Enfermeiros com 20% e dos Assistentes Técnicos com 15%.

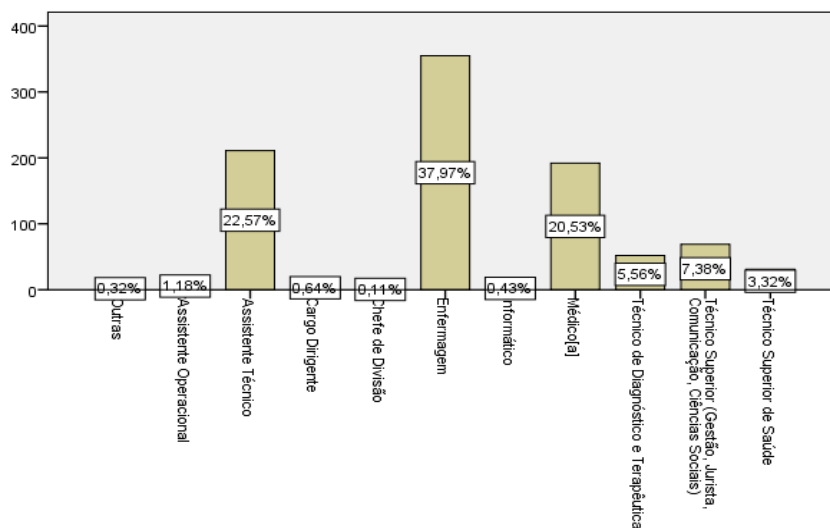


Figura 5 – Proporção do Cargo Profissional por sexo feminino

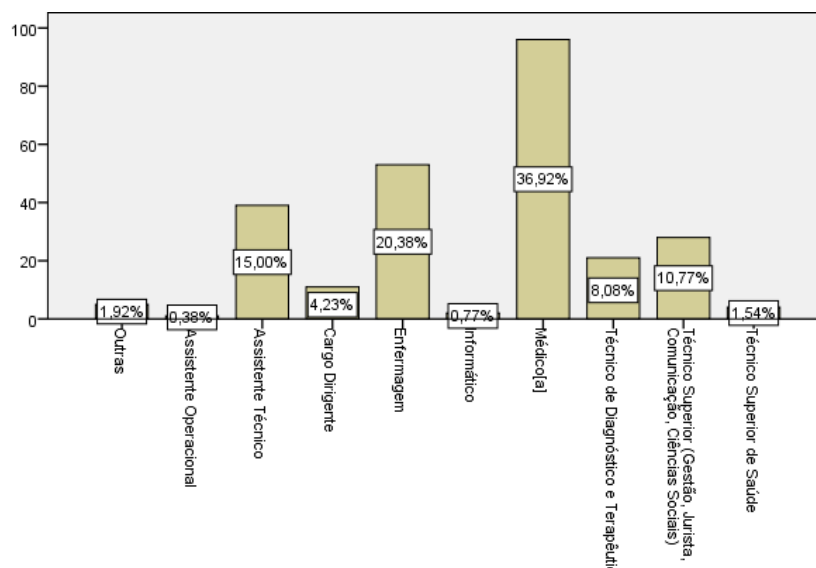


Figura 6 – Proporção do Cargo Profissional por sexo masculino

A figura 7 apresenta as percentagens referentes às habilitações literárias da amostra sendo que, 43,85% do total da amostra (n=1195) possuíam o grau de licenciatura, 23,1% o mestrado e 17,82% a escolaridade obrigatória (completa).

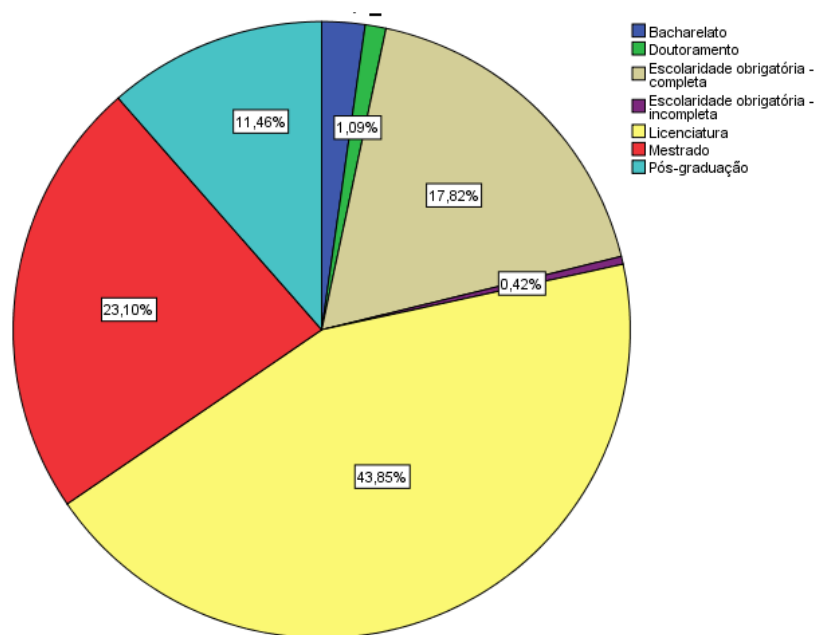


Figura 7 – Proporção do Grau Académico /Habilitações Literárias

Comparativamente aos grupos por sexo, pela tabela 2, constatou-se que, 45,10% das mulheres (n=935) detinham o grau de licenciatura, 21,5% o mestrado e 19,3% a escolaridade obrigatória (completa). No sexo masculino (n=260), 39,2% tinham a licenciatura, 28,8% o mestrado e 13,8% a pós-graduação.

Tabela 2 – Frequência e Percentagem das Habilitações dos Profissionais

	Feminino		Masculino	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Bacharelato	20	2,1	7	2,7
Doutoramento	7	0,7	6	2,3
Escolaridade obrigatória - completa	180	19,3	33	12,7
Escolaridade obrigatória - incompleta	4	0,4	1	0,4
Licenciatura	422	45,1	102	39,2
Mestrado	201	21,5	75	28,8
Pós-graduação	101	10,8	36	13,8
Total	935	100,0	260	100,0

Na figura 8, estão apresentadas as percentagens por local de trabalho. Constatou-se que do total dos inquiridos responderam 1167 (98%) profissionais dos quais, 33% trabalhavam na ACeS Baixo Mondego (n=389), 25% na ACeS

Baixo Vouga (n=298) e 15% na ACeS Pinhal Litoral (n=177) estando a restante amostra distribuída pelas restantes ACeS e Serviços Centrais da ARSC.

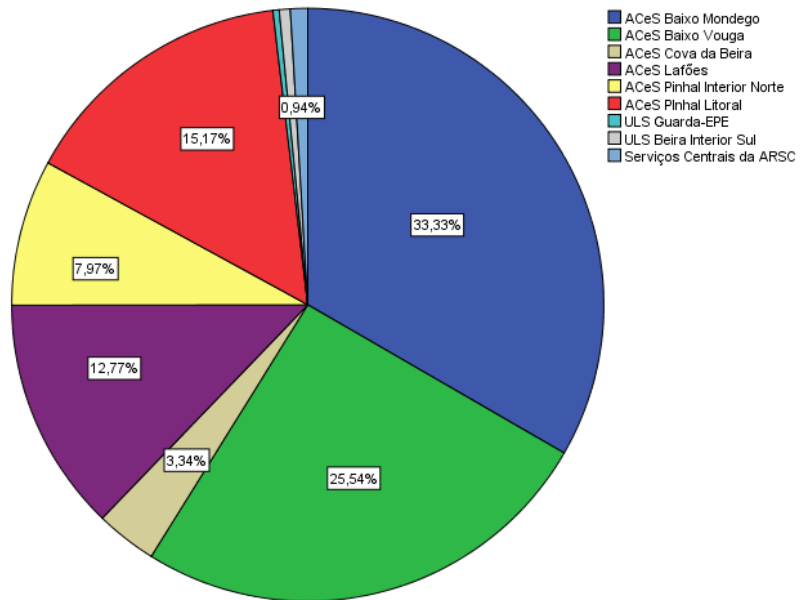


Figura 8 – Proporção por local de trabalho

Relativamente à distribuição por sexo pelo local de trabalho, conforme apresentado na figura 9, o ACeS Baixo Mondego apresentou maior percentagem de mulheres 36% (n=298) e homens 35% (n=91), seguido o ACeS Baixo Vouga com 27% para o sexo feminino (n=251) e 18% para o sexo masculino (n=47).

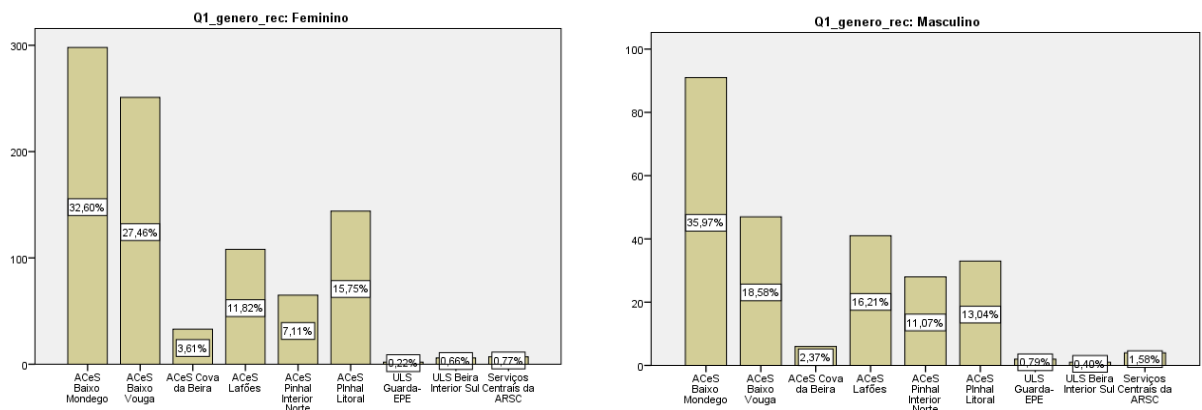


Figura 9 – Proporção do local de trabalho por sexo

4.1.2. Estado de Saúde

Em média, os homens apresentaram um IMC superior ao das mulheres (26,79 Kg/m² vs 24,6 Kg/m²) conforme se verifica na tabela 3. De acordo com as categorias do IMC da OMS (WHO, 2000), as mulheres mantinham uma classificação de peso normal (18,5 a 24,9). Porém o sexo masculino encontrava-se com pré-obesidade (25 a 29,9).

Tabela 3 – Valores do IMC por sexo

	N	Mínimo	Máximo	Média±DP
Feminino	934	15	60	24,63±4,615
Masculino	259	18	58	26,79±4,243

Quanto ao predomínio de um estilo de vida saudável, que se reflete numa alimentação saudável, ausência de hábitos etilismo e tabágicos e prática de ExF, verificou-se, que tanto os homens como as mulheres, evidenciavam maiores percentagens amostrais de hábitos saudáveis ao nível dos hábitos tabágicos, de etilismo e alimentares (figura 10).

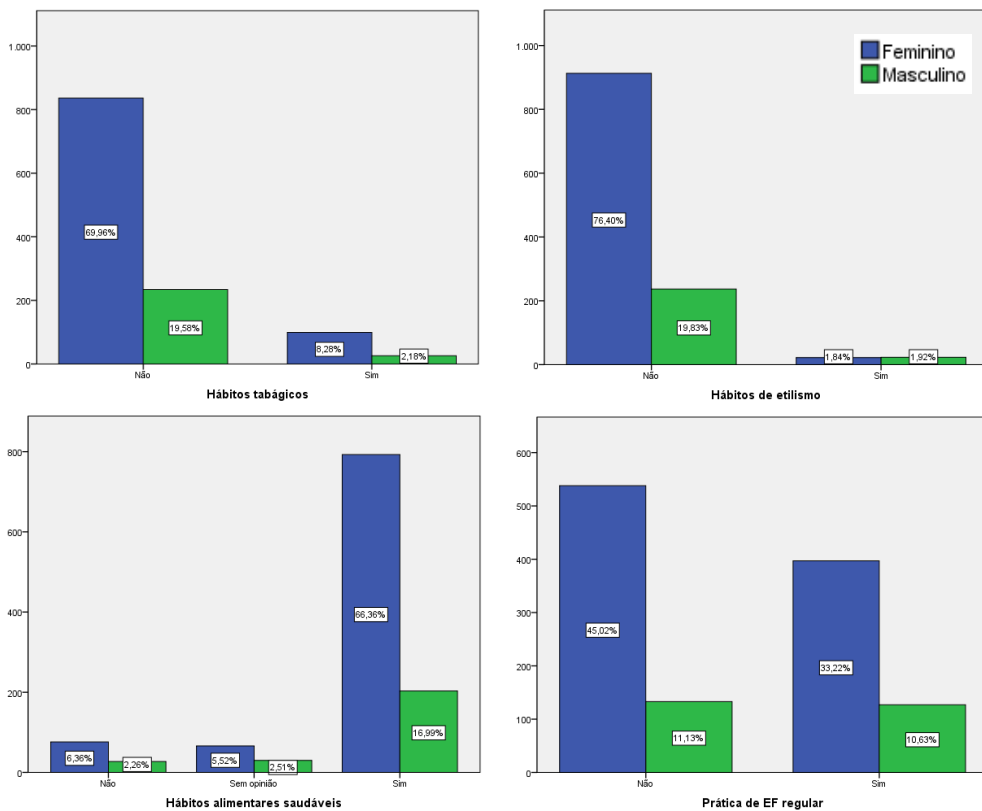


Figura 10 – Hábitos tabágicos, etílicos, alimentação saudável e prática regular de exercício físico por sexo

4.2.3. Prática de Atividade Física /Exercício Físico

Relativamente à prática desportiva e de ExF, referida na tabela 4, 56,2% (n=671) não praticavam regularmente ExF ao contrário dos restantes respondentes que afirmaram a prática regular de ExF com 43,8% (n=525) de respostas afirmativas. Fazendo uma análise entre os sexos, 42,5% das mulheres e 48,8% dos homens afirmam a prática física regular.

		N	Percentagem
	Não	671	56,2
	Sim	524	43,8
	Total	1195	100,0
Feminino	Não	538	57,5
	Sim	397	42,5
Masculino	Não	133	51,2
	Sim	127	48,8

Para perceber se existiam diferenças significativas para a prática de exercício físico regular em função do sexo, realizou-se o teste-t. Verificou-se que o nível de significância observado é superior a 5% ($p > 0,05$) pelo que não existem diferenças significativas entre a variável em função do sexo ($p < 0,069$; $t(410,130) = -1,824$).

Relativamente ao domínio da prática desportiva e de ExF verificou-se que do total dos inquiridos, somente 18 profissionais (1,5%) referiram praticar exercício físico no local de trabalho (tabela 5 e figura 11).

	N	Percentagem
Não	1177	98,5
Sim	18	1,5
Total	1195	100,0

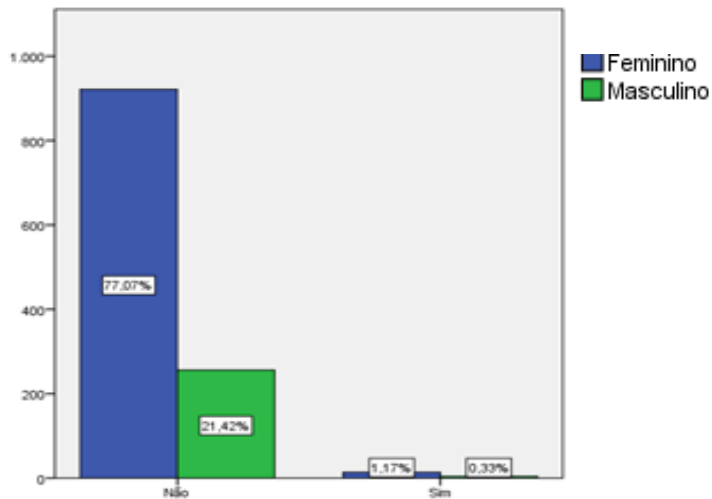


Figura 11 – Prática do ExF no trabalho por sexo

No que concerne à importância da prática de ExF no local de trabalho, conforme os valores apresentados na tabela 6, 90,8% dos inquiridos responderam afirmativamente, considerando a sua importância. Os restantes 9,2% não consideraram importante ou não apresentaram uma opinião formada. Na figura 12 pode-se constatar que ambos os sexos consideraram importante a prática de ExF durante o período laboral.

Tabela 6 – Importância da prática do ExF no trabalho

	N	Percentagem
Não	44	3,7
Sem opinião	66	5,5
Sim	1085	90,8
Total	1195	100,0

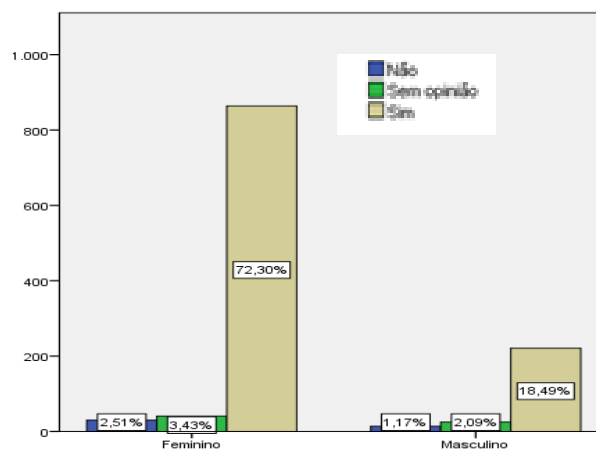


Figura 12 – Importância da prática do ExF no trabalho por sexo

Esta questão apresentou diferenças significativas em função do sexo. Verificou-se que o nível de significância observado é inferior a 5% ($p < 0,05$) pelo que existem diferenças significativas entre a variável em função do sexo ($p < 0,006$; $t(348,81) = 2,750$), sendo que são as mulheres que mais referem esta necessidade.

Dos 1085 profissionais que consideraram importante ter ou vir a ter ExF no local de trabalho, segundo os valores descritos na tabela 7, 14% ($n = 134$) afirmaram que a prática do ExF deve ser antes do período laboral, 52,2% ($n = 624$) nomearam durante o período laboral e 40,6% ($n = 485$) após o período laboral.

Tabela 7 – Período para a prática do ExF no trabalho

		N	Percentagem
Antes	Não	1017	85,1
	Sim	177	14,8
	Missing	1	
Durante	Não	571	47,8
	Sim	624	52,2
Após	Não	710	59,4
	Sim	485	40,6

Comparando as respostas entre sexo, verificou-se que tanto o sexo feminino como masculino consideraram que o período para a prática do ExF deverá ser durante o período laboral (figura 13).

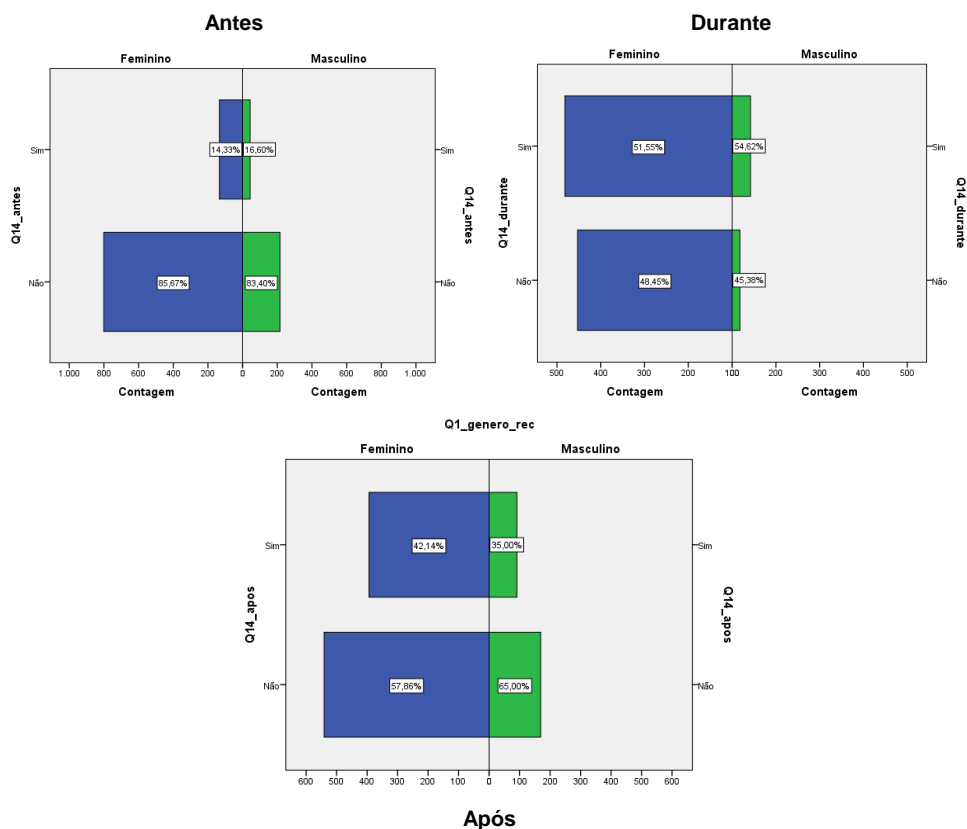


Figura 13 – Período para a prática do ExF no trabalho por sexo

De forma a perceber se existe associação estatisticamente significativa do período do dia em que os profissionais sentem necessidade para a prática de ExF no local trabalho em função do sexo, utilizou-se o teste de associação do Qui-quadrado. Este teste apenas detetou a existência de associação no caso do após ($p=0,039$; $\chi^2 = 4,3$), ou seja, há evidências de que aqueles que mais referem a necessidade de oportunidade de prática desportiva depois do trabalho são as mulheres (tabela 8).

Tabela 8 – Associação do tempo de prática em função do sexo

		Masculino (N)	Feminino (N)	p
Antes	Não	216	801	0.375
	Sim	43	134	
Durante	Não	118	453	0.400
	Sim	142	482	
Depois	Não	169	541	0.039*
	Sim	91	394	

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

Na tabela 9, encontram-se os resultados referentes aos estados de mudança. Conforme a análise, 80,8% (n=966) dos profissionais encontravam-se na fase de recaída, 39,7% (n=474) na fase de preparação, 32,3% (n=386) na fase de manutenção, 15,5% (n=185) na fase de contemplação, 6,4% (n=77) na fase de ação e 6,1% (n=73) na fase de pré-contemplação.

Tabela 9 – Estados de Mudança

		N	Porcentagem
Pré-Contemplação	Não	1122	93,9
	Sim	73	6,1
Contemplação	Não	1010	84,5
	Sim	185	15,5
Preparação	Não	721	60,3
	Sim	474	39,7
Ação	Não	1118	93,6
	Sim	77	6,4
Manutenção	Não	809	67,7
	Sim	386	32,3
Recaída	Não	229	19,2
	Sim	966	80,8
Total		1195	100,0

Analisando a tabela 10, verifica-se que tanto as mulheres (n=935) como os homens (n=260) encontravam-se maioritariamente na fase de recaída, apresentando uma percentagem de 85% (n=221) para os homens e 79,7% (n=745) para as mulheres. Seguidamente, com valores próximos, constatou-se que, 39,8% (n=372) das mulheres e 39,2% (n=102) situavam-se no estágio de preparação e 31,1% (n=291) das mulheres e 36,5% (n=95) dos homens no estágio de Manutenção (i.e., exercitavam-se regularmente há mais de seis meses). Nas restantes fases, para ambos os sexos, observa-se valores (%) <20. Testou-se se havia diferença nos estados de mudança em função do sexo. De acordo com os resultados verifica-se que o nível de significância observado no estado “recaída” é inferior a 5% ($p < 0,05$), concluindo que existe diferenças significativas nesta variável em relação ao sexo ($p < 0,040$; $t(457,79) = -2,062$). Verifica-se que a maior incidência reincide nos homens.

Tabela 10 – Estados de Mudança por sexo

			N	Porcentagem	Média ± DP	p
Pré. Contemplação	Feminino	Não	874	93,5	0,06±0,24	0,214
		Sim	61	6,5		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	248	95,4	0,04±0,21	
		Sim	12	4,6		
		Total	260	100,0		
Contemplação	Feminino	Não	785	84,0	0,16±0,36	0,290
		Sim	150	16,0		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	225	86,5	0,13±0,34	
		Sim	35	13,5		
		Total	260	100,0		
Preparação	Feminino	Não	563	60,2	0,39±0,48	0,872
		Sim	372	39,8		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	158	60,8	0,39±0,48	
		Sim	102	39,2		
		Total	260	100,0		
Ação	Feminino	Não	874	93,5	0,06±0,24	0,830
		Sim	61	6,5		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	244	93,8	0,06±0,24	
		Sim	16	6,2		
		Total	260	100,0		
Manutenção	Feminino	Não	644	68,9	0,31±0,46	0,107
		Sim	291	31,1		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	165	63,5	0,36±0,48	
		Sim	95	36,5		
		Total	260	100,0		
Recaída	Feminino	Não	190	20,3	0,79±0,40	0,040*
		Sim	745	79,7		
		Total	935	100,0		
	Masculino	Não	39	15,0	0,85±0,35	
		Sim	221	85,0		
		Total	260	100,0		

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

Quanto à prática regular de ExF e/ou desporto, de acordo com os resultados apresentados na tabela 11, 593 profissionais referiram que praticavam regularmente há $42,1 \pm 98,1$ meses, com valor mínimo e máximo que varia entre 1 e 1200 meses. Relativamente ao sexo, os valores mínimos e máximos mantiveram-se apresentando alterações ao nível da média entre o sexo masculino ($56,68 \pm 130,77$) e o sexo feminino ($37,29 \pm 84,06$).

Tabela 11 – Tempo (meses) de prática desportiva e de ExF

	N	Mínimo	Máximo	Média \pm DP
Feminino	445	1	1200	$37,29 \pm 84,06$
Masculino	148	1	1200	$56,68 \pm 130,77$
Total	593	1	1200	$42,13 \pm 98,06$

Conforme se observa na tabela 12, em média os inquiridos que praticavam ExF e/ou desporto disponibilizavam 3 dias por semana ($3,07 \pm 1,49$) variando entre 1 a 7 dias.

Tabela 12 – Dias por semana para a prática de ExF

	N	Mínimo	Máximo	Média \pm DP
Feminino	479	1	7	$3,05 \pm 1,51$
Masculino	162	1	7	$3,15 \pm 1,45$
Total	641	1	7	$3,07 \pm 1,49$

Comparativamente com o sexo, 35% (n=57) dos homens praticavam regularmente 3 dias por semana e 32,8% (n=157) 2 dias por semana (figura 14).

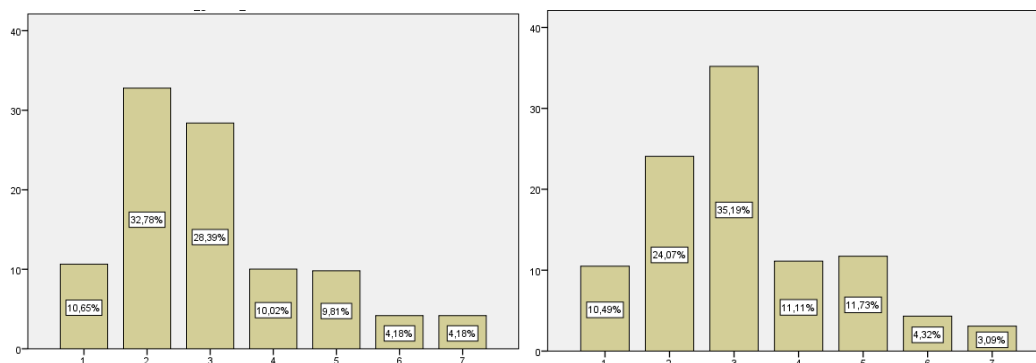


Figura 14 – Dias por semana para a prática de ExF por sexo

Relativamente ao tempo (em minutos) disponibilizado por dia, seleccionou-se somente os indivíduos que afirmaram fazer ExF/desporto regularmente. Do total da amostra, 658 profissionais referiram disponibilizar por dia, para a prática desportiva e de ExF, valores que variaram entre 2 e 300 minutos. Conforme os resultados apresentados na tabela 13, em média, o sexo masculino praticava diariamente cerca de $61,33 \pm 33,95$ minutos e o sexo feminino cerca de $57,69 \pm 24,46$ minutos.

Tabela 13 – Tempo (min) por dia para a prática desportiva e de ExF por sexo

	N	Mínimo	Máximo	Média±DP	t	df	p
Feminino	493	2	210	57,69±24,46	25,139	492	<0,001*
Masculino	165	10	300	61,33±33,95	11,853	164	<0,001*
Total	658	2	300	58,61±27,17	27,005	657	<0,001*

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

A OMS recomenda que a prática de exercício diário seja de 30 minutos. Para cada sexo, testou-se esta hipótese usando um teste-t para uma amostra com valor de teste 30 minutos. Tanto no caso das mulheres ($p < 0,001$; $t(492) = 25,139$), como dos homens ($p < 0,001$; $t(164) = 11,853$), há evidências estatísticas de que o tempo médio gasto em ExF diariamente é superior a 30 minutos.

Verifica-se que, de acordo com as médias apresentadas, tanto o sexo masculino ($61,33 \pm 33,95$) como o sexo feminino ($57,69 \pm 24,46$) cumprem com as recomendações da OMS para a prática de atividade física, uma vez que as referências predizem a prática de uma atividade moderada de, pelo menos, 30 minutos diários. Comparando os dois sexos, o teste t-Student para duas amostras independentes alcançou a significância estatística com um valor p unilateral de 0,0005, ou seja, o tempo médio gasto em ExF é significativamente inferior nas mulheres.

Os resultados referentes à aptidão aeróbia/cardiovascular a partir da estimativa do VO₂max, são apresentados na tabela 14, onde se verificou que a média total obtida foi de $28,65 \pm 10,46$. Os resultados evidenciaram que o sexo

masculino apresentava, em média, maior VO₂max (36,63 ± 10,07) comparativamente ao sexo feminino (26,44 ± 9,45).

Tabela 14 – Aptidão Aeróbia/Cardiovascular (VO₂max)

		N	Mínimo	Máximo	Média±DP
Feminino		931	-10,20	69,93	26,44±9,45
	Idade	816	26	70	46,06±9,61
Masculino		258	8,92	64,19	36,63±10,07
	Idade	231	24	66	46,60±11,37
Total	Sexo	1189	-10,20	69,93	28,65±10,46
	Idade	1047	24	40	46,19±10,02

Em análise aos resultados obtidos, ao nível da aptidão cardiorrespiratória, ambos os sexos desta amostra, registaram valores médios inferiores comparativamente aos valores normativos referenciados pela ACSM (2007) – anexo1. Ao nível da formação dos profissionais, na área do ExF e desporto (tabela 15), verificou-se que 68% (n=815) referiram não ter formação na área, 30,7% (n=367) tiveram formação por iniciativa própria e 1,1% (n=13) mencionaram ter formação facultada pela entidade patronal. Constatou-se igualmente que os valores apresentados não diferiram em função do sexo.

Tabela 15 – Formação por sexo

		N	Percentagem
Feminino	Facultada pela entidade patronal	13	1,4
	Não tive formação nesta área	653	69,8
	Por iniciativa própria /investimento particular	269	28,8
	Total	935	100,0
Masculino	Não tive formação nesta área	162	62,3
	Por iniciativa própria /investimento particular	98	37,7
	Total	260	100,0
Total	Facultada pela entidade patronal	13	1,1
	Não tive formação nesta área	815	68,2
	Por iniciativa própria /investimento particular	367	30,7
	Total	1195	100,0

Analisando a tabela 16, mais de 80% dos inquiridos consideraram de grande importância o ExF na sua vida profissional, 49% (n=585) referiram como muito importante e 31,6% (n= 378) como extremamente importante.

Tabela 16 – Impacto do ExF na vida profissional por sexo

		N	Porcentagem
Feminino	Extremamente importante	308	32,9
	Muito importante	459	49,1
	Nada importante	12	1,3
	Pouco importante	26	2,8
	Um pouco importante	130	13,9
	Total	935	100,0
Masculino	Extremamente importante	70	26,9
	Muito importante	126	48,5
	Nada importante	5	1,9
	Pouco importante	14	5,4
	Um pouco importante	45	17,3
	Total	260	100,0
Total	Extremamente importante	378	31,6
	Muito importante	585	49,0
	Nada importante	17	1,4
	Pouco importante	40	3,3
	Um pouco importante	175	14,6
	Total	1195	100,0

Analisando as barreiras (tabela 17), a variável disponibilidade de tempo foi sinalizada por 66,6% (n=796) profissionais como a maior barreira para a prática desportiva e de ExF, seguindo-se por ordem decrescente o cansaço (27,8%), a vontade (27,7%), a companhia (21,6%), questões financeiras (19%), distância (16,6%), outros (10,9%), comorbidades (4,6) e com menor percentagem, a oferta (4,4%).

Tabela 17 – Variáveis referentes às barreiras para a prática de ExF

		N	Porcentagem
Vontade	Não	864	72,3
	Sim	331	27,7
Companhia	Não	937	78,4
	Sim	258	21,6
Distancia	Não	997	83,4
	Sim	198	16,6
Disponibilidade de Tempo	Não	399	33,4
	Sim	796	66,6
Questões Financeiras	Não	967	80,9
	Sim	228	19,1
Cansaço	Não	863	72,2
	Sim	332	27,8
Comorbidades	Não	1140	95,4
	Sim	55	4,6
Oferta	Não	1142	95,6
	Sim	53	4,4
Outros	Não	1065	89,1
	Sim	130	10,9

Para testar a existência de associação estatisticamente significativa das barreiras, que dificultam a prática desportiva e de ExF, em função do sexo, utilizou-se, novamente o teste de associação do Qui Quadrado. De acordo com os resultados obtidos na tabela 18, constata-se que existe associação na variável vontade ($p=0,039$; $\chi^2 = 4.79$) e na variável questão financeira ($p<0,001$; $\chi^2 = 19.27$) em função do sexo, ou seja, há evidências que o sexo feminino é quem mais refere como barreiras à prática desportiva e de ExF.

Tabela 18 – Variáveis referentes às barreiras para a prática de ExF por sexo

		Masculino (N)	Feminino (N)	χ^2	p
Vontade	Não	174	690	4.799	0.034*
	Sim	86	245		
Companhia	Não	199	738	0.688	0.443
	Sim	61	197		
Distancia	Não	212	785	0.861	0.347
	Sim	48	150		
Tempo despendido	Não	212	785	0.175	0.710
	Sim	48	150		
Questões Financeiras	Não	235	732	19.278	<0,001*
	Sim	25	203		
Cansaço	Não	187	676	.014	.938
	Sim	73	259		
Comorbidades	Não	243	897	2.837	.096
	Sim	17	38		
Oferta	Não	243	899	3.468	.086
	Sim	17	36		
Outros	Não	227	838	1.127	.311
	Sim	33	97		
Total (n=1195)		935	260		

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

4.2.4. Sobre Si Mesmo

Ao nível da autoestima (tabela 19), registou-se uma média total de $15,94 \pm 3,37$. Os valores variaram entre uma pontuação mínima de 10 e uma pontuação máxima de 33, numa escala de 0 – 40, em que valores máximos apresentam alta autoestima. Os valores médios entre o sexo masculino e feminino são similares, com $16,00 \pm 3,308$ e $15,93 \pm 3,44$, respetivamente e não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que respeita à autoestima ($p < 0,769$; $t(1193) = -0,294$).

Tabela 19 – Score da autoestima por sexo

	N	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Feminino	935	10,00	33,00	15,93±3,44
Masculino	260	10,00	33,00	16,00±3,08
Total	1195	10,00	33,00	15,94±3,37

Os valores observados ao nível do bem-estar, registados na tabela 20, apresentaram um valor médio $42,55 \pm 15,59$. Os valores máximos e mínimos oscilaram entre o 10 e o 30, numa escala de 0 – 100, em que valores máximos sugerem a presença e máximo bem-estar. Os valores médios entre o sexo masculino e feminino estão relativamente próximos entre si ($41,36 \pm 16,37$ vs $43,87 \pm 15,36$). Ao nível do bem-estar também não existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. ($p < 1,381$; $t(0,167) = 1193$).

Tabela 20 – Score do bem-estar por sexo

	N	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Feminino	935	20,00	100,00	42,87±15,36
Masculino	260	20,00	100,00	41,36±16,37
Total	1195	20,00	100,00	42,55±15,59

A tabela 21 representa a motivação intrínseca, avaliando a intensidade da motivação em relação ao desempenho de uma determinada atividade. De acordo com os resultados apresentados, os profissionais apresentaram uma média mais elevada para os fatores motivacionais relacionados com o esforço/importância ($13,59 \pm 4,59$). Comparativamente entre sexo, os homens evidenciaram maior média para os fatores motivacionais relacionados com o prazer ($12,91 \pm 3,77$) e as mulheres com o esforço/importância ($13,63 \pm 4,63$). Os fatores motivacionais relacionados com a competência registaram valores médios mais baixos para ambos os sexos.

Tabela 21 – Score das motivações intrínsecas por sexo

		N	Mínimo	Máximo	Média±DP
Prazer	Feminino	935	5,00	25,00	12,87±3,72
	Masculino	260	5,00	25,00	12,91±3,77
	Total	1195	5,00	25,00	12,88±3,73
Competência	Feminino	935	4,00	20,00	10,31±3,30
	Masculino	260	4,00	20,00	10,08±2,99
	Total	1195	4,00	20,00	10,26±3,24
Esforço/importância	Feminino	935	5,00	25,00	13,63±4,63
	Masculino	260	5,00	25,00	13,46±4,48
	Total	1195	5,00	25,00	13,59±4,59
Pressão	Feminino	935	4,00	20,00	12,58±3,30
	Masculino	260	4,00	20,00	12,71±3,11
	Total	1195	4,00	20,00	12,61±3,26

Testou-se a existência de diferenças nas intenções motivacionais para a prática desportiva e de exercício físico em função do sexo. De acordo com os resultados apresentados na tabela 22, verifica-se que em nenhum caso se alcança a significância estatística, não distinguindo valores médios segundo o sexo. Neste sentido não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que respeita às intenções motivacionais para a prática desportiva e de exercício físico.

Tabela 22 –Valores referente à motivação intrínseca

		N	Média±DP	t	Df	p
Prazer	Masculino	260	12,9115±3,77400	-0,140	1193	0,889
	Feminino	935	12,8749±3,72393			
Competência	Masculino	260	10,0846±2,99816	1,053	449,659	0,293
	Feminino	935	10,3112±3,30732			
Esforço	Masculino	260	13,4654±4,48278	0,514	1193	0,608
	Feminino	935	13,6310±4,63181			
Pressão	Masculino	260	12,7115±3,11018	-0,567	1193	0,571
	Feminino	935	12,5818±3,30717			

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

Os fatores de regulação motivacionais para o exercício estão representados na tabela 23. A regulação externa apresentou um valor médio mais elevado ($13,80 \pm 3,11$), seguido a amotivação ($13,47 \pm 2,82$). Com valores médios mais baixos registou-se, a regulação introjetada ($10,10 \pm 2,90$). O Índice de Autodeterminação apresentou um valor médio negativo $-14,31 \pm 18,95$ numa escala que varia entre -24 (menor autodeterminação) e 20 (maior autodeterminação).

Tabela 23 – Score das Regulações Motivacionais para o exercício físico

		N	Mínimo	Máximo	Média±DP
Regulação Externa	Masculino	260	4,00	24,00	14,28±3,54
	Feminino	935	4,00	24,00	13,67±2,97
	Total	1195	4,00	24,00	13,80±3,11
Regulação Introjetada	Masculino	260	3,00	18,00	10,54±3,018
	Feminino	935	3,00	18,00	9,98±2,86
	Total	1195	3,00	18,00	10,10±2,90
Regulação Identificada	Masculino	260	4,00	22,00	13,01±3,91
	Feminino	935	4,00	22,00	12,44±3,72
	Total	1195	4,00	22,00	12,56±3,77
Regulação Intrínseca	Masculino	260	4,00	23,00	13,42±4,21
	Feminino	935	4,00	24,00	12,75±4,23
	Total	1195	4,00	24,00	12,90±4,24
Regulação Amotivacao	Masculino	260	4,00	24,00	13,66±3,21
	Feminino	935	4,00	24,00	13,42±2,70
	Total	1195	4,00	24,00	13,47±2,82
Índice de Autodeterminação	Masculino	260	-90,00	33,00	-13,80±21,38
	Feminino	935	-78,00	46,00	-14,45±18,22
	Total	1195	-90,00	46,00	-14,31±18,95

Foi feita a comparação de sexos nos níveis bem-estar, auto-estima e motivação. Após análise dos resultados da tabela 24, verificou-se que o nível de significância 5% ($p < 0,05$) é observado nas variáveis Regulação Motivacional Externa ($p < 0,011$; $t(-2,556) = -2,556$), Regulação Motivacional Introjetada

$p < 0,007$; $t(-1193) = -2,718$), Regulação Motivacional Identificada ($p < 0,030$; $t(1193) = -2,239$), Regulação Motivacional Intrínseca ($p < 0,025$; $t(1193) = -2,239$), concluindo-se que existem diferenças significativas nestas variáveis em função do sexo, verificando que são os homens que apresentam maiores níveis de regulação motivacional para o exercício físico.

Tabela 24 – Score das variáveis psicológicas por sexo

	Sexo	N	Média±DP	t	df	p
Regulação Motivacional Externa	Masculino	260	14,28±3,54	-2,556	-2,556	0,011*
	Feminino	935	13,67±2,97			
Regulação Motivacional Introjetada	Masculino	260	10,54±3,01	-2,718	1193	0,007*
	Feminino	935	9,98±2,86			
Regulação Motivacional Identificada	Masculino	260	13,01±3,91	-2,170	1193	0,030*
	Feminino	935	12,44±3,72			
Regulação Motivacional Intrínseca	Masculino	260	13,42±4,21	-2,239	1193	0,025*
	Feminino	935	12,75±4,23			
Amotivação	Masculino	260	13,66±3,21	-1,087	367,238	0,278
	Feminino	935	13,42±2,70			
Autodeterminação	Masculino	260	-13,80±21,38	-,446	369,965	0,656
	Feminino	935	-14,45±18,22			
Autoestima	Masculino	260	16,00±3,08	-,294	1193	0,769
	Feminino	935	15,93±3,44			
Bem-estar	Masculino	260	41,36±16,37	1,381	1193	0,167
	Feminino	935	42,87±15,36			
Motivação Intrínseca - prazer	Masculino	260	12,91±3,77	-,140	1193	0,889
	Feminino	935	12,87±3,72			
Motivação Intrínseca - competência	Masculino	260	10,08±2,99	1,053	449,659	0,293
	Feminino	935	10,31±3,30			
Motivação Intrínseca – esforço/importância	Masculino	260	13,46±4,48	0,514	1193	0,608
	Feminino	935	13,63±4,63			
Score da Motivação Intrínseca - pressão	Masculino	260	12,71±3,11	-0,567	1193	0,571
	Feminino	935	12,58±3,30			

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os estados psicológicos e as motivações em função dos estados de mudança realizou-se um teste-t. Na tabela 25, estão apresentadas as diferenças estatisticamente significativas, entre sexos, encontradas nos diferentes estados

psicológicos (bem-estar e autoestima) e motivacionais quando comparados com os estados de mudança. Após análise dos resultados, verificou-se que o nível de significância 5% ($p < 0,05$) é observado somente nas regulações motivacionais para o exercício, nomeadamente na regulação externa nos estados preparação ($p < 0,042$; $t(-141,672) = -2,054$) e recaída ($p < 0,002$; $t(-324,02) = -3,059$), regulação introjetada no estado recaída ($p < 0,013$; $t(-964) = -2,500$), na regulação identificada nos estados manutenção ($p < 0,013$; $t(-384) = -2,493$) e recaída ($p < 0,026$; $t(964) = -2,234$), na regulação intrínseca na fase de contemplação ($p < 0,015$; $t(-69,559) = -2,488$) e recaída ($p < 0,015$; $t(964) = -2,442$) e na Amotivação no estado recaída ($p < 0,043$; $t(306,961) = -2,030$). Conclui-se assim que existem diferenças significativas nas variáveis motivacionais entre homens e mulheres em função dos estados de mudança.

Tabela 25 – Motivações, estados psicológicos em função dos estados de mudança

		Pré-contemplação	Contemplação	Preparação	Ação	Manutenção	Recaída
Regulação externa	t	0,568	-0,916	-2,054	-0,726	-1,689	-3,059
	df	71	183	141,672	75	132,496	324,02
	p	0,572	,361	0,042*	,470	,094	0,002*
Regulação introjetada	t	-0,960	-1,318	-2,524	0,492	1,128	-2,500
	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,340	0,189	0,012	0,624	0,260	0,013*
Regulação identificada	t	-0,497	-2,226	-0,817	1,773	-2,493	-2,234
	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,621	0,027	0,414	0,080	0,013*	0,026*
Regulação intrínseca	t	0,283	-2,488	-0,661	-1,649	-1,850	-2,442
	df	71	69,559	472	75	384	964
	p	0,778	0,015*	0,509	0,103	0,065	0,015*
Amotivação	t	1,356	-,164	-1,753	0,255	-0,570	-2,030
	df	71	183	135,821	75	384	306,961
	p	0,179	0,870	0,082	0,799	0,569	0,043*
Autodeterminação	t	-,775	-1,890	1,138	-0,306	-1,124	-0,032
	df	71	183	133,203	75	384	322,333
	p	0,441	0,060	0,257	0,761	0,262	0,974
Autoestima	t	-1,613	0,865	0,151	-0,900	-0,660	-0,677
	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,111	0,388	0,880	0,371	0,509	0,499
Bem-estar	t	1,541	1,860	0,889	1,195	-0,831	1,263

	df	71	183	472	75	138,03	964
	p	0,128	0,065	0,375	0,236	0,407	0,207
Motivação	t	0,687	-1,716	-0,872	0,193	1,107	-0,230
Intrínseca - prazer	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,495	0,088	0,384	0,848	0,269	0,818
Motivação	t	0,873	-0,613	0,532	-1,219	0,872	1,123
Intrínseca - competência	df	71	183	472	75	384	418,333
	p	0,386	0,540	0,595	0,227	0,384	0,262
Motivação	t	0,163	-1,613	0,695	-0,069	0,417	0,396
Intrínseca – esforço/importância	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,871	0,109	0,487	0,945	0,677	0,692
Motivação	t	-0,185	-1,785	0,113	0,514	0,053	-1,114
Intrínseca - pressão	df	71	183	472	75	384	964
	p	0,854	0,076	0,910	0,609	0,958	0,265

* Significativo para $p \leq 0.05$; ** Significativo para $p \leq 0.01$

De acordo com os valores apresentados na tabela 26, o sexo masculino evidencia valores mais elevados comparativamente ao sexo feminino

Tabela 26 – Regulações Motivacionais em função dos estados de mudança por sexo

			N	Média±DP
Preparação	Regulação externa	Feminino	372	13,56±3,096
		Masculino	102	14,39±3,71
Manutenção	Regulação identificada	Feminino	291	11,68±3,70
		Masculino	95	12,76±3,65
Recaída	Regulação externa	Feminino	745	13,54±3,013
		Masculino	221	14,33±3,47
	Regulação introjetada	Feminino	745	9,88±2,90
		Masculino	221	10,45±3,05
	Regulação identificada	Feminino	745	12,24±3,74
		Masculino	221	12,88±3,81
	Regulação intrínseca	Feminino	745	12,53±4,26
		Masculino	221	13,33±4,15
	Amotivação	Feminino	745	13,26±2,61
		Masculino	221	13,76±3,29

4.3. Discussão dos resultados

Nesta parte do trabalho pretende-se discutir os resultados anteriormente apresentados e refletir sobre os mesmos com base na literatura existente e noutros trabalhos de investigação.

O presente estudo teve por objetivo investigar a perceção dos profissionais que trabalham na ARS Centro face à necessidade de usufruírem de oportunidades de prática desportiva regular e de exercício físico, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. Um segundo objetivo do presente estudo prendeu-se com a identificação de eventuais fatores (barreiras) que possam vir a influenciar a participação em programas de exercício. Deste modo, pretendeu-se perceber quais as associações existentes entre a variável sexo, e as características psicológicas (níveis de motivação, de autodeterminação, da autoestima, bem-estar), que possam estar a influenciar a participação em programas de exercício físico. Foram também testadas as variáveis dependentes em função dos estados de mudança, assim como, avaliados os scores de IMC e VO2max e comparados com os valores normativos

Dos 1195 indivíduos que participaram neste estudo, (21,76%) eram homens e (78,24%) eram mulheres, com idade entre 24 e 70 anos ($46,19 \pm 10,024$). Ao nível da saúde as mulheres apresentam um IMC dentro dos valores normativos ($24,63 \pm 4,615$) referenciados pela OMS, já os homens encontram-se com pré-obesidade ($26,79 \pm 4,243$).

Um dos pressupostos seria perceber se os profissionais de saúde praticavam atividade física regular de acordo com as recomendações da OMS e se existia diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. Os resultados obtidos demonstraram que mais de metade dos profissionais inquiridos (56,2%) não praticam ExF regular e não existem diferenças significativas entre a variável em função do sexo ($p < 0,069$; $t(410,130) = -1,824$). Os profissionais que praticam ExF ultrapassam as recomendações da OMS, que sugere acumular pelo menos 30 minutos diários, ou pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (ou 75 minutos de atividade vigorosa, ou combinação equivalente). Também foi possível comprovar estatisticamente que o tempo gasto é superior a 30 minutos. Em média exercitam 3 vezes por semana

(3,07 ± 1,49). Foram também exploradas a capacidade cardiovascular para o ExF, através da estimativa do VO₂max, registrando em ambos os sexos valores inferiores aos referenciados pela ACSM (ACSM, 2013).

Outras questões de investigação passariam por perceber se os profissionais sentem necessidade de terem práticas desportivas e de ExF, antes, durante ou após as suas tarefas profissionais. Qual o período do dia em que sentem mais necessidade de terem oportunidade para a prática desportiva ou de ExF e se existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

Quanto à prática de ExF no local de trabalho, somente 1,5% referiram praticar em contexto laboral, contudo, 90,8% consideraram a sua importância, sendo que, estatisticamente as mulheres evidenciam mais esta necessidade. O período durante o tempo de trabalho foi privilegiado por 52% dos profissionais, não havendo diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. Já 40,6% evidenciaram preferência após o seu término com evidências significativas referenciadas pelas mulheres.

Outra questão para análise, foi perceber quais as barreiras percebidas pelos profissionais que dificultam a prática desportiva e de ExF junto destes e se existiam diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. Neste sentido, verificou-se que a disponibilidade de tempo foi sinalizada como a principal barreira à prática desportiva e de ExF, contudo, existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis vontade e questão financeira referenciadas maioritariamente pelas mulheres.

Uma outra questão para análise passou por perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estados psicológicos (bem-estar e autoestima e motivações) em função do sexo.

Ao nível da autoestima e bem-estar, os profissionais apresentam valores médios baixos abaixo da média escalar de cada instrumento, sendo que os valores são similares entre homens e mulheres e não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo em função dos estados de mudança. Relativamente aos perfis motivacionais relacionados com a prática de exercício, as intenções motivacionais relacionadas com o esforço e importância são mais

valorizadas pelas mulheres e o prazer pelos homens, contudo as médias apresentam valores abaixo das médias escalares.

Em relação aos estágios de mudança de comportamento para atividade física, verificou-se que existe uma elevada prevalência (80,8%) dos profissionais na fase de recaída, indicando que grande parte dos indivíduos apresenta um comportamento fisicamente inativo. Analisa-se que esta incidência é maior nos homens.

De forma a avaliar os estados de mudança de comportamento para a atividade, seguindo outros estudos devidamente referenciados, agrupou-se por estágios: a) manutenção e ação, contemplando os indivíduos considerados ativos fisicamente; b) preparação, contemplação, pré-contemplação e recaída, considerando os indivíduos como inativos ou irregularmente ativos (Rigoni et al., 2012). Verificou-se se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os estados psicológicos (regulações motivacionais) e as motivações em função dos estados de mudança. Os resultados mostraram que só existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas regulações motivacionais para o exercício, sendo o valor de maior incidência no sexo masculino.

Neste estudo também se verificou que mais de 60% dos profissionais não têm formação na área de Desporto e mais de 80% consideram importante a prática desportiva e de ExF na sua vida profissional.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

De um modo geral, os resultados revelaram que apesar das evidências dos benefícios que o ExF traz a todos, a inatividade para a prática física ainda continua a ter uma percentagem significativa na população. A maioria dos profissionais (56,2%) deste estudo não praticava exercício e encontravam-se em estágios relacionados com a inatividade física, estando 80,8% na fase de recaída. Por outro lado, 55,2% mostraram intenção de se tornarem fisicamente ativos a curto e a média prazo, com registo de 15,5% profissionais no estágio de

contemplação e 39,7% na fase de preparação. Apesar dos profissionais, de uma forma geral se encontrarem em estágios associados à inatividade física, 36,7% encontram-se em estados ativos 6,4% no estágio de ação (i.e., exercitavam-se com regularidade há menos de seis meses) e 32,3% em manutenção (i.e., exercitavam-se regularmente há mais de seis meses), apenas 6,1% situam-se na fase de pré-contemplação, não evidenciando intenção de adotar comportamentos fisicamente ativos. Estes resultados seguem valores similares de outras pesquisas, como a realizada por Dumith, Hallal, Reis, e Kohl (2011), em 76 países, em que concluiu que um em cada cinco adultos não é suficientemente ativo. No Plano Nacional para a Promoção de Atividade Física (2017), os valores apresentados coincidem com os resultados referindo que 70 – 80% da população adulta em Portugal não é suficientemente ativa para obter benefícios importantes na sua saúde (PNPAF, 2017). Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre sexo neste estudo, no que respeita à prática física regular, os valores médios continuam a seguir os padrões de outras investigações em que constata-se que as mulheres são fisicamente mais inativas que os homens. (S. C. Dumith et al., 2011).

Por outro lado, apesar dos profissionais desta pesquisa, que realizavam regularmente ExF, estarem a cumprir as diretrizes recomendadas pela OMS, 56,2% dos inquiridos referiram não realizar exercício físico regular, e podem não estar a cumprir as referências aconselhadas, sendo no total da amostra um número significativo e preocupante. Num estudo realizado por Abd, Kobylivker, Perry, Miller Iii, & Sperling (2012), no qual analisou se médicos, especialistas cardiovasculares, cumpriam as normas diárias recomendadas pela American Heart Association, especificamente 10.000 passos por dia, concluiu que os respetivos profissionais não cumpriam os requisitos mínimos e que a obtenção dos níveis desejados poderia ser um desafio dado o horário de trabalho. Neste mesmo estudo foram referenciadas outras investigações nas quais os resultados foram distintos entre si comparativamente ao grupo investigado. Neste sentido será fundamental estudar detalhadamente o nível de atividade física diária entre profissionais, serviços e locais.

Importa referir, que existem barreiras que foram percecionadas pelos inquiridos e que se tornam um obstáculo à adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável. A disponibilidade de tempo foi sinalizada por 66,6% profissionais como a maior barreira para a prática desportiva e de ExF. Estes resultados coincidem com os apresentados pela DGS para a população portuguesa (PNPAF, 2017).

Os profissionais do estudo apresentaram médias baixas em relação à sua autoestima e ao seu bem-estar, não se tendo verificado diferenças significativas entre o sexo e em função dos estados de mudança. Relativamente às motivações intrínsecas, as relacionadas com o esforço e importância são mais valorizadas pelas mulheres e o prazer pelos homens, contudo as médias são similares e apresentam valores abaixo das médias escalares. Segundo outros estudos, ambos os sexos tendem a não se diferenciar entre si no que se refere às motivações e condições psicológicas no que respeita à forma de como regulam a sua motivação, principalmente nas suas formas mais autodeterminadas (Klain, 2013).

São os homens que apresentam maiores níveis de regulação motivacional para o exercício físico quando comparados com o sexo feminino. Em função dos estados de mudanças, também se verificam diferenças estatisticamente significativas entre sexo. Os homens apresentam maior regulação externa na fase de preparação e recaída. Esta, é a forma menos autónoma de motivação e habitualmente o indivíduo age para obter recompensas ou evitar penalizações. Também se verificou que a regulação introjetada influenciava significativamente mais o sexo masculino no estágio recaída. Aqui o indivíduo atua mediante o resultado de pressões internas como a culpa e a ansiedade. Os níveis de autoestima, o desempenho e o ego podem estar a influenciar as suas motivações. A regulação identificada é estatisticamente mais significativa nos homens, no estágio de manutenção e recaída. Trata-se de uma motivação mais autónoma que as anteriores onde já existe uma interiorização da importância dos objetivos, valores e regulamentos mesmo que seja de origem externa. Segundo uma revisão realizado por Teixeira et al (2012), a partir de 66 estudos, existe uma certa consistência para que a regulação identificada assuma uma maior preponderância

na predição da adesão a longo prazo ao exercício, comparando com a motivação intrínseca. A regulação intrínseca foi significativamente superior nos homens nos estágios de contemplação e recaída. Esta é a motivação mais autónoma gerida pelo interesse e prazer (Araújo Leal, Miranda, & Souza Carmo, 2013). Verifica-se também que ausência de motivação (amotivação) influencia significativamente mais os homens do que as mulheres na fase de recaída.

A motivação extrínseca e intrínseca não são antagonistas mas formam um processo contínuo que explicam comportamento do sujeito e que podem ser regulados pelos níveis de autodeterminação e influenciados por fatores sociais (Ryan & Deci, 2007). Os pressupostos da Teoria da Autodeterminação pretendem analisar a razão pela qual uma pessoa atua, os tipos de motivação que levam a diferentes comportamentos, e como as condições sociais apoiam ou prejudicam o bem-estar humano por meio de suas necessidades psicológicas básicas (Vierling, Standage, & Treasure, 2007). Fazendo uma análise geral, os resultados parecem indicar que a motivação dos indivíduos para a atividade física decorre não só de um motivo isolado mas sim de um conjunto de motivos e que as regulações motivacionais externas mostram influenciar os comportamentos inativos para a prática desportiva.

A conclusão deste trabalho, não é o fim desta investigação, mas sim o princípio de um longo estudo. Os resultados aqui apresentados, que fundamentam outros já apresentados nas investigações aqui referenciadas ao longo deste estudo, deixam algumas conclusões e interrogações para questões futuras. Novos estudos devem ser conduzidos a fim de se verificar diferenças significativas, nos níveis de motivação à prática de ExF, em função de outras variáveis que possam melhor explicar os fenómenos motivacionais. Como profissionais numa instituição de saúde, urge a necessidade de perceber quais os seus níveis de vida ativa e saudável, conhecer melhor o comportamento de adesão ao ExF e quais os fatores sociais, pessoais e ambientais que estão a influenciar o mesmo. Perceber os fatores inerentes e encontrar as estratégias para estimular os profissionais a uma mudança de comportamento é um desafio que ainda está longe de se alcançar. Esta investigação teve como carater

inovador o estudo das teorias motivacionais em profissionais que trabalham em contextos de saúde

O exercício físico, pelos benefícios que traz, nas diferentes dimensões, tornou-se parte das recomendações nacionais e mundiais, fazendo parte dos planos e programas do Ministério da Saúde. Esta preocupação com a saúde primária estende-se à população em geral, e tem vindo a crescer dentro das instituições e empresas face aos fatores desgastantes geradores das exigências laborais.

Alguns constrangimentos impediram uma análise estatística e uma reflexão teórica mais detalhada e aprofundada deste estudo. Apesar de todos os esforços pela equipa do DSP para acelerar o processo, o tempo de espera pelo parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro (face ao curto espaço de tempo para cumprir o prazo de entrega deste estudo) não permitiu o envio antecipado do questionário, para poder posteriormente aprofundar e fundamentar detalhadamente os resultados desta investigação. Importa referir que são ainda poucos os estudos que abordam as motivações e estados psicológicos na prática desportiva e de exercício físico em contextos laborais, especificamente ao nível da saúde, o que dificultou a comparação dos resultados e conclusões. Apesar dos contratempos houve uma adesão muito significativa tendo em conta o período de férias e conseqüente acumulação de trabalho.

Os resultados apontam para a necessidade de repensar estratégias e programas de saúde que promovam o aumento dos valores para a prática física pelos profissionais.

6. BIBLIOGRAFIA

- Abd, T. T., Kobylivker, A., Perry, A., Miller Iii, J., & Sperling, L. (2012). Work-related physical activity among cardiovascular specialists. *Clinical Cardiology*, 35(2), 78–82. <https://doi.org/10.1002/clc.21954>
- Abrantes, H. (1998). *Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física. Estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos*. Universidade do Porto.
- ABS. (2008). *Defining Sport and Physical Activity, a Conceptual Model*. Australian Bureau of Statistic. Retrieved from [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/5527537D36688787CA257508000F39D1/\\$File/4149055001_2008.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/5527537D36688787CA257508000F39D1/$File/4149055001_2008.pdf)
- ACSM. (2013). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A. J., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., ... Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7). <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Alves, M., Godoy, S. C. B., & Santana, D. M. (2006). Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência Razones de licencias médicas en un hospital de urgencia-emergencia Reason of medical licenses in an emergency hospital, 59(2 OP-Revista Brasileira de Enfermagem, Vol 59, Iss 2, Pp 195-200 (2006)), 195. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014>
- American Heart Association. (2013). Physical activity improves quality of life.
- Appel-Silva, M., Wendt, G., & Argimon, I. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia Em Revista*, 16(2), 351–369.
- Araújo Leal, E., Miranda, G. J., & Souza Carmo, C. R. (2013). Self-Determination Theory: An Analysis of Student Motivation in an Accounting Degree Program. *Revista Contabilidade & Finanças - USP*, 24(62), 162–173. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=91510924&site=eds-live>
- ARS Centro, I. (2018). Plano de Atividades 2018. *Administração Regional de Saúde Do Centro, IP*, 12–179.
- Azevedo, R. (2012). *Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários*. Universidade Fernando Pessoa. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf
- Azmi, D., Karim, H., & Amin, M. (2012). Comparing the Walking Behaviour between Urban and Rural Residents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 406–416.

- Baer, H. J., Glynn, R. J., Hu, F. B., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Colditz, G. A., ... Rosner, B. (2010). Risk Factors for Mortality in the Nurses' Health Study: A Competing Risks Analysis. *Bernard Rosner*, 173(3), 319–29. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq368>
- Balbinotti, M., Barbosa, M., Balbinotti, C., & Saldanha, R. (2011). Motivação à prática regular de atividade física: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 99–106.
- Barros, N. M. G. C., & Honório, L. C. (2015). Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. *REGE*, 22(1), 21–39. <https://doi.org/10.5700/rege549>
- Batista, P. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e autoestima: estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de atividade física*. Universidade do Porto.
- Biddle, S. (1994). *Moving on: international perspectives on promoting physical activity*. (A. Killoran, P. Fentem, & C. Caspersen, Eds.). London: Health Education Authority. Retrieved from <http://vuir.vu.edu.au/29559/>
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (2013). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes: Measures of Social Psychological Attitudes* (p. 122). Academic Press. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=uOtFBQAAQBAJ&pg=PA115&dq=Measures+of+Personality+and+Social+Psychological+Attitudes+volume+2&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q=Measures of Personality and Social Psychological Attitudes volume 2&f=false
- Böhme, M. (1994). Aptidão física: importância e relações com a Educação Física. *Aptidão Física: Importância e Relações Com a Educação Física*, 2, 17–25.
- Böhme, M. (2003). Relações entre aptidão física, esporte e treinamento esportivo. *R. Bras. Ci. e Mov.*, 11, 97–104. Retrieved from <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/517/542>
- Bota, A., Teodorescu, S., & Şerbănoiu, S. (2014). Unified Sports – A Social Inclusion Factor in School Communities for Young People with Intellectual Disabilities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 117(Supplement C), 21–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.172>
- Brito, A. (1994). Psicologia do Desporto – Noções Gerais. *Revista Horizonte*, 10 (59), 173–178.
- Brown, W. J., Bauman, A. E., Bull, F. C., & Burton, N. W. (2012). Development of Evidence-based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years). *Report Prepared for the Australian Government Department of Health*, 1–138. Retrieved from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-phys-act-guidelines/\\$File/DEB-PAR-Adults-18-64years.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-phys-act-guidelines/$File/DEB-PAR-Adults-18-64years.pdf)
- Brum, L. (2013). *Satisfação profissional dos profissionais de saúde: comparação entre serviços com e sem Sistema de gestão da Qualidade*. Instituto Politécnico de Lisboa. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf
- Buckworth, J., & Dishman, R. (2002). *Exercise Psychology*. Champaign: Human Kinetics.

- Retrieved from https://books.google.pt/books?id=d_LpdqXksIEC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Calvo, J., Gallo, I., Majano, O., & López, J. (2011). Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. *Revista de Psicología Del Deporte*, 20,2(2 OP-Revista de Psicología del Deporte, Vol 20, Iss 2, Pp 589-604 (2011)), 589–604. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsdoj&AN=edsdoj.9a384bdcd4f541d9adc4fff95296bd2a>
- Cardoso, D. (2005). *Motivações e barreiras para a prática de actividade física na cidade da Figueira da Foz*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/16876>
- Carron, M., Muñoz, S., Román, M., Batista, M., & Castuera, R. (2016). Predicción de la motivación en las etapas de cambio de ejercicio más activos. / Prediction of motivation in the more active stages of exercise change. *Retos: Nuevas Perspectivas De Educación Física, Deporte Y Recreación*, 30 OP-Re, 3087–91. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=s3h&AN=116656112>
- Carugno, M., Pesatori, A. C., Ferrario, M. M., Ferrari, A. L., Silva, F. J. da, Martins, A. C., ... Bonzini, M. (2012). Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurse. *Cad Saude Publica*, 28(9), 1632–42. Retrieved from 1632-42
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 12, 126–128. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>
- Cordeiro, J. (2015). *Relação entre a Autoestima, Atividade Física e a Capacidade Funcional: estudo centrado na população com Esquizofrenia*. Universidade do Porto.
- Costa, M. T. P., Borges, L. D. O., & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários1., 15(1 OP-Revista Psicologia. Organizacoes e Trabalho. mar2015, Vol. 15 Issue 1, p43-58. 16p.), 43. <https://doi.org/10.17652/rpot/2015.1.490>
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. *Contemporary Sociology* (Vol. 3). New York: Plenum Press. <https://doi.org/10.2307/2070638>
- DGS. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde: Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Lisboa: DGS: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Dumith, S. C., Hallal, P. C., Reis, R. S., & Kohl, H. W. 3rd. (2011). Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine*, 53(1–2), 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.02.017>
- Dumith, S. de C., Domingues, M. R., & Gigante, D. P. (2008). Estágios de mudança de Comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 210(3), 301–307.
- Duncan, L. R., Hall, C. R., Wilson, P. M., & Jenny, O. (2010). Exercise motivation: a cross-sectional analysis examining its relationships with frequency, intensity, and duration of exercise.

- International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-7>
- Fernández, B., Fleig, L., Godinho, C., Montenegro, E., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2015). Action control bridges the planning-behaviour gap: a longitudinal study on physical exercise in young adults., *30(8 OP-Psychology & Health (PSYCHOL HEALTH)*, Aug2015; 30(8): 911-923. (13p)), 911. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1006222>
- Ferreira, J. (n.d.). *NATA{Ç}{Ã}O ADAPTADA: Metodologia de interven{ç}{ã}o em grupos com N.E.E.* Universidade de Coimbra.
- Ferreira, N., & Lucca, S. (2015). Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 18, 68–79. <https://doi.org/0.1590/1980-5497201500010006>
- Fonseca, A. M., & Brito, A. P. (2001). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Intrinsic Motivation Inventory (IMIp) em contextos de actividade física e desportiva. *Análise Psicológica*, 1 (XIX), 59–76. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n1/v19n1a07.pdf>
- Freire, C. B., Dias, R. F., Schwingel, P. A., França, E. E. T. de, Andrade, F. M. D. de, Costa, E. C., & Junior, M. A. de V. C. (2015). Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 26–31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680104p>
- Gillet, N., Vallerand, R., & Paty, B. (2013). Situational motivational profiles and performance with elite performers. *Situational Motivational Profiles and Performance with Elite Performers.*, 43, 1200–1210. Retrieved from http://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2015/02/2013_GilletVallerandPaty.pdf
- Glass, N. (2009). An Investigation of Nurses' and Midwives' Academic/Clinical Workplaces A Healing Model to Improve and Sustain Hope, Optimism, and Resilience in Professional Practice. *Holistic Nursing Practice*, 23(3). <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a056c4>
- Gonçalves, M., & Alchieri, J. (2010). Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. *Psico-USF*, 15(1), 125–134. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100013>
- Gonzalez-Cutre, D., & Sicilia, A. (2012). Motivation and Exercise Dependence: A Study Based on Self-Determination Theory. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83(2 OP-Research Quarterly for Exercise and Sport, v83 n2 p318-329 Jun 2012. 12 pp.), 318–329. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=eric&AN=EJ990097>
- Haskell, W. L., Lee, I.-M., Russell R Pate, Powell, K. E., Steven N Blair, Barry A Franklin, ... Bauman, A. (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*, 39(8), 1423–34. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>

- Hegde, S., Vijayakrishnan, G., Sasankh, A., Venkateswaran, S., & Parasuraman, G. (2016). Lifestyle-associated risk for cardiovascular diseases among doctors and nurses working in a medical college hospital in Tamil Nadu, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 281–285. <https://doi.org/doi.org/10.4103/2249-4863.192355>
- Hegg-deloys, S., Brassard, P., Jauvin, N., & Corbeil, P. (2013). Current state of knowledge of post-traumatic stress, sleeping problems, obesity and cardiovascular disease in paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 31 (3), 242–247. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201672>
- Instituto do Desporto de Portugal. (2009). Orientações da União Europeia para a Actividades Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar, 7–43.
- Irwin, J. (2004). Prevalence Of University Students'sufficient Physical Activity: A Systematic Review. *Perceptual and Motor Skills*, 98(3), 927–943.
- Iso-Ahola, S., & Clair, B. (2001). Toward a theory of exercise motivation. *Quest*, 53, 362–365. <https://doi.org/10.1080/00336297.2000.10491706>
- Kawano, Y. (2008). Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of Departmental Environment in Acute Care Hospitals. *J. Occup. Health*, 50 (1), 79. <https://doi.org/http://doi.org/10.1539/joh.50.79>
- Klain, I. (2013). MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO Observação de modelos motivacionais de adesão em contexto de academia e personal training.
- Kubaisy, W., Mohamada, M., Ismaila, Z., & Abdullaha, N. (2015). Gender Differences: Motivations for performing physical exercise among adults in Shah Alam. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 522 – 530.
- Kvorning, J. (n.d.). About the WHO-5. Retrieved June 22, 2017, from <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>
- Macinati, M. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 85, 228–241.
- Macovei, S., Tufan, A. A., & Vulpe, B. I. (2014). Theoretical Approaches to Building a Healthy Lifestyle through the Practice of Physical Activities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 117(Supplement C), 86–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.183>
- Magella Teixeira, G., Medeiros Costa, M. A., Silva de Melo, D. C., Pereira Florentino, M., de Moraes P. Albuquerque, K. C. T., Goretti Fernandes, M., ... Valença Dias, S. S. (2016). Ginástica laboral: compreendendo a baixa adesão pela óptica do funcionário., 17(1 OP-Fisioterapia Brasil (FISIOTER BRASIL), 2016; 17(1): 37-40. (4p)), 37. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=rzh&AN=118521209>
- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* (Vol. 26). <https://doi.org/10.1123/jsep.26.2.191>

- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port*, 29(1), 24–30. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5081/1/AMP%2C 29%2C 24-30.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5081/1/AMP%2C%2024-30.pdf)
- Martins, P. (2014). *Motivação para a prática de exercício físico e autoestima em praticantes de exercício físico de ginásios da cidade de Luanda*. Universidade de Coimbra. Retrieved from https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30674/1/Tese_Pedro_Martins_impressao.pdf
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammem, V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sport setting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60 (1), 48–58. Retrieved from https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1989_McAuleyDuncanandTammen_PsychometricPropertiesofIMIinSport.pdf
- McAuley, E., Wraith, S., & Duncan, T. (1991). Self-efficacy, perceptions of success, and intrinsic motivation for exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 139–155.
- Meireles, S. (2010). <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/729> da Satisfação dos Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde Familiar. Universidade de Trás-os-Montes de Alto Douro, Vila Real. Retrieved from <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/729>
- Melo, M. da C. de, & Gomes, S. A. R. da S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239–248. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a08v14n3>
- Miguel, J. (2008). *Avaliação e Caracterização da Aptidão Física nos Adultos do Concelho de Ansião: Estudo comparativo entre géneros e faixas etárias*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/10662>
- Nicholls, J. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Retrieved from [https://books.google.pt/books?id=CmdUo6P9CL0C&printsec=frontcover&dq=The+competitive+ethos+and+democratic+education+realization&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjVh8CuiNLUAhWE2BoKHcq_D0IQ6AEIJzAA#v=onepage&q=The competitive ethos and democratic education realizat](https://books.google.pt/books?id=CmdUo6P9CL0C&printsec=frontcover&dq=The+competitive+ethos+and+democratic+education+realization&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjVh8CuiNLUAhWE2BoKHcq_D0IQ6AEIJzAA#v=onepage&q=The+competitive+ethos+and+democratic+education+realization)
- NIH. (2016). What Is Physical Activity? Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/phys>
- Nunes, M., & Albina, M. (2007). *Actividade física e desportiva: 1º ciclo do ensino básico: orientações pragmáticas*. Ministério da Educação - DGIDC. Retrieved from https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Basico/AEC/ativ_fisica_desportiva.pdf
- Palmeira, A., Teixeira, P., Silva, M., & Markland, D. (2007). Confirmatory Factor Analysis of the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire - Portuguese Version. *12th European Congress of Sport Psychology, Halkidiki, Greece*. Retrieved from [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/520/Palmeira teixeira silva markland FEPSAC 2007 BREQ2 CFA pt.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/520/Palmeira%20teixeira%20silva%20markland%20FEPSAC%202007%20BREQ2%20CFA%20pt.pdf?sequence=1)

- Pedersen, B. (2013). Muscle as a secretory organ. In D. Pollock (Ed.), *Comprehensive Physiology* (pp. 1337–1362). American Physiological Society. <https://doi.org/10.1002/cphy>
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Motivação para a prática de Futebol em contextos competitivos. Estudo com futebolistas juniores e seniores a partir dos seus perfis motivacionais. *Qualidade de Vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação*, 26(2), 241–250. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
- Pitanga, F. (2002). Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. *Revista Brasileira de Ciência Do Movimento*, 10 (3), 49–54. Retrieved from <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/463/489>
- PNPAF. (2017). Programa Nacional para a promoção da Atividade Física 2017. *Direção Geral Da Saúde*.
- Pollock, M., Gaesser, G., Butcher, J., Després, J., Dishman, R., Barry, F., & Garber, C. (1998). American College of Sports Medicine. Position stand: the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. *American College of Sports Medicine*, 30, 975–91. Retrieved from http://www.mhhe.com/hper/nutrition/williams/student/appendix_i.pdf
- Porto, L., & Junqueira, L. (2008). Atividade física e saúde: evolução dos conhecimentos, conceitos e recomendações para o clínico. *Bras Med*, 45, 107–15. Retrieved from http://sociedades.cardiol.br/df/prod-cientifica/Artigo_BrasiliaMed-LuizAtividadefisica.pdf
- Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What? *Public Health*, 32, 349–365. Retrieved from <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031210-101151>
- Professional Associations for Physical Activity Sweden. (2010). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease. In *Swedish National Institute of Public Health* (p. 116). Retrieved from http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/fyss_2010_english.pdf
- Queiros C, Carlotto MS, Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25, 330–5. Retrieved from <http://www.psicothema.com/PDF/41119.pdf>
- RIAP. (2017). Catálogo de Instrumentos: Atividade e Exercício - IMI. Retrieved June 22, 2017, from <http://repositorio.fmh.ulisboa.pt/catalogo-de-instrumentos/lista-completa-por-temas/41?view=instrument&name=IMI>
- Rice, V., Glass, N., Ogle, K. R., & Parsian, N. (2014). Exploring physical health perceptions, fatigue and stress among health care professionals, 7 *OP-Jo*, 155. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S59462>
- Richard, M. R., & Edward, L. D. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>,
- Rigoni, P., Junior, J. R., Costa, G., & Vieira, L. (2012). Estágios de mudança de comportamento e percepção de barreiras para a prática de atividade física em universitários do curso de

- Educação Física Stages of behavior change and perception of barriers to the practice of physical activity in physical education. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*.
- Rocha, T. (2003). *A Motivação para o Exercício*. Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20822/1/Motivação para o exercício.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20822/1/Motivação%20para%20o%20exercício.pdf)
- Romano, A., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 107–114.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton: University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1965). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141–156.
- Roskoden, F. C., Krüger, J., Vogt, L. J., Gärtner, S., Hannich, H. J., Steveling, A., ... Aghdassi, A. (2017). Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. *PLOS ONE*, 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171111>
- Ryan, R. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/1080-3548.55.1.68>
- Ryan, R., & Deci, E. (2007). *Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health*. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*. Champaign: Human Kinetics.
- Sarmiento, H., Catita, L., & Fonseca, A. M. (2012). Motivação para a prática de Futebol em contextos competitivos. Estudo com futebolistas juniores e seniores a partir dos seus perfis motivacionais. *RPCD*, 12 (1), 116–129. <https://doi.org/10.5628/rpcd.12.01.116>
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy:: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.004>
- Senra, C. (2002). *Motivação e exercício: Percepção dos comportamentos de motivação, nos estados de mudança*. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa.
- Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J. L., Carvalheiro, M., Almeida, M. D. V. de, & Dias, T. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Kuerer, H., & FACS, M. (2011). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg Oncol*, 18, 16–25. <https://doi.org/10.1245/s10434-010-1369-5>
- Siddiqui, N. I., Nessa, A., & Hossain, M. A. (2010). Regular physical exercise: way to healthy life. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, 19(1), 154–158. Retrieved from

- <http://europepmc.org/abstract/MED/20046192>
- Silva, B., Matias, T., Viana, M., & Andrade, A. (2012). Relação da prática de exercícios físicos e fatores associados às regulações motivacionais de adolescentes brasileiros. *Motricidade*, 8-2, 8–21. [https://doi.org/10.6063/motricidade.8\(2\).708](https://doi.org/10.6063/motricidade.8(2).708)
- Silva, F., Alias, A., & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Prediction of the 'fitness/ health' motive from goal orientation and intrinsic motivation in Brazilian physical exercise practitioners. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 14, 47–54. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=s3h&AN=101848452>
- Silva, P., Graça, P., Mata, F., Arriaga, J., & Silva, A. (2016). Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025, 12–34.
- Silva, R., & Martins, C. (2013). Otimização da Aderência em Programas de Promoção da Saúde do Trabalhador. *Revista Mackenzie de Educacao Fisica e Esporte*, 12(2 OP-Revista Mackenzie de Educacao Fisica e Esporte. 2013, Vol. 12 Issue 2, p228-251. 24p. 2 Charts.), 228. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=a9h&AN=94937032>
- Silvestre, R., Baracho, P., & Castanheira, P. (2012). «Fisiologia da inatividade», um novo paradigma para entender os efeitos benéficos da prática regular de exercício físico em doenças metabólicas. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 7(2), 36–43. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1646-3439\(12\)70008-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1646-3439(12)70008-1)
- Sonstroem, R., & Potts, S. (1996). Life adjustment correlates of physical self-concepts. *Med Sci Sports Exerc*, 28(5), 619–625.
- Stults-Kolehmainen, M., & Sinha, R. (2014). The Effects of Stress on Physical Activity and Exercise. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(1), 81–121. <https://doi.org/http://doi.org/10.1007/s40279-013-0090-5>
- Svedahl, K., & MacIntosh, B. A. (2003). The concept and methods of measurement. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 28(2), 299. Retrieved from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/9633371/anaerobic-threshold-concept-methods-measurement>
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avaliação%20da%20Satisfação%20de%20Profissionais%20de%20Saúde.pdf)
- Teixeira, D., & Palmeira, A. (2016). Expectativas e crenças: Influência na saúde tendo por base o exercício físico. *Revista Iberoamericana De Psicología Del Ejercicio Y El Deporte*, 11(1 OP-Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte; 2016, Vol. 11 Issue 1, p133-142, 10p), 133. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edb&AN=113858298>
- Teixeira, P., Carraca, E., Markland, D., Silva, M., & Ryan, R. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *The International Journal of Behavioral*

- Nutrition and Physical Activity*, 9, 78. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Topp, C. W., Ostergaard, S. D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*, 84, 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Tucker, A., & Edmondson, A. (2003). Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change. *California Management Review*, 45 (2). Retrieved from http://cmr.ucpress.edu/content/ucpcmr/45/2/55.full.pdf?ijkey=29fa85eddd8ecba854b0dc31f9c80357e0e3a59b&keytype=tf_ipsecsha
- Vallerand, R. J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). Intrinsic Motivation in Sport. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 15(1), 389–419. Retrieved from http://journals.lww.com/acsm-essr/Fulltext/1987/00150/12_Intrinsic_Motivation_in_Sport_15.aspx
- Vello, H., & Martin, H. (2007). Global self-esteem, goal achievement orientations, and self-determined behavioural regulations in a physical education setting. *Journal of Sports Sciences*, 25(2), 149–159. Retrieved from http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2007_HeinHagger_JSS.pdf
- Viana, M., Andrade, A., & Matias, T. (2010). Teoria da Autodeterminação: aplicação no contexto dos exercícios físicos de adolescentes. *Pensar a Prática*, 13 (2). <https://doi.org/https://doi.org/10.5216/rpp.v13i2.8891>
- Vierling, K. K., Standage, M., & Treasure, D. C. (2007). Predicting attitudes and physical activity in an “at-risk” minority youth sample: A test of self-determination theory. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 795–817. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.12.006>
- Wall, M., Schenck-Gustafsson, K Minucci, D., Sendén, M., Løvseth, L., & Fridner, A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross-sectional study. *BMC Psychol*, 2:53. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266411/pdf/40359_2014_Article_53.pdf
- Wehmeyer, M. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 27, 302–314. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/232425333_Self-Determination_and_the_Education_of_Students_with_Mental_Retardation
- Wendel-Vos, G., Schuit, A., Feskens, E., Boshuizen, H., Verschuren, W., Saris, W., & Kromhout, D. (2004). Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 787–798. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ije/dyh168>
- West, C., Shanafelt, T., & Kolars, J. (2011). Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge Among Internal Medicine Residents. *JAMA*, 306(9), 952–960. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247>
- WHO. (1946). Constitution of World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO Technical Report*, 894.

- WHO. (2002). The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. *WHO*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1
- WHO. (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved May 28, 2017, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
- Woods, C., Mutrie, N., & Scott, M. (2002). Physical activity intervention: a Transtheoretical Model-based intervention designed to help sedentary young adults become active. *Health Educ Res*, 17 (4), 451–460. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/her/17.4.451>
- Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2806–2813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>

7. ANEXOS

Anexo 1 - Questionário

Perceção dos profissionais de saúde face à necessidade de oportunidades de prática desportiva e de exercício físico em contexto profissional.

Este questionário faz parte de um estudo que está a ser realizado pela Associação Regional de Saúde do Centro (ARSC) em parceria com a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (FCDEF-UC). O estudo pretende realizar uma análise aprofundada da perspetiva dos profissionais de saúde face à necessidade de oportunidades de práticas desportiva e de exercício físico antes, durante ou após as suas tarefas profissionais.

É importante que seja sincero(a) nas suas respostas, pois irá contribuir para o levantamento das necessidades apontadas pelos profissionais, e para a identificação de prioridades de intervenção que poderão resultar em novas estratégias de melhoria da saúde dos profissionais envolvidos. Os dados são estritamente confidenciais estando garantido o anonimato.

O tempo médio de preenchimento é de 10 minutos. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Identificação

1. Género *

Feminino

Masculino

2. Data de nascimento *

DD /MM/AAAA

3. No momento presente exerce as funções/cargo de: *

- Diretor Geral
- Subdiretor Geral
- Chefe de Divisão
- Médico[a]
- Enfermagem
- Técnico Superior (Gestão, Jurista, Comunicação, Ciências Sociais)
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Informático
- Assistente Técnico
- Assistente Operacional
- Outra:

4. Habilitações literárias *

- Escolaridade obrigatória - incompleta
- Escolaridade obrigatória - completa
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-doutoramento

5. Local de trabalho/Concelho *

Estado de Saúde

6. A sua altura (cm) *

7. O seu peso (Kg) *

8. Hábitos tabágicos *

- Sim
- Não

9. Hábitos de etilismo (hábitos de consumo periódico ou excessivo de álcool)

- Sim
- Não

10. Hábitos alimentares saudáveis *

- Sim
- Não
- Sem opinião

Prática de Atividade Física

Nota: Atividades como, por exemplo, a caminhada ou a jardinagem, se forem realizadas cinco dias por semana, durante 30 minutos em cada dia, são consideradas atividade física regular.

11. Pratica atividade física/exercício físico regularmente? *

- Sim
- Não

12. Pratica exercício físico no local de trabalho? *

- Sim
- Não

13. Considera importante ter ou vir a ter exercício físico no local de trabalho? *

- Sim
- Não
- Sem opinião

14. Se respondeu sim, considera importante ter ou vir a ter:

- Antes do período laboral
- Durante o período laboral
- Após o período laboral

15. Se pratica ou pretende vir a praticar atividade física/exercício físico regularmente:

	Sim	Não
Por vezes participo em atividades físicas moderadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretendo aumentar a minha participação em atividades físicas moderadas nos próximos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualmente estou envolvido(a) na prática de atividades físicas regulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há mais de 6 meses, que pratico atividades físicas regulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há mais de 6 meses, que pratico atividades físicas regulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Se atualmente não se exercita com regularidade, ou se não se exercita de todo, responda 0 (zero) nas questões seguintes.

16. Há quanto tempo? (meses) _____

17. Quantos dias por semana? *

0	1	2	3	4	5	6	7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. Quanto tempo em cada dia? (minutos) *

19. Escolha um item, de 0 a 7, que melhor descreva os seus hábitos de atividade física, no último mês. *

- 0 - Não pratico atividade física /exercício físico regularmente.
- 1- Caminho por prazer, utilizo regularmente escadas, realizo ocasionalmente exercício físico que induz respiração acelerada ou transpiração.
- 2 - Participo regularmente em atividade física de recreação ou doméstica leve de 10 a 60 minutos por semana (como jogar golf, montar a cavalo, ginástica de manutenção, ténis de mesa, bowling, jardinagem, etc).
- 3 - Participo regularmente em atividade física de recreação ou doméstica leve mais de 60 minutos por semana.
- 4 - Corro menos de 1,6 km por semana ou despendo menos de 30 minutos por semana

em exercício físico intenso tal como correr, nadar, andar de bicicleta, remar, saltar à corda ou em desportos aeróbios vigorosos como jogar ténis, basquetebol andebol.

5 - Corro entre 1,6 e 8 km por semana ou despendo entre 30 a 60 minutos por semana em exercício físico intenso comparável ao item anterior.

6 - Corro entre 8 e 16 km ou despendo de 1 a 3 horas por semana em exercício físico intenso.

7 - Corro mais de 16 km ou despende mais de 3 horas por semana em exercício físico intenso.

20. Teve, alguma vez, alguma formação na área do exercício físico? *

Facultada pela entidade patronal

Por iniciativa própria /investimento particular

Não tive formação nesta área

21. Qual o impacto do exercício físico na sua vida profissional? *

Extremamente importante

Muito importante

Um pouco importante

Pouco importante

Nada importante

22. Quais os fatores que perceciona como barreiras à prática desportiva e de exercício físico?*

(Marcar tudo o que for aplicável).

Falta de vontade

Falta de companhia

Distância (entre trabalho/casa e o local de prática desportiva)

Disponibilidade de tempo

Questão financeira

Cansaço

Comorbidades

Oferta pouco atrativa

Outros fatores

Sobre si mesmo [a]

23. Estas questões vão fornecer algumas informações úteis sobre a conceção de valor que tem por si próprio[a]. *

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que tenho um bom número de qualidades,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos gerais eu penso que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me por vezes inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por vezes penso que não sou nada bom(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Exemplo: se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, assinale mais de metade do tempo. *

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
Senti-me alegre e bem disposto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me calmo/a e tranquilo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me ativo/a e enérgico/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam.

25. As afirmações que se seguem permitem que as pessoas expressem a intensidade da sua motivação para a prática de exercício físico (ex: corrida, aeróbica, treino personalizado, cardiofitness, musculação, hidroginástica, etc.)*

	Concordo Totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Gosto bastante de realizar exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despendo muito esforço a realizar exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso que sou bastante bom a realizar exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me tenso enquanto faço exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O exercício físico é divertido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É importante para mim fazer bem o exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o meu rendimento no exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me ansioso enquanto faço exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descreveria o exercício físico como muito interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empenho-me bastante no exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou bastante bom no exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me descontraído enquanto faço exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enquanto faço exercício físico penso em como gosto de o fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O exercício físico não desperta a minha atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo fazer exercício físico muito bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me pressionado enquanto faço exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não me esforço muito quando realizo exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Após fazer algum exercício físico sinto-me bastante competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Estamos interessados nas razões fundamentais das pessoas na decisão de se envolverem ou não na prática de exercício físico. Usando a escala abaixo, por favor indique qual o nível mais verdadeiro para si. Queremos apenas saber como é que se sente em relação ao exercício? Porque é que faz exercício?

	Não é verdade para mim	Raramente é verdade para mim	Algumas vezes é verdade para mim	Normalmente é verdade para mim	Muitas vezes é verdade para mim	Não se aplica
Faço exercício porque outras pessoas dizem que devo fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me culpado/a quando não faço exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou valor aos benefícios/vantagens do exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faço exercício porque é divertido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não vejo porque é que tenho de fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

exercício.						
Participo no exercício porque os meus amigos/família dizem que devo fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me envergonhado/a quando falto a uma sessão de exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É importante para mim fazer exercício regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não percebo porque é que tenho de fazer exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto das minhas sessões de exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faço exercício porque os outros vão ficar insatisfeitos comigo se não fizer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não percebo o objetivo de fazer exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me fracassado/a quando não faço exercício durante algum tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso que é importante fazer um esforço por fazer exercício regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho o exercício uma atividade agradável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me pressionado/a pela minha família e amigos para fazer exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinto-me ansioso/a se não fizer exercício regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico bem-disposto e satisfeito por praticar exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso que o exercício é uma perda de tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2 – Parecer Comissão de Ética para a Saúde (ARS Centro)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Favorável</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Henrique</i> 28 08 2018 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Presidente.</p>
--	--

<p>ASSUNTO:</p>	<p>Título: "Perceção dos profissionais de saúde face à necessidade de ter acesso a oportunidades de prática desportiva e de exercício físico durante ou após as suas tarefas profissionais." - 36/2018</p> <p>Autores: Ana Luísa Bartolomeu Pio Vieira (PI), José Pedro Ferreira, Hugo Sarmento, Ana Maria Botelho Teixeira (Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra); Ilídia Maria de Almeida Aleixo Duarte, João Pedro Travassos Pimentel, Juan Carlos Neto Rosete (ARS do Centro)</p>
-----------------	---

O presente estudo tem por objetivo investigar a perceção dos profissionais que trabalham nos diferentes agrupamentos de saúde face à necessidade de usufruírem de oportunidades de prática desportiva regular e de exercício físico durante ou após as suas tarefas profissionais. Um segundo objetivo do presente estudo prende-se com a identificação de eventuais fatores (barreiras) que possam vir a influenciar os seus níveis de motivação para a participação em programas de exercício, de autodeterminação, bem como dos níveis de adesão demonstrados. Deste modo pretendemos perceber quais as associações existentes entre um conjunto de variáveis antropométricas (idade cronológica, género, peso, altura, IMC) sociográficas (habilitações literárias, local de trabalho e funções/cargos exercidos), de estado de saúde (hábitos tabágicos, de consumo etílico e alimentares saudáveis) e de prática de exercício físico (níveis de motivação intrínseca, da autoestima, de autodeterminação, de perceção dos estados de mudança e barreiras percecionadas, e de bem-estar dos profissionais de saúde da ARS Centro. Esta questão surge na sequência da crescente preocupação com a saúde primária destes profissionais, face ao aumento progressivo dos níveis de stress e às crescentes exigências laborais geradoras de um elevado desgaste físico e psicológico muito frequente na profissão.

O presente estudo terá por base um questionário de autopreenchimento que inclui questões relacionadas com a identificação pessoal, profissional e estado de saúde global, e ainda a utilização de um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica validados para a população portuguesa e que em seguida identificaremos. Para o presente estudo o questionário foi construído em formato eletrónico, com recurso ao *Google Forms*. O questionário é constituído por 4 seções temáticas: i) Identificação pessoal e profissional; ii) Estado de saúde; iii) Prática de Atividade Física, onde se integram os o Questionário dos Estados de Mudança e Questionário de Jackson que permite prever a aptidão aeróbia de cada participante, e iv) Avaliação das perceções individuais, onde se integram a Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), o Índice de Bem-estar da OMS-5 (WHO-5), o Inventário de Motivação Intrínseca-IMI (McAuley *et al.*, 1989), o Questionário de Regulações Motivacionais para o Exercício-BREQ-2 (Markland & Tobin, 2004), os quais têm sido extensamente utilizados na revisão da literatura, na área da Atividade Física, do Exercício e da Saúde. No desenvolvimento desta ferramenta de avaliação foi dada particular atenção à salvaguarda da confidencialidade e do anonimato de cada

Anexo 3 – Valores de Corte para o VO2max (ACSM, 2013)

Mulher							
VO2 máx (mL/kg/min)							
%		Idade 20-29	Idade 30-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
99	Superior	54.5	52.0	51.1	46.1	42.4	42.4
95		49.6	47.4	45.3	41.0	37.8	37.2
90	Excelente	46.8	45.3	43.1	38.8	35.9	32.5
85		45.3	43.9	41.0	37.0	34.2	32.3
80	Bom	43.9	42.4	39.6	36.7	32.7	30.6
75		42.4	41.0	38.6	35.2	32.3	29.8
70		41.1	39.6	38.1	34.2	31.1	29.4
65		41.0	38.5	36.7	33.3	30.9	29.4
60	Razoável	39.5	37.7	35.9	32.6	29.7	28.1
55		38.5	36.9	35.2	32.3	29.4	28.0
50		37.8	36.7	34.5	31.4	28.8	27.6
45		36.7	35.2	33.8	30.9	28.2	26.7
40	Fraco	36.1	34.2	32.8	29.9	27.3	25.9
35		35.2	33.8	32.3	29.4	26.6	25.3
30		34.1	32.4	31.1	28.7	25.9	24.7
25		33.0	32.0	30.2	28.0	25.1	24.2
20	Muito Fraco	32.3	30.9	29.4	26.8	24.6	23.5
15		30.9	29.4	28.2	25.8	23.9	22.2
10		29.5	28.0	26.6	24.6	23.0	21.5
5		27.6	25.9	25.1	23.0	21.8	19.6
1		23.7	22.9	22.2	20.1	19.5	16.8

Homem							
VO2 máx (mL/kg/min)							
%		Idade 20-29	Idade 30-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
99	Superior	60.5	58.3	56.1	54.0	51.1	49.6
95		55.5	54.1	52.5	49.0	45.7	43.9
90	Excelente	54.0	51.7	49.6	46.8	42.7	39.5
85		51.8	50.0	48.2	44.6	41.0	38.1
80	Bom	51.1	48.3	46.4	43.3	39.6	36.7
75		48.5	47.0	44.9	41.8	38.3	35.2
70		47.5	46.0	43.9	41.0	37.4	33.9
65		46.8	45.3	43.1	39.7	36.7	33.1
60	Razoável	45.6	44.1	42.4	39.0	35.6	32.4
55		44.8	43.9	41.0	38.1	34.9	31.6
50		43.9	42.4	40.1	37.1	33.8	30.9
45		42.6	41.2	39.5	36.7	33.0	30.1
40	Fraco	41.7	40.7	38.4	35.5	32.3	29.4
35		41.0	39.5	37.6	34.8	31.6	28.4
30		39.9	38.7	36.7	33.8	30.8	28.0
25		39.0	37.8	35.9	32.8	29.5	26.9
20	Muito Fraco	38.0	36.7	34.8	32.0	28.7	25.7
15		36.7	35.2	33.8	30.9	27.3	24.6
10		34.7	33.8	32.3	29.4	25.6	23.0
5		31.8	31.2	29.4	26.9	23.6	20.8
1		26.5	26.5	25.1	22.8	19.7	18.2

Anexo 4 – Classificação de obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Variação normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	³ 40.0	Muito grave